

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİMDALI

HİPERTANSİYON HASTALARININ
TEDAVİYE UYUMU VE YAŞAM
KALİTESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

GÜLDEN İÇYEROĞLU

2012

ONAY SAYFASI

ONAY SAYFASI

Prof. Dr. Emine ÜNSALDI
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. İbrahim Hanifi ÖZERCAN

Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans
Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr.Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Danışman

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Prof.Dr.İbrahim Hanifi ÖZERCAN

Doç.Dr.Reva BALCI AKPINAR

Yrd.Doç.Dr.Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Yrd.Doç.Dr.Seher Ergüney

Yrd Doç.Dr.Ahmet Tevfik OZAN

TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın her aşamasında sabırlı, anlayıŐlı ve hoŐgÖrÖlÖ yaklaşımı ile beni cesaretlendiren ve daima Özveride bulunarak yol gÖsteren, bilgi ve deneyimiyle birlikte hayatı da paylaŐan, o bÖyÖk desteğini esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU' ya,

Veri giriŐlerinde ve diğer aŐamalarda yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Hıdır PEKMEZ ve arkadaşlarım Öğr. Gör. Dilek GÖNEŐ DAĞ ve Öğr. Gör. FatoŐ UNCU' ya,

Beni bu günlere getiren her zaman bana destek olan ve güvenen tÖm aile üyelerime en derin Őükran ve sevgilerimi sunarım.

Bu çalışmayı anneme ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	V
TABLO LİSTESİ	IX
ŞEKİL LİSTESİ	X
KISALTMALAR LİSTESİ	XI
1.ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
3.1. Kan Basıncı	5
3.2. Hipertansiyon	5
3.3. Hipertansiyonun Epidemiyoloji	6
3.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	7
3.4.1. Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırma	7
3.4.2. Hipertansiyonun Etiyolojisine Göre Sınıflandırılması	9
3.4.2.1. Esansiyel Hipertansiyon	9
3.4.2.2. Sekonder Hipertansiyon	9
3.4.3. Hipertansiyonun Hedef Organ Hasarı ve Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Varlığına Göre Sınıflandırılması	10
3.4.3.1. A Düzeyi Risk Grubu (Düşük Riskli Hastalar)	11
3.4.3.2. B Düzeyi Risk Grubu (Orta Riskli Hastalar)	11
3.4.3.3. C Düzeyi Risk Grubu (Yüksek Riskli Hastalar)	11
3.5. Patofizyoloji	11
3.6. Hipertansiyonun Klinik Değerlendirmesi	13
3.7. Hipertansiyonun Risk Faktörleri	14
3.7.1. Önlenebilir/Müdahale Edilebilir Risk Faktörleri	14
3.7.1.1. Obesite	14

3.7.1.2. Fiziksel İnaktivite	15
3.7.1.3. Alkol ve Sigara Kullanma	15
3.7.1.4. Beslenme	15
3.7.1.5. Stres	16
3.7.2. Önlenemeyen/Müdahale Edilemeyen Risk Faktörleri	16
3.7.2.1. Yaş	16
3.7.2.2. Genetik	16
3.7.2.3. Cinsiyet	17
3.7.2.4. Etnik Yapı	17
3.8. Hipertansiyonun Belirtileri	17
3.9. Hipertansiyona Bağlı Komplikasyonlar	17
3.9.1. Hipertansiyonun Vasküler Komplikasyonları	18
3.9.1.1. Küçük Damar Hastalıkları	18
3.9.1.2. Büyük Damar Hastalıkları	18
3.9.2. Hipertansiyonun Kardiyak Komplikasyonları	18
3.9.2.1. Sol Ventrikül Hipertrofisi	19
3.9.2.2. Konjestif Kalp Yetmezliği	19
3.9.2.3. Koroner Arter Hastalığı	19
3.9.3. Hipertansiyonun Serebrovasküler Komplikasyonları	19
3.9.4. Hipertansiyonun Renal Komplikasyonları	20
3.9.4.1. Hipertansif Nefroskleroz	20
3.9.4.2. Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)	20
3.9.5. Hipertansiyonun Retinal Komplikasyonları	20
3.9.6. Hipertansif Kriz	21
3.9.6.1. Hipertansif Çok Acil Durumlar	21
3.9.6.2. Hipertansif Acil Durumlar	21
3.9.7. Malign Hipertansiyon	21
3.10. Hipertansiyon Tedavisi	22

3.10.1. İlaç Dışı Tedavi Yaklaşımları	22
3.10.1.1. DASH Diyeti	24
3.10.1.2. Tuz Alımının Kısıtlanması	24
3.10.1.3. Kalsiyum, Potasyum, Magnezyum Alımı	25
3.10.1.4. Lifli Gıda ve Balık Yağı Alımı	25
3.10.1.5. Beden Ağırlığının Normale İndirilmesi	25
3.10.1.6. Sigara, Alkol ve Kafein Kullanımını Bırakma	26
3.10.1.7. Fiziksel Aktivite	26
3.10.1.8. Stresten Uzak Durulması	27
3.10.2. Farmakolojik Tedavi (İlaç Tedavisi)	28
3.10.2.1. Diüretikler	28
3.10.2.2. β Adrenerjik Reseptör Blokerleri (β blokerler)	29
3.10.2.3. Kalsiyum Kanal Blokerleri (KKB)	29
3.10.2.4. Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ADEİ)	29
3.10.2.5. Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri (ARB)	29
3.10.2.6. α -Blokerler	29
3.10.2.7. Kombinasyon Tedavileri	30
3.11. Hipertansiyon Tedavisinde Uyum	30
3.11.1. Tedavi Uyumu İle İlişkili Faktörler	31
3.11.1.1. Sosyodemografik özellikler	31
3.11.1.2. Hastalık İle İlgili Faktörler	32
3.11.1.3. Tedavi İle İlgili Faktörler	33
3.11.1.4. Davranış İle İlgili Faktörler	34
3.11.1.5. Ekonomi İle İlgili Faktörler	35
3.12. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Kalitesi	35
3.12.1. Yaşam Kalitesi İle İlgili Tarihçe	35
3.12.2. Yaşam Kalitesi ve Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesinin Tanımı	37

3.13.1. Hemşirenin Hasta ve Ailesine Karşı Sorumlulukları	44
4. GEREÇ VE YÖNTEM	46
4.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	46
4.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	46
4.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	46
4.4. Araştırma Verilerinin Toplanması	46
4.5. Verilerin Değerlendirilmesi	48
4.6. Araştırmanın Değişkenleri	49
4.7. Araştırmanın Etik İlkeleri	50
5. BULGULAR	51
6. TARTIŞMA	83
7. KAYNAKLAR	100
8. EKLER	115
9. ÖZGEÇMİŞ	128

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	ESC/ESH 2007' ye göre hipertansiyonun sınıflandırılması	8
Tablo 2.	JNC 7'ye göre hipertansiyonun sınıflandırılması.....	9
Tablo 3.	Yaşam tarzı değişikliğinin sistolik kan basıncı üzerine etkisi	28
Tablo 4.	Tedaviye uyumu etkileyen faktörler.....	31
Tablo 5.	Hastaların Tanıtıcı Özellikleri.....	51
Tablo 6.	Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri	53
Tablo 7.	Hastaların Yaşam Şekli Değişikliklerine Uyumlarına Göre Dağılımları	55
Tablo 8.	Hastaların Alternatif Yöntem Kullanma Durumunun Dağılımları.....	57
Tablo 9.	Hastaların Kilo, BKİ, Kan Basıncı, Nabız, Total Kolesterol, LDL, HDL, Trigliserid Değerlerinin Ortalaması	57
Tablo 10.	Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları	58
Tablo 11.	Hastaların Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları.....	66
Tablo 12.	Hastaların Yaşam Şekli Değişikliklerine Uyumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları	69
Tablo 13.	Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tedaviye Uyum Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları.....	73
Tablo 14.	Hastaların Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Tedaviye Uyum Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları	77
Tablo 15.	Hastaların Yaşam Şekli Değişikliklerine Uyumlarına Göre Tedaviye Uyum Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları	80

ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1.** Yaşam Kalitesi Kavramının Kullanılmaya Başladığı Disiplinler ve Bu Disiplinlerin Birbirleriyle İlişkisi 36
- Şekil 2.** Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler 38
- Şekil 3.** Yaşam Kalitesinin Çok Boyutlu Görünümü 41

KISALTMALAR LİSTESİ

ADEİ	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
AKB	: Arteriyel Kan Basıncı
ARB	: Anjiyotensin 2 Reseptör Blokerleri
AT-I	: Anjiotensin-1
AT-II	: Anjiotensin-2
BKI	: Beden Kitle İndeksi
CO	: Cardiac Output (Kalp debisi)
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension
DKB	: Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	: Avrupa Hipertansiyon Derneği
HinT	: Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması
İBÖS	: İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkilik-Ölçeği
JNC	: Joint National Committee (Birleşik Ulusal Komite)
KKB	: Kalsiyum Kanal Blokerleri
KVS	: Kardiyovasküler Hastalıklar
NHANES	: Ulusal Sağlık ve Beslenme Araştırma
NO	: Nitrik Oksit
PATENT	: Türk Hipertansiyon Prevalansı
PR	: Periferik Rezistans
RAAS	: Renin Anjiotensin Sistemi
SAK	: Subaraknoid Kanama
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
WHO-ISH	: Dünya Sağlık Örgütü -Uluslararası Hipertansiyon Derneği
YK	: Yaşam Kalitesi

1. ÖZET

Bu araştırma esansiyel hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek ve tedaviye uyum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmamıza; 01.09.2010-30.03.2011 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğine başvuran, en az üç aydır esansiyel hipertansiyon tanısı almış, bilişsel işlevleri etkileyecek hastalığı olmayan, 18 yaş ve üzerindeki gönüllü 220 hasta katılmıştır.

Veriler araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle ve hasta dosya kayıtları incelenerek toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanmış soru formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde; SPSS for Windows 15 (Statistical Package Social Sciences for Windows) paket programı, yüzdeler, ortalama, standart sapma, Independent-Samples T, Man Whitney U testleri, Kruskal-Wallis Varyans, Pearson Kolerasyon Analizleri ve Cronbach- α katsayısı kullanılmıştır.

Hastaların tanımlayıcı, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ile yaşam şekli değişikliklerine uyumlarının yaşam kalitesi ve tedaviye uyum ölçeğinden alınan puanları istatistiksel olarak etkilediği tespit edilmiştir.

Yaşam kalitesinin; yaş, medeni durum, eğitim, meslek, gelir düzeyi, antihipertansif ilaç sayısı, hipertansiyon kontrollerini yaptırma, hipertansiyon eğitimi alma, az az sık yemeye özen gösterme, ağır yağlı yiyeceklerden kaçınma,

fizik aktivite, tuz, meyve-sebze tüketme ve kahve gibi faktörlerden etkilendiği saptanmıştır.

Tedaviye uyumlarının ise; cinsiyet, medeni durum, eğitim, gelir düzeyi, hipertansiyon eğitimi alma, hipertansiyon kontrollerini yaptırma, az az sık yemeye özen gösterme, ağır yağlı yiyeceklerden kaçınma, fizik aktivite, tuz, meyve-sebze tüketme, sigara ve kahve gibi faktörlerden etkilendiği saptanmıştır.

Tedaviye uyum ölçeği ile yaşam kalitesi alanları arasında anlamlı ve pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, tedaviye uyum, yaşam kalitesi.

2. ABSTRACT

ADHERENCE TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH HYPERTENSION AND QUALITY OF LIFE

This study of patients with essential hypertension, treatment compliance, and identifying factors that affect the quality of life is a descriptive study to examine the relationship between them.

Our investigation, Firat University Hospital, Cardiology Department between 01.09.2010-30.03.2011 and outpatients with a diagnosis of essential hypertension for at least three months, non-cognitive functions affect disease, 18 years and 220 patients participated voluntarily.

After the data description required by the investigator and the patient records of the method of examining the collected face to face. The literature examining the question prepared by the researcher gathering data form, the SF-36 Quality of Life Scale and the Drug-Fidelity/Adaptation of Self-Efficacy Scale were collected using. To assess the data, using SPSS for Windows 15 (Statistical Package of Social Sciences for Windows) package program, percentage, mean, standard deviation, the Independent-Samples T, Man-Whitney U test, Kruskal-Wallis Variance, Pearson's correlation coefficient analysis and Cronbach's α used. Identifying the patients, lifestyle changes, compliance with the relevant properties for the treatment of disease and quality of life and treatment compliance scale was found to affect the scores statistically.

Quality of life, age, marital status, education, occupation, income level, number of antihypertensive drugs, hypertension, control Remodeling, hypertension, to study, eat less caring less frequently, to avoid heavy greasy

foods, physical activity, salt, fruit and vegetable consumption, and coffee was influenced by factors such as.

In compliance to treatment, gender, marital status, education, income level, to study hypertension, hypertension control Remodeling, caring little to eat less frequently, to avoid heavy greasy foods, physical activity, salt, fruit and vegetable consumption, smoking and coffee was influenced by factors such as.

The scale adherence rate was significantly and positively with the quality of life is a strong correlation between areas that have been identified.

Key Words: Hypertension, treatment adherence, quality of life.

3. GİRİŞ

3.1. Kan Basıncı

Kan basıncı, kanın kalp tarafından vücuda pompalanması sırasında arter duvarlarına uygulanan kuvvetin ölçümü ile elde edilen bir değerdir. Arteriyel kan basıncı iki ayrı değer halinde ifade edilir. Bunlar sistolik kan basıncı (SKB) ve diastolik kan basıncı (DKB)' dir (1,2). Arterlerdeki maksimum kan basıncını ifade eden SKB, kalbin sistol periyodunda yani kanın sol ventrikülden aortaya atıldığı esnada kaydedilen kan basıncıdır. Kalbin sistolik kuvvetine, arteriyel sistemdeki kan miktarına, aortanın distansibilitesine (genişleyebilme kapasitesi) bağlıdır. Arterlerdeki minimum kan basıncına karşılık gelen DKB, kalbin diastol periyodunda yani sol ventrikülün dolması esnasında kaydedilen kan basıncıdır. Periferik damar direnci tarafından belirlenmektedir (1,3).

3.2. Hipertansiyon

Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının normal sınırların üzerinde seyretmesi olarak tanımlanır. Ancak anormal sayılması gereken kan basıncı değeri için kesin sınırlar belirlemek zordur. Pickering, 1972 yılında normal ve anormal kan basıncı arasında bir sınır olmadığını, mortalite ve arteriyel basınç ilişkisinin nicel olduğunu ve kan basıncı arttıkça prognozun kötüleştiğini belirtmiştir (4). JNC-VII'ye göre sistolik kan basıncının 120 mmHg ve diastolik kan basıncının 80 mmHg düzeyinin altında olması normal kan basıncı değeri olarak belirlenmiştir (5). Kan basıncı düzeyi ile kardiyovasküler olay riski arasında sürekli bir ilişki, hipertansiyonun tanımının ve kriterlerinin değişkenliği, çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşların ilgi odağı olmuştur. Özellikle, Amerika Birleşik

Devletleri "Birleşik Ulusal Komite" (Joint National Committee - JNC) ve "Dünya Sağlık Örgütü" -"Uluslararası Hipertansiyon Derneği" (WHO-ISH) rehberlerinin hazırlanmasına zemin hazırlamıştır. JNC-VII 2003 raporlarına göre hipertansiyon, kan basıncının beyin, kalp, retina ve böbrek damarlarında hedef organ hasarı oluşturma riskini arttıracak düzeylere yükselmesidir. Genel toplumda bu düzey; sistolik >140 mmHg, diyastolik > 90 mmHg olarak belirtilir (6). Bu yeni rehberlerde hedef, bir hastada yüksek kan basıncını düşürmek için tek başına kan basıncının düzeyi değil, bireyin total kardiyovasküler riski ve hedef organ hastalığının bulunmasına dayandırılmaktadır (6,7).

3.3. Hipertansiyonun Epidemiyoloji

2000 yılı itibariyle dünyada erişkin nüfusun % 26.4'ünün hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında % 29.2'ye çıkacağı öngörülmüştür. Bir diğer deyişle, halen 972 milyon insan hipertansiyon hastasıdır ve 15 yıl sonra bu rakam 1.5 milyarı aşacaktır (8).

Ülkemizde her 3 kişiden 1'inde hipertansiyon vardır. Kadınlarda erkeklerden daha sık gözlenmektedir. Ülkemizde hipertansiyon görülme sıklığı yüksek olmasına rağmen, hastaların sadece %40'ı bunun farkındadır (9). Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma 'Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri' (TEKHARF) çalışmasıdır. Bu çalışmada hipertansiyon prevalansının % 33.7 olduğu, yaş ilerledikçe prevalansın arttığı, ülkemiz kuzeyinde prevalansın % 40'ların üzerine çıktığı, güneyde ise % 30'ların altına indiği tespit edilmiştir (10). Daha yakın bir tarihte yapılan bir diğer çalışma 'Türk Hipertansiyon Prevalans' (PATENT) çalışmasıdır. Bu çalışmada ülkemizde hipertansiyonun sıklığı, dağılımı, farkındalığı, tedavi ve kontrol

oranları konusunda kapsamlı bilgilere erişmek amaçlanmış ve sonuçlar 2005 yılında yayınlanmıştır. Çalışmada hipertansiyon prevalansı % 31.8 bulunmuştur. Prevalans kadınlarda % 36.1 iken, erkeklerde % 27.7 olarak rapor edilmiştir. Ayrıca, hipertansiyonluların sadece % 40.7'sinin hastalıklarının farkında olduğu tespit edilmiştir. Hipertansiyonlu hastaların sadece % 31.1'nin anti-hipertansif tedavi aldığı ve tedavi alanların sadece % 20.7'sinin kan basıncının kontrol altında olduğu saptanmıştır (8). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından 2008 yılında ülkemizde hipertansiyon insidansının saptanması amacı ile bir araştırma planlanmış ve 2003 yılında PATENT çalışmasına katılan gönüllülerin % 82'si Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması (HiT- Hypertension Incidence in Turkey) kapsamında yeniden değerlendirilmiştir. Analizler sonunda 4 yıllık düzeltilmiş genel insidans hızının % 21.3'e düşmüş olduğu görülmüştür (11).

3.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Erişkinlerde kan basıncı derecesinin sınıflandırılması niteldir. Ancak, tedaviye yaklaşımda kolaylık sağlamak için kan basıncı derecelerinin dikkate alınması yararlıdır (12,13).

3.4.1. Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırma

Avrupa Hipertansiyon Kılavuzunda (European Society of Hypertension/European Society of Cardiology Guidelines -ESC/ESH- 2007 Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC)) kan basıncı ideal, normal, yüksek normal, evre 1, evre 2 ve evre 3 hipertansiyon olarak altı sınıfa ayrılmıştır. Ayrıca diyastolik kan basıncı değerleri normal iken

sistolik kan basıncının yüksek olması izole sistolik hipertansiyon olarak sınıflanmıştır (14) (Tablo 1).

Tablo 1. ESC/ESH 2007' ye göre hipertansiyonun sınıflandırılması

Sınıflandırma(mmHg)	Sistolik(mmHg)		Diyastolik
İdeal	< 120	ve	< 80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 hipertansiyon	≥ 180	ve/veya	≥ 110
İzole sistolik hipertansiyon	≥ 140	ve	< 90

Hipertansiyon tanısı iki ya da daha fazla muayene sırasında iki ya da daha fazla ölçümün ortalamasına dayandırılmalıdır. Sınıflandırmada sistolik ve diyastolik kan basınçları farklı sınıflara düşerse, kişinin kan basıncı durumunu değerlendirmek için daha yüksek olan kan basıncı derecesi dikkate alınmalıdır (14).

Kan basıncı 120-139/80-89 mmHg arasında pre-hipertansiyon söz konusu iken, bu değerlerin üzeri hipertansiyon olarak kabul edilmektedir. Hipertansif değerler 140-159/90-99 mmHg aralığında evre 1, bu değerlerin üstünde ise evre 2 olarak sınıflanmaktadır (Tablo 2) (15).

Tablo 2. JNC 7'ye göre hipertansiyonun sınıflandırılması (15).

(mmHg)	Sistolik(mmHg)		Diyastolik
İdeal	< 120	ve	< 80
Pre-hipertansiyon	120-139	ve/veya	80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥160	ve/veya	≥100

3.4.2. Hipertansiyonun Etiyolojisine Göre Sınıflandırılması

3.4.2.1. Esansiyel Hipertansiyon

Esansiyel hipertansiyonun nedenleri birçok etkene bağlıdır. Bu etkenler yaş, aşırı tuz kullanımı, düşük potasyum alımı, sedanter yaşam, sigara, alkol ve kafein kullanımı, obezite, ateroskleroz, stres, genetik yatkınlık olarak sıralanabilir (16,17).

3.4.2.2. Sekonder Hipertansiyon

Sekonder hipertansiyon, belirlenebilen bir nedeni olan (18,19) ve daha çok 20 yaş altı ve 50 yaş üstü kişilerde görülen hipertansiyon çeşididir (20,21). Sekonder hipertansiyonun en sık nedenleri arasında; renal, endokrin ve nörolojik hastalıklar, adrenal hastalık, aort koarktasyonu, gebeliğe ve ilaca bağlı hipertansiyon, intravasküler hacim artışı olarak sıralanabilir (22,23). Bu hastalıkların tedavi edilebilir nitelikte olması ve kalıcı tedavi olanağının bulunması nedeniyle her hipertansiyon hastası, ikincil hipertansiyon açısından değerlendirilmelidir (24).

3.4.3. Hipertansiyonun Hedef Organ Hasarı ve Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Varlığına Göre Sınıflandırılması

Yüksek kan basıncını tespit ve tedavi etmenin amacı kardiyovasküler hastalığı ve ilişkili olarak morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Kardiyovasküler hastalık için risk sadece kan basıncı düzeyi ile değil, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin varlığı ve yokluğu ile de ilgilidir. Bu nedenle hipertansiyonu sınıflandırırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir (25).

Yüksek normal kan basıncı ile birinci, ikinci ve üçüncü evredeki hastalar A,B,C düzeyi risk gruplarına ayrılır. Bu sınıflamada diyabetin varlığı, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler hastalık ile eşdeğer tutulmaktadır. Erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşını aşmış olma, sigara içme, total kolesterolün 240mg/dl, LDL-kolesterolün 160 mg/dl'nin üzerinde olması, diyabet, serebrovasküler ya da kardiyovasküler hastalıklara ilişkin aile öyküsü ve obesite hipertansiyon yönünden majör risk faktörleri olarak kabul edilir (26). Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşını aşmış olma, total kolesterolün 200mg/dl, LDL-kolesterolün 130 mg/dl'nin üstünde, HDL-kolesterolün 35 mg/dl'nin altında, trigliserid düzeyinin 200mg/dl'nin üstünde olması, glukoz toleransında azalma ve hareketsiz yaşam şekli minör faktörlerdir (26). Sol ventrikül hipertrofisi, angina ya da geçirilmiş myokard infarktüsü öyküsü, girişimsel koroner arter tedavisi almış olma, kalp yetersizliği, inme ve geçici iskemik atak geçirmiş olma, nefropati, periferik arter hastalığı ve retinopatinin varlığı hedef organ hasarının olduğunu gösterir (26). Kardiyovasküler risk faktörleri varlığı ve hedef organ hasarı varlığına göre A düzeyi, B düzeyi ve C düzeyi risk grubuna ayrılır.

3.4.3.1. A Düzeyi Risk Grubu (Düşük Riskli Hastalar)

Bu gruptaki hastaların arter kan basıncı düzeyi ne olursa olsun, klinik olarak saptanmış kardiyovasküler bir hastalığı, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur.

3.4.3.2. B Düzeyi Risk Grubu (Orta Riskli Hastalar)

Bu gruptaki hastalarda diyabet dışında iki major ya da iki minör risk faktörü bulunur.

3.4.3.3. C Düzeyi Risk Grubu (Yüksek Riskli Hastalar)

Bu gruptaki hastalarda hedef organ hasarı, diyabet ve kalp hastalığı vardır (26).

3.5. Patofizyoloji

1949 yılında Page, mozaik teorisini ileri sürmüş ve hipertansiyonun bir regülasyon hastalığı olduğunu ileri sürmüştür. Bu durum çevresel etkenlere karşı vücudun multifaktöriyel cevabını ifade etmektedir. Bir faktörün bozulması otomatik olarak diğerlerini bozar. Bu durumda hangisinin önce başladığına karar vermek güçtür (27). Normal kan basıncını düzenleyen mekanizmaların bilinmesine rağmen, birçok durumda hipertansiyonun nedeni anlaşılamaz. Hipertansiyonun patofizyolojisi multifaktöriyeldir, gelişimi ise yavaş ve kademelidir (28).

Başlangıçta kan basıncının yükselmesine neden olan başlatıcı faktörler kompanse edici mekanizmaların devreye girmesiyle zaman içinde normale dönebilir. Örneğin; genç, tedavi görmemiş hipertansiflerde başlangıçta kalp

debisinin kademeli şekilde düştüğü ve periferik direncin yükseldiği gözlenmiştir (20,29).

Arteriyel kan basıncını (AKB) oluşturan faktörler kardiyak output olarak da ifade edilen kalp debisi (CO), (kalbin dakikada pompaladığı kan hacmi) ve periferik rezistans olarak bilinen sistemik damar direncidir (PR) (29,30). Kardiyak debi ile vasküler direnç arasındaki denge, kan basıncının normal düzeyde olmasını sağlar. Birincil hipertansiyonda çoğunlukla kardiyak debi normal iken periferik vasküler direnç artmıştır. Periferik vasküler direnç arteriyollerdeki direnci gösterir. Hücre içi kalsiyum artışı arteriol duvarındaki düz kasların kasılmasını sağlar. Arteriol düz kasında uzun süren kasılmalar, anjiotensin artışı nedeniyle arteriyol damar duvarında yapısal değişiklikler ve kalınlaşmaya neden olur. Bu durum hipertansiyonun erken dönemlerinde geri dönüşümsüz (irreversibl) arteriyol direncine neden olarak kardiyak debiyi ve kan basıncını arttırmaktadır (31).

Renin anjiotensin sisteminin (RAAS) lokal etkileri kalp, böbrek, arteriyel sistemde görülür, kan basıncının düzenlenmesinde önemli rolü vardır ve kan basıncını önemli ölçüde etkilemektedir (31). Renin, karaciğerden salınan anjiotensinojeni, anjiotensin-I (AT-1)'e çevirir. Anjiotensin-I, akciğerden salınan anjiotensin dönüştürücü enzim tarafından Anjiotensin-II (AT-2)'ye dönüştürülür. Anjiotensin güçlü vasokonstrüktördür ve kan basıncında artışa neden olur. AT-2, arteriyol ve adrenal bezde bulunan AT-1 reseptör vasıtasıyla etkisini gösterir. Adrenal bezin zona glomeruloza kısmından aldosteron salınımını stimüle ederek sodyum ve su tutulumuna bağlı olarak kan basıncını arttırır (31).

Nitrik oksit (NO) etki süresi kısa ancak kuvvetli vazodilatör bir moleküldür (32). Hedef organ tutulumunu önlemede ve vasküler bütünlüğü korumada etkilidir. Esansiyel hipertansiyon tanısı alan hastalarda NO üretimi azalmıştır. Nitrik oksit azlığında sodyum atılımında azalma ve sistemik kan basıncında artma görülür (33,34,35).

Hipertansiyon patojenezinde genetik faktörler önemli rol oynar. Hipertansif ebeveyn çocuklarında daha yüksek kan basıncına eğilim vardır. Aşırı tuz alımı, genetik yatkınlık ile birlikte ise hipertansiyon için risk artırır (36).

Strese maruz kalmak sempatik aktivasyonu artırır. Tekrarlayan stres vazokonstriksiyona bağlı vasküler hipertrofiye sebep olur ve periferik damar direncinde artışla birlikte kan basıncını artırır (37).

3.6. Hipertansiyonun Klinik Değerlendirmesi

Hipertansiyonun klinik değerlendirmesinde dört amaç gözetilmektedir (38).

- 1- Kan basıncının yüksek olduğunun doğrulanması ve düzeyinin saptanması,
- 2- İkincil hipertansiyon olup olmadığının araştırılması,
- 3- Hedef organ hasarı varlığının değerlendirilmesi,
- 4- Prognozu ve tedaviyi etkileyebilecek kardiyovasküler risklerin araştırılmasıdır (38).

Hipertansif bir hastanın klinik değerlendirmesi öykü ile başlar. Hipertansiyon tanısını ne zaman aldığı ve daha önce ölçülen değerler sorgulanmalıdır. Hipertansiyon tanısı koymak için aneroid, civalı veya elektronik tansiyon ölçüm aleti ile doğru kan basıncı ölçümü yapmak yeterlidir (5).

Ev ölçümleri, hem normotansif hem de hipertansif bireylerde muayenehane ölçümlerine göre daha düşüktür (39).

3.7. Hipertansiyonun Risk Faktörleri

Hipertansiyonun risk faktörleri önlenebilir/müdahale edilebilir ve önlenemeyen/müdahale edilemeyen risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılır (1,3,40).

3.7.1. Önenebilir/Müdahale Edilebilir Risk Faktörleri

Obesite(BKİ) $\geq 30\text{kg/m}^2$, fiziksel inaktivite, alkol ve sigara kullanma, beslenme ve stres

3.7.1.1. Obesite

Obezite kalp üzerinde yaratmış olduğu yapısal değişiklikler nedeni ile kardiyovasküler riski artırır ve hipertansiyona neden olan en önemli risk faktörlerinden bir tanesidir. Beden kitle indeksi (BKİ) 27kg/m^2 'nin üzerinde olan aşırı kilolu bireylerin hipertansiyon risklerinin, aşırı kilolu olmayan bireylerden 3 kat daha yüksek olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (41). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önerilerine göre; bel çevresi (cm) ölçümlerinde erkeklerde 94 cm ve üstü risk, 102 cm ve üstü yüksek risk; kadınlarda ise 80 cm ve üstü risk, 88cm ve üstü hipertansiyon için yüksek risk olarak değerlendirilebilmektedir (42). Zayıflamanın kan basıncı üzerine etkisi bir tansiyon ilacının etkisine yakındır. Ağırlık kaybının bu kan basıncı düşürücü etkisi, kan hacmi ve kalbin ön yükünün azalması gibi hemodinamik etkiler aracılığıyla olabilir. Ağırlık kaybının kardiyovasküler hastalık ve ölüm oranları üzerinde olumlu etkileri olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (41) Vücutta yağ kitlesi arttıkça hipertansiyon gözlenme olasılığı

artar. Hipertansif hastaların yaklaşık 2/3'ünü obez bireyler oluşturmaktadır. İdeal kilonun %20 üstü değerlerde ise hipertansiyon gözlenme olasılığı artmaktadır (43,44,45).

3.7.1.2. Fiziksel İnaktivite

Durağan yaşam tarzında hipertansiyon gelişme riski %20-50 oranında artar. Fiziksel aktivitenin artırılması ile kan basıncında -5.7/-5.7 mmHg azalma sağlanır (44).

3.7.1.3. Alkol ve Sigara Kullanma

Alkol tüketimi ve kan basıncı arasında, yaş, obezite, sigara tüketimi, sosyal sınıf ve sodyum atılımından bağımsız olan sabit bir ilişki gözlenmiştir. Günde 35 gramdan daha fazla alkol tüketen kadınlarda alkol kullanmayanlara kıyasla risk iki kat daha fazladır (46). Aşırı alkol alımı sonucu kan basıncında yükselme olduğu; küçük miktarda alındığında ise, böyle bir etkinin bulunmadığı ileri sürülmektedir. Alkolün etkisi doğrudan damar yatağında vazokonstrüksiyon yanında sempatik sistemdeki tonus artışına bağlıdır (1,3). Sigara önemli bir risk faktörüdür. Nikotinin kalp hızını arttırdığı ve periferal vazokonstrüksiyona neden olduğu belirtilmektedir (47,48).

3.7.1.4. Beslenme

Tuz tüketiminin fazla olduğu topluluklarda hipertansiyon prevalansının yüksek olduğu saptanmıştır. Tuz tüketiminin çok düşük olduğu ilkel topluluklarda ise, kan basıncı çağdaş yaşam süren toplumlarda olduğu gibi yaşlanmakla birlikte yükselme göstermez. Yaşlı, diyabetik ve hipertansif hastalarda diyetle tuz

kısıtlamasının kan basıncını düşürücü etkisinin daha belirgin olduğu saptanmıştır (1).

3.7.1.5. Stres

Stres sempatik aktivasyon meydana getirir ve bunun sonucu olarak vazokonstriksiyon oluşur. Sempatik aktivasyonun artması hipertansiyona yatkınlık sağlar (1,49).

3.7.2. Önlenemeyen/Müdahale Edilemeyen Risk Faktörleri

Yaş, genetik, cinsiyet, etnik yapı

3.7.2.1. Yaş

Toplumumuzda 18 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı erkeklerde %27, kadınlarda %33 olarak belirlenmiştir (50). 40 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı %43,5 olarak saptanmıştır. 60 yaş ve üzeri nüfusta ise bu oranların %63,9 ve %66,7'ye kadar yükseldiği belirlenmiştir (8,10).

3.7.2.2. Genetik

Hipertansiyonun gelişimine etki eden faktörlerden bir tanesi de genetik yapıdır (51). Epidemiyolojik araştırmalar genetik faktörlerin hipertansiyon oluşumunda %30-60 gibi önemli derecede rol oynadığını göstermiştir (52,53). Hipertansif bir bireyin ikizi veya birinci derece akrabaları arasında hipertansiyon görülme oranı fazladır (52). Ayrıca genetiğin, esansiyel hipertansiyon oluşumunda %30-60 oranında etkili olduğunu belirlemiştir (49).

3.7.2.3. Cinsiyet

Hipertansiyonun görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır. Kadınlarda oral kontraseptiflerin kullanımı sekonder hipertansiyon gelişme olasılığını artırabilmektedir (55).

3.7.2.4. Etnik Yapı

Esansiyel hipertansiyon, Afrika kökenli Amerikalılarda diğer etnik gruplara göre daha sık ve daha şiddetli görülmektedir. Bunun nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte, çevresel şartlarla ilgili faktörlerin etkisi olduğu düşünülmektedir (1,48).

3.8. Hipertansiyonun Belirtileri

Hipertansiyonda belirtiler genelde yoktur veya birçok normal tansiyonlunun yüksek tansiyona ait belirtileri farklı nedenlerle hissedebilmeleri nedeniyle hipertansiyondaki belirtiler gözden kaçabilmektedir. Bunların en sık görülenleri burun kanaması, kulaklarda çınlama, baş dönmesi, bayılma hissi, sabah baş ağrıları, depresyon, görme bozuklukları, gece idrarı, gerginlik, yüzün kızarması ve sıcaklık hissidir. Bu yakınmalar sıklıkla yüksek tansiyonun erken dönemlerinde vardır (56).

3.9. Hipertansiyona Bağlı Komplikasyonlar

Hipertansiyon zamanında tedavi edilmezse ölüme sonuçlanabilen komplikasyonlara yol açabilir. Ülkemizde ölüme neden olan hastalıklar içinde hipertansiyona bağlı ölüm nedenleri altıncı sırada yer almıştır (57). Hipertansiyona bağlı komplikasyonlar hastalığın etkilediği hedef organların hasarı ile yakından ilişkilidir. Komplikasyonlar daha çok vasküler sistem, kardiyak

sistem, renal sistem, serebrovasküler sistem ve gözde görülür. Acil hipertansiyon da hipertansiyon komplikasyonları içinde incelenebilir (58).

3.9.1.Hipertansiyonun Vasküler Komplikasyonları

3.9.1.1.Küçük Damar Hastalıkları

Hipertansiyona bağlı olarak küçük damarlarda hasar oluşabilmektedir (59).

Bunlar;

- Hiperplastik veya proliferatif arteriyoskleroz
- Hiyalen arteriyoskleroz
- Beyinde penetran arteriollerde milier anevrizmalar (Charcot-Bouchard anevrizmaları)

3.9.1.2.Büyük Damar Hastalıkları

- Abdominal Aort Anevrizma
- Aort diseksiyonu

3.9.2.Hipertansiyonun Kardiyak Komplikasyonları

Kronik hastalıklar arasında kardiyak hasarı arttıran en önemli risk faktörü hipertansiyondur (60,61). Epidemiyolojik veriler hipertansiyonun koroner kalp hastalığı riskini iki, konjestif kalp yetmezliği riskini ise üç kattan daha fazla artırdığını göstermiştir. Hipertansiyonun kalp üzerindeki etkileri de doğrudan hipertansiyonun artırdığı yük artışının sonucu gelişen sol ventrikül hipertrofisine ya da hipertansiyonun gelişimine katkıda bulunduğu ve hızlandığı arteroskleroza bağlıdır (62,63) .

3.9.2.1. Sol Ventrikül Hipertrofisi

Sol ventrikül hipertrofisi hipertansiyonda en sık rastlanan kardiyak patolojidir (64). Sol ventrikül hipertrofisinin derecesi iş yükü ile ilişkilidir. Hipertansiyona bağlı kronik basınç ve aşırı volüm yüküne cevap olarak kalp kesitinin hücre boyutlarında artış meydana gelir (27).

3.9.2.2. Konjestif Kalp Yetmezliği

Hipertansiyon, konjestif kalp yetmezliği için major risk faktörüdür ve konjestif kalp yetmezliği gelişen hastaların %91'inde hipertansiyon öyküsü bulunmaktadır (64,65).

3.9.2.3. Koroner Arter Hastalığı

Yüksek kan basıncı ve koroner arter hastalığı arasında güçlü bir ilişki olup, akut koroner sendromlularda %50 oranında hipertansiyon da mevcuttur (64,66). Hipertansiyona bağlı büyük arterlerde aterosklerotik daralmanın hızlanması, koroner mikrodolaşımında direncin anormal derecede yüksek olması, endotele bağımlı damar genişlemesinin bozulması ve koroner kan akımının kısıtlanması nedeniyle koroner arter hastalığı oluşmaktadır (17).

3.9.3. Hipertansiyonun Serebrovasküler Komplikasyonları

Hipertansiyon, ister iskemik isterse hemorajik olsun, tüm serebrovasküler olaylar için en önemli risk faktörüdür (62,67,68). İnme geçirenlerin %70'inde yüksek kan basıncı öyküsü bulunmaktadır. Kan basıncı 140/90 mmHg olan yaşlı hastaların dörtte birinde iskemik inme geçirme riski artmıştır. Hipertansif yaşlılarda inme, aynı yaştaki normotansiflere göre 2–4 kat daha sık görülür (69).

Hipertansiyon subaraknoid kanama (SAK) oluşumunda önemli rol oynamaktadır ve SAK geçiren hastaların yarısında hipertansiyon saptanmıştır (69). Ortalama arter basıncı yaklaşık 180 mmHg olduğunda serebral ödem ve ansefalopati gelişir (70).

3.9.4. Hipertansiyonun Renal Komplikasyonları

Gelişmiş ülkelerde renal yetersizlik nedenleri arasında diabetes mellitustan sonra ikinci sırayı HT almaktadır. Böbrek bozukluğu, HT süresi ve eşlik eden metabolik bozukluklarla artmaktadır (71).

3.9.4.1.Hipertansif Nefroskleroz

Hipertansif nefroskleroz, kendisini böbrek fonksiyonunda ilerleyici bir azalma ile belli eden ve yavaş ilerleyen bir hastalıktır. Bu seyir esnasında az sayıda klinik semptoma yol açar (71). Nefrosklerozisteki ilk yükselen değerlerden biri de serum ürik asit düzeyidir ve tedavi edilmeyen hipertansiflerin 1/3'ünde serum ürik asit düzeyi yüksektir (72).

3.9.4.2.Kronik Böbrek Yetmezliği (KBY)

Ülkemizde 2004 yılı Ulusal Hemodiyaliz, Transplantasyon ve Nefroloji Kayıtları'na göre son dönem böbrek yetmezliği nedenleri arasında HT, %19,8 ile ikinci sıraya ulaşmıştır (73).

3.9.5.Hipertansiyonun Retinal Komplikasyonları

Hipertansiyona bağlı olarak retina damarlarının çapında daralma, retina kanamaları, fokal spazmlar, eksüda oluşumu, lokal infarktüsler ve optik fundusta ödem oluşur (26).

3.9.6.Hipertansif Kriz

Hipertansiyona ilişkin acil durumlara yaklaşımın en önemli belirleyicisi müdahale süresine bağlı olarak hastada ortaya çıkabilecek komplikasyonlardır. Temel sorun, arter kan basıncı değerinin yüksekliğinden çok ne kadar kısa sürede yükseldiğidir. Hipertansiyonda çok acil olan durum; arter kan basıncının hedef organ hasarını önlemek amacı ile parenteral yol ile verilecek ilaçlar ile hemen düşürülmesi; acil durum ise; arter kan basıncının birkaç saat ya da gün içerisinde oral yolla verilecek ilaçlar ile düşürülmesi gereken durumdur. Hastada baş ağrısı, nörolojik bulgu, göğüs ağrısı ve hedef organ hasarı yok ise ağız yolu ile verilecek ilaçlar ile arter kan basıncı düşürülür ve neden olabilecek faktörlerin araştırılmasına başlanır (26).

3.9.6.1.Hipertansif Çok Acil Durumlar

Akut aort diseksiyonu, akut koroner sendromlar, akut sol kalp yetersizliği, eklempsi, adrenerjik kriz gibi durumlardır (26).

3.9.6.2.Hipertansif Acil Durumlar

Hızlanmış ve habis hipertansiyon; postoperatif hipertansiyon; acil ameliyata girecek kan basıncı kontrollü olmayan hastalar, böbrek transplantasyonu öncesi ciddi hipertansiyon; iskemik kalp hastalığı ile birlikte olan hipertansiyon hipertansif acil durum olarak değerlendirilir (26).

3.9.7.Malign Hipertansiyon

Sistolik kan basıncının ani olarak 200mmHg, diyastolik kan basıncının 140mmHg, ortalama arter basıncının 150mmHg'nın üstüne çıkmasıdır. Oksipital bölgede özellikle sabahları baş ağrısı, kilo kaybı, görme sorunları, oligüri,

proteinüri vardır. Göz dibi muayenesinde kanama odakları, papillada ödem, konfüzyondan komaya kadar bilinç düzeyinde değişiklikler görülür (26). Bazen de hipertansiyon öyküsü olmayan gençlerde ya da feokromasitoma, akut aort diseksiyonu, eklempsi gibi sekonder hipertansiyon nedenleriyle de gelişebilir (74). Tedavi edilmeyen hastalarda mortalite oranı yüksektir (26).

3.10. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tedavisinin temel amacı hedef organ hasarını önleyerek morbiditeyi ve mortaliteyi azaltmaktır. Yaşam tarzı değişiklikleri ve belli ilaçların birlikte uygulanmasıyla hastalık kontrol altında tutulabilir (75,76).

Günümüzde hipertansiyon kontrol oranlarının nispeten daha iyi olmasına rağmen dünya genelinde çoğu merkezde hala hedeflenen değerlerin çok altındadır. Ülkemizdeki yaklaşık 15 milyon civarındaki hipertansif bireyin yarısından çoğunun hipertansiyonunun farkında olmadığı erişkinlerimizdeki kan basıncı kontrolünün tüm hipertansiflerde %8, kan basıncı yüksekliğinin farkında olan ve tedavi alanlarda ise %20 olduğu bulunmuştur (7). Hipertansiyon tedavisi ilaç dışı yöntemler ve ilaç tedavisi olarak ikiye ayrılır (77).

3.10.1. İlaç Dışı Tedavi Yaklaşımları

Son 50 yılda ortaya çıkan sosyoekonomik ve teknolojik gelişmeler yaşam tarzında belirgin değişikliklere yol açarak, sedanter bir gündelik hayat ve sağlıklı olmayan yeme-içme alışkanlıklarına neden olmuştur. Bu durum hipertansiyonun da dahil olduğu bir çok hastalığın ortaya çıkmasında doğrudan rol oynayabildiği gibi, kan basıncının kontrol altına alınmasında da zorluklar yaratmaktadır. Bu yaşam tarzı ve alışkanlıklarının çoğu değiştirilebilir özellik taşıdıklarından

hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde ilaç dışı tedavi yaklaşımlarının ve hayat tarzı değişikliklerinin önemli bir yeri vardır (78).

Yaşam tarzı düzenlemesi, tüm hastalar için tedavinin ilk aşamasında düşünülmesi gerekmektedir. Özellikle DKB 100 mmHg'dan düşükse, bu önlemler sıklıkla hipertansiyonu kontrol etmeye ve kan basıncını düzenlemek için gereken ilaç sayısını veya dozunu azaltmaya yardımcı olabilir (79). Hipertansiyon tedavisinde etkili olduğu düşünülen ilaç dışı tedavi yöntemlerinin, kapsamlı bir değerlendirme sonrasında her hasta için özel planlanması gerekmektedir. Ancak bu uygulamalar yüksek risk grubundaki hipertansif bireylerde ilaç tedavisine başlanmasını geciktirmemelidir (16,80).

Hipertansiyonda ilaç dışı tedavi, beslenme şekli ve günlük yaşamdaki bazı temel konularda yaşam tarzı değişiklikleri yapılmasını gerektirebilir. Bu durum, kişinin yeni bir alışkanlık edinmesi ya da o güne kadar devam eden alışkanlıklarını değiştirmesi demektir. Bu nedenle yaşam tarzı değişikliği ve sağlık önerilerine uyum zaman alabilmektedir (81,82).

Yaşam tarzı değişiklikleri ve non-farmakolojik tedavi uygulamaları her hasta için bireysel olmalıdır. İlaç tedavisi gereken hastalar da dahil olmak üzere tüm hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri uygulanmalıdır. Yaşam tarzına ilişkin önlemler Dünya Sağlık Örgütü Hipertansiyon Kontrolü Teknik Raporunda belirtildiği gibi, çeşitli tamamlayıcı nedenlerle uygulanmaktadır (83):

- Hastada kan basıncını düşürmek
- Antihipertansif ilaç gereksinimini azaltmak ve bu ilaçların etkilerini en üst düzeye çıkarmak
- Mevcut diğer risk faktörlerini düzeltmek

- Toplumda hipertansiyon ve ilişkili kardiyovasküler hastalıklar için primer koruma sağlamak.

Hipertansiyonun korunma ve tedavisinde uygulanan yaşam biçimi değişikliklerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

3.10.1.1. DASH Diyeti (Dietary Approaches to Stop Hypertension)

Hipertansiyon hastalarında kan basıncını düşürmek ve hipertansiyona bağlı gelişebilecek komplikasyonları önleyebilmek amacıyla, doymuş yağ asitlerinin, tam yağlı besinlerin, şekerli yiyecek ve içeceklerin miktarının azaltıldığı, buna karşın K^+ , Ca^{++} , Mg^{++} , lif ve protein yönünden zengin besinlerin yer aldığı DASH diyeti önerilmektedir (84). Tahıl, tavuk, balık ve fındık alımını, sebze, meyve diyetini içerir. Kırmızı et, tatlı, şekerli içecekler, doymuş yağ alımı azaltılmıştır. DASH diyetinde günlük besin alımının % 18'i protein, %55'i karbonhidrat, %27'si yağ ve yağ içeriğinin % 6'sı satüre, % 13'ü monosatüre, % 8'i poliansatüre yağ asidi'nden oluşmaktadır (85).

3.10.1.2. Tuz Alımının Kısıtlanması

Sodyum alımının azaltılması KB'nın düşürülmesi ve HT kontrolünde en önemli ve etkili yaşam tarzı değişikliğidir (86). Son yıllarda yapılan pek çok çalışmada kısa dönemde diyet, tuz ve hipertansiyon arasındaki ilişkiyi, uzun dönemde de bunlarla mortalite arasındaki ilişki incelenmiştir. Değişik meta-analizlerde hipertansif hastalarda sodyum alımının azaltılmasına bağlı KB'nda belirgin azalma saptanmıştır (87).

Yetişkinler için minimum sodyum gereksinmesi günde 500 mg'dır. Bu miktar yaklaşık ¼ tatlı kaşığı tuzdur. Maksimum tuz alımı ise günlük 6 g (2.4 g sodyum) olarak belirlenmiştir (88).

Günlük ortalama 6 gramdan fazla olmaması gereken tuz tüketimi, Türkiye'de bu değerin 3 katı olarak tespit edilmiştir (89,90).

3.10.1.3. Kalsiyum, Potasyum, Magnezyum Alımı

Potasyum; vasküler Na^+ / K^+ - ATPase etkinliğinde artış ve buna bağlı vasküler gevşeme yapmakta, renal vasküler dirençte azalma ve glomeruler filtrasyon hızında artış oluşturmakta ve bu mekanizmalarla kan basıncını düşürücü etki göstermektedir (91). Bu nedenle hipertansiyon hastalarının K^+ alımını arttırmaları ve günde 90 mmol K^+ almaları önerilmektedir (44). Ayrıca diyetle yeterli Mg^{++} ve Ca^{++} alınması durumunda AKB'da anlamlı düşüşler olduğu belirlenmiştir (92).

3.10.1.4. Lifli Gıda ve Balık Yağı Alımı

Meyve, sebze, balıkyağı, lifli gıdalardan zengin diyet ile sistolik kan basıncının en az 4,5 mmHg diyastolik kan basıncının ise 2,7 mmHg düştüğü saptanmıştır (93). Lifli gıdalar, daha fazla potasyum ve daha az sodyum içermektedir (93). Omega-3 çoklu doymamış yağ asidi (n-3-PUFA), 3-6 g/gün alındığında, hipertansiflerde sistolik kan basıncının en az 4 mmHg diyastolik kan basıncının ise 3 mmHg düştüğü saptanmıştır (93).

3.10.1.5. Beden Ağırlığının Normale İndirilmesi

Kilo vermek kullanılan antihipertansif ilaçların sayısı ve doz olarak azaltılmasına yardımcı olabilir (5). Başlangıçta 5 kg zayıflama, hipertansif

hastaların çoğunda anlamlı kan basıncı düşmesine yol açar. Kontrollü klinik çalışmalarda 1 kg zayıflamanın sistolik ve diyastolik kan basınçlarında 1.6 mmHg ve 1.3 mmHg düşme sağladığı gösterilmiştir (94).

3.10.1.6. Sigara, Alkol ve Kafein Kullanımını Bırakma

Her sigara içiminden sonra 15-30 dakika süren akut kan basıncı yükselmesi olur. Klinik uygulamada saptanamasa bile 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinde yükselmeler gösterilmiştir. Sigara içimi kardiyovasküler riski 2-3 kat artıran bir faktördür. Kardiyovasküler olumlu etkiler tütün içiminin bırakılmasından sonraki bir yıl içinde görülür. Sigara lipid profilini bozar, insülin direncini artırır, sol ventrikül kütesinde artış ve endotele bağımlı arteriyel vasodilatasyonda azalmaya yol açar (94). Günlük 20–30 gr'ı geçen etil alkol alımında, hipertansiyon prevalansı yüksektir. Alkol kullanımı ile antihipertansif ilaçların etkisi azalmakta ve inme riski artmaktadır. Kafeinin kan basıncını yükseltici etkisi hipertansif hastalarda daha belirgindir. Bir bardak koyu kahvede bulunan kafein, sistolik kan basıncını 10 mmHg, diyastolik kan basıncını ise 3- 8 mmHg yükseltmektedir (67).

3.10.1.7. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite kardiyovasküler riskin ve KB'nın azaltılmasında kabul edilen yaşam tarzı değişikliğidir (95). Temel olarak yürüyüş, koşu, bisiklete binme ve yüzmeden oluşan dinamik ve aerobik egzersizleri içerir. Bunun aksine, izometrik egzersiz önerilmez (örneğin ağırlık kaldırma veya vücut geliştirme) çünkü bu tür egzersizler daha yüksek KB ile ilişkilidir (96).

Hipertansif hastalar haftada en az üç kez, hedef kalp hızının %60-70'ine ulaşacak biçimde en az 30 dakika süren tempolu fiziksel egzersiz yapmalıdır. Bu tip fiziksel aktivite, sistolik kan basıncında (SKB)'da 4-9 mmHg'lık bir düşme sağlayabilmektedir (5). Düzenli fizik aktivitenin sistolik kan basıncını en az 3,5 mmHg diyastolik kan basıncını ise 3,2 mmHg düşürdüğü bildirilmiştir (14).

3.10.1.8. Stresten Uzak Durulması

Stres ile başedebilmenin kan basıncını düzenlediği gösterilmiştir (5). Avusturalya Ulusal Kalp Vakfı ve Uzman Çalışma Grubu'un (Expert Working Group of the National Heart Foundation of Australia) yayınladığı güncel bir sistematik derlemede stresin tanımına değişik psikososyal faktörler eklenmiş ve onların koroner kalp hastalığı ve KB üzerindeki etkileri ayrı olarak analiz edilmiştir. Sonuç olarak koroner kalp hastalığı ve HT'un nedenleri ve prognozuyla depresyon, sosyal izolasyon ve sosyal destek kalitesinin azlığı arasında bağımsız bir nedensel ilişki olduğu hipotezini destekleyen yeterli kanıt olduğu sonucuna varmışlardır (97).

Yaşam tarzı değişikliğinin sistolik kan basıncı üzerine etkisi Tablo 3’de gösterilmiştir (5).

Tablo 3.Yaşam tarzı değişikliğinin sistolik kan basıncı üzerine etkisi (5).

Değişiklikler	Miktar /İçerik	Sistolik kan basıncını azaltma oranı
DASH diyeti	Meyve ve sebzedden zengin, yağ oranı düşük besinler	8–14 mmHg
Tuz kısıtlama	Günde 100 mmol’dan daha az olan tuz kullanımı (2,4 gr sodyum veya 6 gr sodyum klorid)	2–8 mmHg
Kilo verme	Normal vücut kitle indeksi; 18,5–24,9 kg/ m ² olması	5–20 mmHg/ 10 kg
Fizik aktivite	Haftanın çoğu günü en az 30 dk düzenli, tempolu egzersiz	4–9 mmHg

3.10.2. Farmakolojik Tedavi (İlaç Tedavisi)

Uluslararası kılavuzlarda JNC-VII 2007 belirtildiği üzere, her hastaya göre bireyselleştirilmiş tedavi ilkelerinin uygulanması gerekmektedir (98). Tedavide kullanılan başlıca antihipertansif ilaçlar aşağıda verilmiştir (58).

- Diüretikler
- β blokerler (Beta adrenerjik reseptör blokerleri)
- KKB (Kalsiyum kanal blokerleri)
- ADEİ (Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri)
- ARB (Anjiyotensin 2 reseptör blokerleri)

3.10.2.1.Diüretikler

Ucuz, iyi tolere edilen ve JNC 7 raporuna göre ilk tercih edilmesi gereken antihipertansif ilaç grubudur (5).

3.10.2.2. β Adrenerjik Reseptör Blokerleri (β blokerler)

Genç ve orta yaş, anksiyete bozukluğu veya iskemik kalp hastalığı olanlarda tek ve ilk seçilecek ilaç olarak önerilmiştir (99). Altmış yaş altındaki hafif veya orta şiddetteki hipertansiyon olgularında kullanılırlar (100).

3.10.2.3. Kalsiyum Kanal Blokerleri (KKB)

Hafif ve orta derecedeki hipertansiyonun tedavisinde tek ilaç olarak kullanılabilirler (100). Özellikle beyin kan akımını artırdığı için, yaşlılarda uygun seçenek olmaktadır (99).

3.10.2.4. Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ADEİ)

Aktif olmayan anjiyotensin I'in aktif anjiyotensin II'ye dönüşmesini sağlayan, anjiyotensin dönüştürücü enzimdir (ADE). ADE'in baskılanması ile plazma ve dokularda anjiyotensin düzeyi azalır, arteriollerde ve venüllerde vazodilatasyon meydana gelir, periferik damar direnci azalır, dolayısıyla kan basıncı düşer (75).

3.10.2.5. Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri (ARB)

Bu gruptaki ilaçlar, Anjiyotensin II reseptörlerini bloke ederek vazodilatasyona, böbrekte su ve tuz atılımında artışa, plazma hacminde azalmaya yol açarak kan basıncını düşürürler (101).

3.10.2.6. α -Blokerler

α adrenerjik reseptör blokerleri belirgin şekilde ortostatik tipte kan basıncı düşüklüğüne neden olur. Bu nedenle tedaviye baslarken ilaç daha az dozlarda

başlanmalı ve yavaş olarak artırılmalıdır. İlk dozun gece yatarken verilmesi kan basıncı düşüklüğü bulgularının daha az olmasını sağlamaktadır (99).

3.10.2.7.Kombinasyon Tedavileri

Kombinasyon tedavisi pek çok avantajı nedeniyle giderek daha yaygın olarak tercih edilmektedir (60). Kombinasyon tedavisi, tek ilaç tedavisinin sağlayacağı başarıyı daha da arttırmaktadır. İki farklı ilaçtan oluşan kombinasyon tedavisine cevap %75-80 iken, tek ilaç tedavisinde en yüksek dozda bile cevap %55-60 kadar olduğu bildirilmiştir (60).

3.11. Hipertansiyon Tedavisinde Uyum

Hipertansiyonda farmakolojik tedavi tedavinin çok önemli bir parçasıdır (102). Tedavinin başarısında da en önemli etken kuşkusuz hastanın tedaviye uyumudur (102,103). Tedavi uyumu hastanın başlangıçtan itibaren 12 ay boyunca antihipertansif tedaviye devam etmesi şeklinde tanımlanmıştır (60).

Uyum ‘‘birey davranışlarının, sağlık profesyonellerinin, ilaç alma, randevulara gelme, diyet ve yaşam biçimi değişikliklerine uymasını kapsayan önerilere uyma derecesi olarak tanımlamaktadır (64). İlaç tedavisine uyum, genel olarak hastanın reçete edilen ilaçlarını reçeteye uygun olarak alması ve bunun devamlılık göstermesi olarak tanımlanmaktadır (105,106).

Hipertansiyon tedavisinde hasta uyumu ve tedaviyi sürdürme, kan basıncının kontrolünün sağlanmasında çok önemli iki faktördür (107).

Hastanın ilaç tedavisine uyumu, hastalığın başarılı yönetiminde kritik bir yere sahip olmasına rağmen günümüzde oldukça geniş bir oranda tedaviye uyumsuzluk yaşanmaktadır. DSÖ’ nün yayınladığı son uyum raporunda, dünya

genelinde hastaların ilaçlarını reçetede ki gibi alma oranı %50 olarak açıklanmıştır (106,108).

3.11.1. Tedavi Uyumu İle İlişkili Faktörler

Hastanın tedaviye uyumunu etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörler Tablo 4’de verilmiştir. Bu faktörlerin bir ya da birkaçının varlığı uyumsuzluğa yön vermektedir (106,109,110).

Tablo 4. Tedaviye uyumu etkileyen faktörler (110).

Kategori	Faktörler
Demografik özellikler	Yaş, ırk, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sağlık bilgisi
Hastalık	Hastalık tipi, süresi ve şiddeti, komplikasyon varlığı, hastaneyi kullanma sıklığı, sağlık bakım sunucularından memnuniyet, bakımın kalitesi
Tedavi	İlacın dozu, tipi, başka ilaç varlığı, ilaç temini, tedavinin gerektirdiği diyet, yan etki varlığı
Davranış	Doktor-hasta etkileşimi, hastanın bilgi düzeyi, kavrama durumu, hastalığı ve tedavisi ile ilgili inanışları, bakım sunanın bilgi düzeyi ve inanışları
Ekonomik özellikler	Ekonomik durum, sağlık sigortası ve sigorta tipi, tedavi ve ilaç fiyatları, hastanın geliri

3.11.1.1. Sosyodemografik özellikler

Hasta yaşı tedaviye karar vermeyi etkileyen majör bir faktördür (111).Yaş faktörüne göre yapılan değerlendirmelerde genel olarak gençlerin yaşlılara göre daha uyumsuz oldukları belirtilmektedir (112). Yaşlılar, sıklıkla kronik, hastalık/hastalıklar ile yaşamak zorundadırlar. Kullandıkları bir veya daha fazla ilacın sahip olduğu potansiyel yan etkilerle de risk altında bulunmaktadır (113).

Yaşlılarda ilaç tedavisine uyumun eksikliği, tedavinin başarısızlığı ihtimalini artırdığı tespit edilmiştir (106).

Cinsiyetin uyum açısından belirleyici bir faktör olduğu ancak yaş özelliği ile birlikte ele alınmasının önemi vurgulanmaktadır. Genel olarak erkek hipertansiflerde uyumsuzluk eğilimi daha fazla iken, yaşa göre yapılan incelemelerde uyumsuzluğun genç erkeklerde buna karşın ileri yaştaki kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir (114).

Bireyin medeni durumunun, bireyin sosyal destek sisteminin belirlenmesi açısından önemli olduğu varsayılmaktadır. Ancak medeni durum ile ilaç uyumuna ilişkin veriler sınırlıdır (114).

Öğrenim düzeyi, meslek ve sosyoekonomik durum bireyin sosyal statüsü açısından belirleyici özelliklerdir. Genel olarak “eğitim düzeyi düşük ise, mesleki durum ve ekonomik durumu da düşüktür ve bununla ilişkili olarak uyum oranı düşük olacaktır” şeklinde formüle edilmektedir (114).

Hastanın, hastalığı ve tedaviye ilişkin inancı önemli ölçüde bilgisine bağlıdır. Bilgi düzeyinin artırılması ile hastaların hipertansiyonun yönetiminde daha fazla sorumluluk almalarına önemli ölçüde desteklemektedir (115).

3.11.1.2. Hastalık İle İlgili Faktörler

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu görüşler hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Bu süreç bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler (116).

Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar (117). Mesela bir kalp hastası hastalığının sebebinin sigara içmek ya da çok yağlı beslenmek gibi kötü sağlık koşullarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır veya stresin neden olduğunu düşünüyorsa işini bırakacaktır (118). Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki bile olmasa görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar da yapabilirler (117).

Akuttan kroniğe değişen zamansal inanışlar vardır. İlaç alımı ile zamansal inanışlar önemli ilişkiye sahiptir. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler (117).

Hipertansiyon uzun yıllar belirtisiz ve komplikasyonsuz seyredebilir, ciddi komplikasyonlar uzun yıllar sonra ortaya çıkabilir. Belirtisiz dönemde hastaya tedaviyi benimsetmek güç olur. Bu nedenle yüksek kan basıncı tedavisinde hasta uyumu büyük önem kazanmaktadır (53). Yapılan çalışmalarda hastalığının farkında olup, ciddiyetine inanan hipertansif bireylerde tedaviye uyumun daha iyi olduğu saptanmıştır (112,119).

3.11.1.3. Tedavi İle İlgili Faktörler

İlaça güven duymak, hastalık ya da komplikasyon korkusu, aile öyküsünde hipertansiyonun varlığı tedaviye uyumunu olumlu etkileyen durumlar olarak kabul edilmiştir (102). Tedavi programında farklı ilaç gruplarının yer alması, günde birden fazla ilaç alınması vb. özelliklerin tedavi programının daha karmaşık haline gelmesi ve dolayısıyla tedaviye uyumu daha olumsuz etkileyebileceği belirtilmektedir (112,120,121).

Hasta uyumunu artırmak, kan basıncı değişikliğini azaltmak ve 24 saatlik kan basıncı kontrolünü sağlamak amacıyla uzun etkili, günde bir kez verilebilen ilaçlar tercih edilmelidir (98). İlaç almayı unutmanın en sık nedeni ileri yaşı, ilaç yan etkisi, medikal tedavi planına uymama, kişinin hasta olma sorununu hatırlamak istememesidir (103). İlaç kullanımı yaşam tarzı olarak benimsendiğinde ilaç alma saatini unutma problemi çözülebilmektedir (61).

3.11.1.4. Davranış İle İlgili Faktörler

İlaç alımıyla ilgili tutum ve davranışlar, tedaviye uyumu başlı başına etkileyen önemli bir durumdur. Bu durum özellikle yaşlılarda, tedavide istenilen hedeflere ulaşamamasına, psikolojik ve fizyolojik komplikasyonların gelişmesine ve hastalık kontrolünün zorlaşmasına neden olabilir. Hasta tarafından değiştirilen ilaç alım davranışları, hastanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinin yanında maliyetinde artmasına neden olmaktadır. Yapılan bir çalışmada hastaların ilaçlarını reçete edilenin dışında kullanım oranı kabaca %20-50 olarak bulunmuştur (122,123).

Hipertansiyon tedavisinde yaşanan sorunların başında, hastaların tedaviye ömür boyu devam edileceğinin bilincinde olmamaları ve tedaviye başladıktan sonra kontrollerini düzenli yaptırmamaları gelmektedir (124). Sağlık bakım sunucuları ve hemşireler, hasta ile işbirliği içinde, hastanın tedavisine uyumunu yükseltmelidirler. Bu bağlamda hastanın ilaç kullanım özelliklerini ve ilaç tedavisindeki hatalarını tespit ederken hasta ailesi ile de işbirliği içinde olunmalıdır (125).

3.11.1.5. Ekonomi İle İlgili Faktörler

Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk, kan basıncı kontrolünün sağlanamamasına neden olmaktadır (60). Kan basıncının kontrol altına alınamaması, komplikasyonları ve sağlık harcamalarını arttırmaktadır (82). Bu nedenle sağlık sistemi ile ilgili unsurlar da uyum konusunda önemli rol oynamaktadır. Düşük gelirlili ülkelerde her türlü tıbbi malzeme oranı düşüktür ve çoğunlukla cepten karşılanır. Özellikle toplumun fakir kesimlerinde ilaca ulaşım yolları için sürekli finansman, karşılanabilir fiyatlar ve güvenilir tedarik sistemleri için uygun stratejilerin geliştirilmesi hastaların uyum sorununa önemli katkı sağlayacaktır. Hizmetin dağılımı, finansman ve uygun eczacılık yönetimi gibi sağlık sistemine ait fonksiyonların geliştirilmesi hipertansiyon ve diğer kronik hastalıklarda uyumu arttıracaktır (126,127,128).

3.12. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Kalitesi

3.12.1. Yaşam Kalitesi İle İlgili Tarihçe

Yaşam kalitesi antik ve orta çağda insanın mükemmellik durumu, en üst düzeyde erdem, en üst düzeyde güzelliklere sahip olma olarak ele alınmıştır (129). Yaşam kalitesi çok uzun yıllardan beri birçok disiplinde kullanılan önemli bir kavram olmuştur. 1960'lı yıllarda ekonomi ve sosyoloji alanına girmiştir. Ekonomik açıdan yaşam kalitesini tanımlamaya çalışan araştırmacılar özellikle teknolojik değişme ve ekonomik büyüme üzerinde durmuşlardır. Sosyolojik ağırlıklı yaklaşımlarda yaşam kalitesi; çalışma, barınma, sosyal durum boyutları ile ele alınmıştır (129).

1970'li yıllarda psikologlar tarafından yaşam doyumu boyutu ile gündeme getirilmiştir.

Yaşam kalitesi 1970'li yıllarda tıp alanına, 1980'lerden sonrada hemşirelik alanına girmiştir. Tıp ve hemşirelik ise, sağlık çalışanlarının ilgilendikleri alanlar olan sağlığın, semptomların, hastalıkların, tedavilerin ve bakımın yaşam kalitesi ile olan ilişkisine odaklanmıştır. Günümüzde sağlık bakımının amacı; yaşamı uzatmak değil, bireyin sorunları ile baş etme ve öz bakım gücünü geliştirmek, bağımsızlığını ve yaşam kalitesini, bilgi ve becerilerini arttırmak ve geliştirmektir. Yaşam kalitesinin incelenmesi tıpta hastanın değerlendirilmesinde önemli katkılara sahiptir (129,130).

Çeşitli yıllar arasında yaşam kalitesi kavramının kabul gördüğü ve kullanılmaya başlandığı disiplinler ve bu disiplinlerin birbirleriyle ilişkisi şekilde görülmektedir (131).

ÇAĞLAR BOYU YAŞAM KALİTESİ



Şekil 1.Yaşam Kalitesi Kavramının Kullanılmaya Başladığı Disiplinler ve Bu Disiplinlerin Birbirleriyle İlişkisi (131).

3.12.2. Yaşam Kalitesi ve Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesinin Tanımı

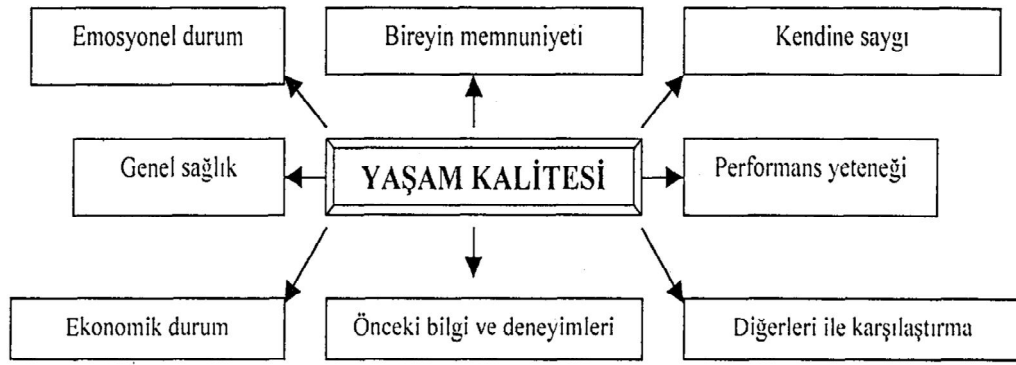
Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, yalnızca hastalık ve sakatlığın bulunmayışı olarak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinin varlığı şeklinde tanımlar. Bu tanım yaşam kalitesi kavramını gündeme getirmiştir (132). Günümüzde sağlık, bireyin çevresi ile bir bütün olarak, mevcut sorunları ile baş edebilir sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı olması, üretkenliği ve yaşam kalitesi ile ele alınmaktadır. Genel olarak yaşam kalitesi, “ iyilik hali”nin bir derecesi olarak tanımlanır (129,130).

1973 yılından bu yana giderek artan sayıda klinik araştırmada yaşam kalitesi kavramı sık olarak kullanılmaktadır (132). Yaşam kalitesi kavramının sürekli gelişim içerisinde olması ve çok yönlü özellikler taşıması, tanımlanmasını güçleştirmektedir. Genel anlamda bireysel “ iyi oluş” un ifadesi anlamına gelen yaşam kalitesini; sosyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel etmenler belirlemektedir (133).

Yaşam kalitesi, bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum bulması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziki durumunun iyi olması, kişiler arası ilişkilerde iyi olma, benlik saygısı, önceki bilgi ve tecrübelerin tümünü kapsayan bir kavramdır (134).

Shin ve Johnson (1978) yaşam kalitesini, kişisel gereksinimleri giderilmesine yönelik kaynaklara sahip olmaya, istek ve arzulara, kişisel gelişimi sağlayan aktivitelere katılıma ve kendini başkalarıyla karşılaştırmaya dayandırmışlardır. İnsan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olan yaşam kalitesi, insan istek ve gereksinimlerinin tatmin edici bir biçimde karşılanması olarak tanımlanabilir (129,130).

Burchardt'a göre yaşam kalitesi; 'bireyin yaşamdan doyum alması, fiziksel ve ekonomik yönden iyi olması, diğer bireyler ile iyi ilişkiler kurması, toplumsal/ vatandaşlık/ uygarlığa ait davranışlarda sosyal güç yeterliliğine sahip olması, kendini geliştirmesi ve eğlenmeye zaman ayırmasıdır'' şeklinde tanımlanmıştır. Shin, Johnson ve Patterson' un yaşam kalitesi''nin her yönünü değerlendirmede gerekli olduğu varsayılan karakteristikleri saptamak yolu ile farklı bir yaklaşım getirdikleri belirtilmiştir (133) .



Şekil 2.Yaşam Kalitesinin Tanımında Etkili Olan Faktörler

DSÖ 1998'de geniş anlamıyla yaşam kalitesini; "Her insanın yaşamında maddesel, fiziksel, sosyal, duygusal, ruhsal sağlığını içeren, yani insanın yaşam gerçekliğinin etrafında dönen bir anlamı ifade etmektedir. Literatürde yaşam kalitesi ölçümleri, sağlık araştırmaları, yaşam kalitesi kavramının global olarak ifadesi ve toplam insan deneyimi etrafında dönmektedir. Oysaki uygulamalarda yaşam kalitesi ölçümlerinin genellikle patolojik etkilerinin ölçülmesi ve bireylerin sağlıkla ilgili davranış ve psikolojik durumlarıyla ilgili tedaviler üzerine kurgulandığı görülmektedir'' şeklinde tanımlar (130,135).

Sağlığa bağlı yaşam kalitesi ise; kişinin sağlık durumunu göstermekten daha geniş perspektifi işaret eder. Sağlığa bağlı yaşam kalitesinin “bir hastalık veya tedavi ile bağıntılı olan fiziksel, duygusal ve sosyal öğeleri kapsayan çok boyutlu bir kavram” olduğu kabul edilmektedir (129,130). Sağlığa bağlı yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin hastalıklarla etkilenen yönünü içeren çok boyutlu bir terimdir (136). Sağlık alanında yaşam kalitesi, hastanın fizyolojik fonksiyonlarını değerlendirmekten çok, hastanın algılamalarını ve hastalığın tedavisiyle ilgili yaşantılarını vurgular. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesi; bireyin içinde bulunduğu duruma emosyonel yanıtı, hastalığın bireyin sosyal, emosyonel, mesleki ve aile yaşantısı üzerindeki etkisi, kişisel iyilik hali, kişinin beklentileri ve gerçek durumu arasındaki karşılaştırmaları ve farkları, fiziksel, sosyal ve emosyonel fonksiyonların doyumu ve gereksinimlerini karşılamada bireysel yeterlilik olarak çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır (137).

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SYK) bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Bir görüşe göre Yaşam Kalitesi (YK) ve SYK birbirinden ayrılarak incelenmeliyken diğer bir görüşe göre aslında yaşam kalitesinin tüm boyutları sağlıkla ilgili yaşam kalitesini de belirler ve bunları birbirlerinden ayırmak olanaksızdır. Örneğin gelir düzeyi, sosyal olanaklar, politik ortam, çevre koşulları ve kişisel inançlar genel yaşam kalitesinin içinde değerlendirilirken bunları sağlıkla ilgili yaşam kalitesinden ayrı düşünmek genellikle yanılgıya götürür, çünkü bunların çoğu sağlık sorunlarını belirleyen temel faktörlerdir (134).

3.12.3. Yaşam Kalitesinin Boyutları

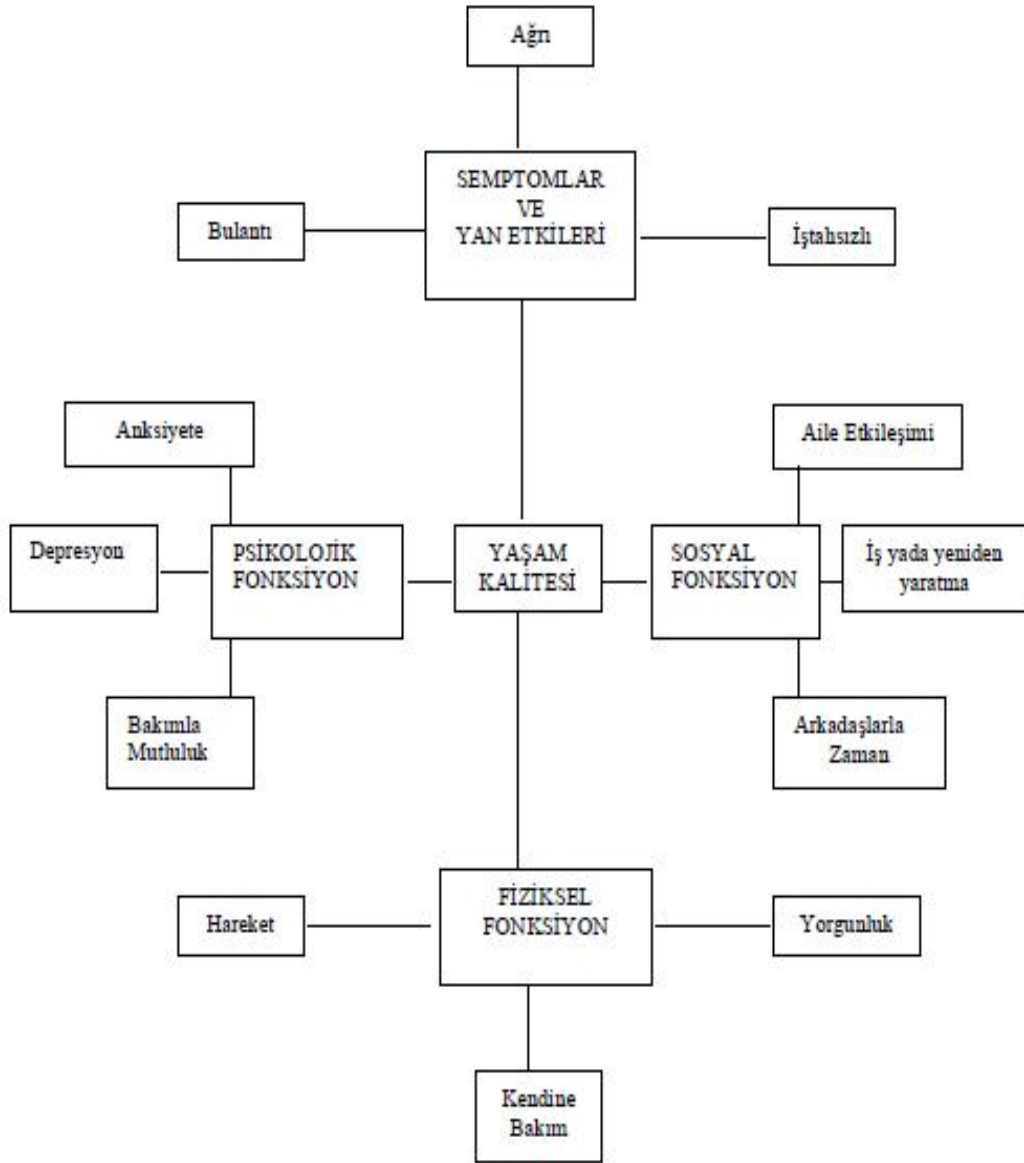
Yaşam kalitesi kavramı, ilk bakışta basit bir kavram gibi görünmesine karşın oldukça kapsamlıdır. Yaşam kalitesi tanımının, hayatın birçok boyutunu içermesi gerektiği konusunda fikir birliği bulunmaktadır (138).

Yaşam kalitesini ilgilendiren durumlar dört temel grup altında değerlendirilebilmektedir:

Psikolojik Esenlik: Yaşamdan doyum alma, yararlılık, beden imgesi, oto kontrol, dinlenme ve meşguliyet ile ilgili durumlar, bir işi tamamlama, yaşamın anlamı, mutluluk, sosyal izolasyon, anksiyete, duygusal reaksiyonlar bu alanda değerlendirilir (139,140).

Fiziksel Esenlik: Fonksiyonel yeterlilik, fiziksel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, yeme, uyku, cinsel aktivite, zindelik, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılaması, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir (139,140).

Sosyal ve Bireysel Esenlik: Bireyin ebeveynleri ve yakın arkadaşları ile ilişkileri, sosyal etkinlikleri, başkalarından destek görme, mahremiyet, çevresince benimsenmesi, farklı organizasyonlara katılma, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, çalışma biçimi, çalışma durumu bu alanda değerlendirilir (139,140).



Şekil 3. Yaşam kalitesinin çok boyutlu görünümü (141).

Parasal/ Maddi Esenlik: Geleceğe ilişkin güven duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve ev durumu bu alanda değerlendirilir (139,140).

3.13. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hipertansiyon; ömür boyu devam eden, tıbbi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi edilen kronik bir hastalıktır (142). Hipertansiyon hastalarının genellikle zaman içinde günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve bu durum günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara neden olmaktadır. Ayrıca hipertansif birey kronik bir hastalığa sahip olma psikolojisi yaşamakta ve yaşam tarzında değişiklik yapmakta zorlanmaktadır (143). Hipertansiyon tedavisinde de antihipertansif ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişiklikleri bireyin yaşam süresini uzatmakla birlikte yaşamında değişikliklere yol açmaktadır (144). Tüm bu değişiklikler nedeniyle de bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (145).

İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan aldıkları doyum azalabilir. Bu noktada hemşirenin rolü ve amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak; en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu en üst düzeye çıkartmaktır (146,147).

Hipertansiyon hastasının bakımında hemşirenin amacı, yan etkisiz ve az maliyetle kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutma üzerine odaklanmalıdır. Bu amaca ulaşmak için hemşire, hastanın ilaçları önerildiği gibi kullanması, önerilen yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirmesi ve hastalığın sürecini izleme, ilaçların ya da hastalığın komplikasyonlarının değerlendirilmesi için düzenli sağlık kontrollerine gelmesi konusunda hasta ve ailesini desteklemeli ve gerekli eğitimi vermelidir (148).

Yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından hipertansif bireylere verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilaca uyumu artırmaya yönelik eğitim sonrasında bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu yönde değişikliklerin olduğu ve hastaların tamamının ilaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullandıkları bildirilmiştir (149). Ayrıca birçok çalışmada hemşire eğitimciler tarafından yapılan girişimlerden sonra tedaviye uyumun arttığı ve hipertansif bireylerin kan basınçlarında önemli düşüşlerin olduğu bildirilmiştir (150,151).

Hipertansiyon ömür boyu devam eden, tıbbi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi edilen kronik bir hastalıktır (142). Hipertansiyon hastası hastalığının kronik ve ciddi sonuçlarından dolayı yüksek kan basıncını etkili bir şekilde düzenleyebilmesi için açık, pratik ve gerçekçi bir rehberliğe ihtiyaç duyar. Rehberlik, hastanın hastalık hakkındaki bilgisini ve hastalıkla baş edebilmesini içermelidir (18). Hasta eğitim programları hemşire danışmanlar tarafından yapılırsa hastaların tedaviye katılmaları ve devam etmeleri kolaylaşır ve hedeflenen kan basıncına ulaşılabilir (152).

Hemşire hastanın hastalık ve reçete edilmiş tedavi yönetimi hakkında bilgisini değerlendirip, reçete edilmiş tedavisi ve hipertansiyon hakkında soru sorması için cesaretlendirip, hastalık için önemli olan aile ve diğer önemli bilgileri hastaya açıklayıp, kendi kendine kan basıncını ölçmesini öğretip, evde izlem için uygun tansiyon aleti önerebilir. Hemşire hipertansiyonu tanımlayıp, sistolik ve diyastolik kan basıncı arasındaki farkları, hipertansiyonun sebeplerini, risk faktörlerini açıklamalıdır ve aile öyküsü, kilolu olma, doymuş yağ ve kolesterol oranı yüksek diyet, sigara ve alkol kullanma ve stres ile hipertansiyon ilişkisini anlatmalıdır. Hipertansiyonun doğası ve hedef organ üzerine etkileri konusunda

(böbrekler üzerine olan etkisi, görsel zayıflama, kalp hastalığı, felçler vb.) aynı zamanda da; kahve, çay, kola ve çikolatadan sakınma, diüretik, betablokerler, vazodilatörler, kalsiyum kanal blokerleri ve anjiotensin converting enzim (ACE) inhibitörleri kullanma konusunda bilgi vermeli (142), ilaçların alınmasının önemi ve olası yan etkileri hakkında açıklama yapmalıdır (153).

3.13.1. Hemşirenin Hasta ve Ailesine Karşı Sorumlulukları

Hipertansiyonu kontrol altında tutmada diyet uygulamaları konusunda hastalara danışmanlık yapmalı

Diyetle tuz alımının kısıtlanması ile birlikte antihipertansif ilaçların etkinliğinin artacağı konusunda bilgi vermeli

Sigarayı bırakmanın önemini anlatmalı

Hastaların alkol kullanımını, miktarı ve sıklığı açısından değerlendirmeli, erkekler için günde iki ile sınırlı olmak üzere haftada 14 içim, kadınlar ve düşük kilodaki erkekler için günde bir içim olmak üzere haftada 9 içim ile sınırlandırılması gerektiğini anlatmalı

Fiziksel aktivite artışı ile kan basıncı, kilo, trigliserid düzeyleri ve anksiyetenin azalacağı; HDL düzeyinin artacağı konusunda bilgi verilmeli ama güçlü egzersizler yapmaktan sakınması söylenmeli, haftada 4-7 kez 30-60 dakika orta yoğunlukta düzenli egzersizi devam ettirme konusunda hastaları cesaretlendirmeli

Yüksek kan basıncı ile ilişkili risk faktörlerini açıklamalı

Uzun süreli takip ve tedavinin gerekli olduğu, tedavi ile hipertansiyonun iyileşmeyeceği ancak kontrol altına alınabileceği ve bu şekilde de normal bir

yaşam sürdürülebileceğini anlatmalı ve tedavi planlarına hastaların uyumlarını değerlendirmeli.

Hastaya kan basıncı ölçmesini ve haftada en az bir kez evde kan basıncını ölçerek bunu yazması gerektiğini öğretmeli

Önerilen ilaçların adları, dozajları, etki ve yan etkileri açıklanmalı ve ilaç alımının unutulması durumunda daha sonra çift doz alınmaması konusunda da gereken uyarıları yapmalı

Potasyum kaybı yaratan diüretikler alıyorsa potasyumdan zengin taze sebze ve meyve alımına ilişkin bilgi vermeli

Ortostatik hipotansiyon hakkında bilgi verilmeli ve oluşumunu engellemek üzere yataktan yavaşça kalkması, yatağın kenarında birkaç dakika oturması, yavaşça ayağa kalkması, uzun süre ayakta durmaması ve baş dönmesi olduğunda oturması gibi uygulamalara ilişkin bilgi vermeli

Hastalara stresle etkili bir şekilde nasıl baş edebileceği ve yönetebileceği konusunda yardım etmeli

Hipertansiyonun yönetiminde hastaların inançlarını ve beklentilerini dikkate alarak açıklama yapmalı

Hemşire hastaları için kapsamlı bilgi sağlamalı ve tüm bilgileri yazmalıdır (154,155).

4. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1.Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırma esansiyel hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu, yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemek ve tedaviye uyum ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı araştırma olarak yapılmıştır.

4.2.Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırmanın verileri Eylül 2010 – Ocak 2012 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğinde toplanmıştır.

4.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini; Fırat Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğine başvuran tüm esansiyel hipertansiyon hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; 01.09.2010-30.03.2011 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Kliniği ve Polikliniğine başvuran, en az üç aydır esansiyel hipertansiyon tanısı almış, bilişsel işlevleri etkileyecek rahatsızlık veya hastalığı olmayan, 18 yaş ve üzerindeki ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 220 hasta oluşturmuştur.

4.4.Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle ve hasta dosya kayıtları incelenerek toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili kaynak incelenerek hazırlanmış soru formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği kullanılmıştır.

Soru Formu: Araştırmacı tarafından ilgili kaynak incelemesi yapılarak hazırlanmış soru formu hastaların tanıtıcı özelliklerini, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerini ve yaşam tarzı değişikliklerini belirlemeye yönelik soruları içermektedir (EK-1).

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik-Ölçeği (İBÖS): Ogedegbe ve arkadaşları (156) tarafından 2003 yılında hipertansif Amerikalı bir örnekleme geliştirilen İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması 2005 yılında Gözüm ve Hacıhasanoğlu (157) tarafından yapılmıştır. İBÖS hipertansif hastalarda ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkiliği algısını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Hipertansif hastaların kullandıkları antihipertansifleri düzenli kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulayan İBÖS 26 ifadeden oluşmakta ve bireyin bu ifadeye katılımındaki öz-etkililik/güven düzeyini değerlendirmektedir. Örneğin ‘İşte olduğunuzda ilaçlarınızı her zaman alabileceğinizden emin misiniz’ ifadesini bireyin ‘Hiç emin değilim’ , ‘Biraz eminim’, ‘Çok eminim’ yanıt seçeneklerinden biri ile değerlendirmesi istenmektedir. Bu anlamda ölçekten 26-78 arasında toplam puan elde edilmektedir. Puanın yükselmesi bireyin antihipertansif tedavisine uyumunun iyi olduğunu göstermektedir (155). Türkçe uyarlamasının güvenilirlik katsayısı .92 olarak bulunmuştur (EK-2). Bu araştırmada güvenilirlik katsayısı .95 olarak bulunmuştur.

SF 36 Yaşam kalitesi Ölçeği: Bu araştırmada yaşam kalitesini değerlendirmek üzere kullanılan SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Ware tarafından 1989 yılında geliştirilmiş, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere

düzenlenmiş, 14 yaş ve üzerindeki bireylerin kendi kendilerine ya da bir araştırmacının yardımı ile cevaplayabilecekleri bireysel değerlendirme ölçeğidir. Otuz altı ifade içeren ölçek, 8 sağlık kavramı (fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık) ve 2 ana (fiziksel boyut ve mental boyut) başlığı değerlendiren çok başlıklı ölçek şeklindedir (158,159). Puanlamada ölçekteki geçen yıl süresince sağlıktaki değişimi sorgulayan “geçen yıl ile kıyasladığımda şimdiki sağlık durumum” diye başlayan ifade dikkate alınmaz. Fiziksel ana boyutunun değerlendirilmesi; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarının toplanıp 5’e bölünmesi ile; mental ana boyutunun değerlendirmesi sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı alt boyutlarının toplanıp 5’e bölünmesi ile yapılır. Zindelik/yorgunluk ve genel sağlık algısı her iki ana boyuta da girmektedir. SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır (pozitif puanlama). Ölçekteki sağlıkla ilişkili yaşam alanlarının ölçek puanları en düşük puandan en yüksek puana kadar 0 ile 100 arası değişen değerler alır (158,159). Ölçeğin Türkçe uyarlamasının güvenirlik katsayıları 0.73-0.90 arasında değişmektedir (160) (EK-3). Bu araştırmada güvenirlik katsayısı fiziksel sağlık ana boyutu için .80 , mental sağlık ana boyutu için .83 olarak bulunmuştur.

4.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde; 220 katılımcıdan elde edilen veriler SPSS for Windows 15 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık % 95 güven aralığında $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Hastaların tanımlayıcı özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri, yaşam tarzı değişiklikleri ve alternatif yöntem kullanma durumlarını belirlemede **yüzdeler**; kilo, BKİ, kan basıncı, nabız, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserid değerleri ise **ortalama ve standart sapma** kullanılarak değerlendirilmiştir.

Karşılaştırmalı istatistiksel analizlerde hastaların tanımlayıcı özellikleri, hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri ve yaşam tarzı değişikliklerine göre; yaşam kalitesi alanlarından ve tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanları değerlendirmek üzere, **Independent-Samples T, Man Whitney U testleri ile Kruskal-Wallis Varyans Analizi** kullanıldı.

SF-36 Yaşam Kalitesi Alanları ile İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğinden alınan ortalama puanlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere; **Pearson Kolerasyon Analizi** kullanılmıştır.

Veri toplama araçlarının güvenilirliğini belirlemede ise, **Cronbach α katsayısı** kullanılmıştır.

4.6. Araştırmanın Değişkenleri

İlaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeği ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluştururken; hastaların tanımlayıcı özellikleri, hastaların hastalıkları ve tedavilerine ait özellikleri yaşam tarzı değişiklikleri de araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

4.7. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyulmuştur. Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda zgr oldukları ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgi verilip, araştırmada bilgilendirilmiş onam koşulu **(EK -A)** etik ilke olarak yerine getirilmiştir. İnsan onuruna saygı ilkesi göz önünde bulundurulmuş ve bu doğrultuda araştırmada gizlilik ilkesine uyulmuştur. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 24.08.2010 tarih ve 102 sayılı yazıyla gerekli onay alınmıştır **(EK-B)**. Araştırma ncesinde Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden 07.10.2010 tarih ve B.30.2.FIR.0.A9.00.00/5357 **(EK-C)** sayılı yazıyla ve Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığından 06/10/2010 tarih ve 169 sayılı yazı ile **(EK-D)** gerekli izinler alınmıştır.

EK-A: Hasta Bilgilendirilmiş Onay Formu

EK-B: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul

EK-C: Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

EK-D: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

5. BULGULAR

Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada araştırma kapsamına alınan hipertansiyon hastalarının bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 5. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Sayı (n=220)	%
Cinsiyet		
Kadın	97	44.1
Erkek	123	55.9
Yaş		
35–54	43	19.5
55–65	70	31.8
66–76	84	38.2
77 ve ↑	23	10.5
Medeni durum		
Evli	186	84.5
Bekar-Dul	34	15.5
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	90	40.9
Okur-yazar	35	15.9
İlkokul	62	28.2
Lise	18	8.2
Yüksekokul	15	6.8
Meslek		
Ev hanımı	93	42.3
Emekli	67	30.5
Memur	13	5.9
İşsiz	22	10.0
Diğer	25	11.3
Gelir düzeyi		
<250	11	5
250–749	61	27.7
750–999	61	27.7
1000–1499	19	8.6
1500–1999	14	6.4
2000–2999	5	2.3
3000 ve ↑	49	22.3

Hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 5’de verilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların; %55.9’ u erkek, %38.2’si 66-76 arası yaş grubunda, %84.5’i evli ve

%40.9 gibi bir payının ise okur yazarlığı bulunmamaktadır. Hastaların %5.9'u memur olarak çalışırken %10'u tamamen işsizdir ve geliri 250TL'den az olan grup %5'lik kısmı oluşturmaktadır (Tablo 5).

Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri Tablo 6'da verilmiştir. Hastaların %32.3' ünün ilk yüksek tansiyon ölçüm yerinin sağlık ocağı olduğu, tansiyon ölçüm nedenleri arasında %23.2'lik bir değerle çarpıntının olduğu, %40.9'unun hipertansiyon süresinin 1-5 yıl arasında olduğu, %97.7'lik gibi büyük bir dilimin ise hipertansiyon tanısını 30 yaş ve üzerinde almış olduğu görülmüştür. Hastaların %56.8'i birden fazla antihipertansif ilaç kullanırken %35'i tek ilaç türünü kullanmakta, %44.1'inin antihipertansif ilacı kullanma süresi 1-5 yıl arasında değişmektedir. Hipertansiyon kontrollerini yaptıran grup %55.9'luk bir paya sahip olup, kontrollerini 3 ayda bir yaptıranlar bu grubun %43.2'sini oluşturmakta ve kontrollerini yapmayan grubun gerekçesinin ise %23.6 ile ulaşım sorunu olduğu, %66.4'ünün hiçbir şekilde hipertansiyon eğitimi almadığı, %73.2'sinin ailesinde hipertansiyon öyküsünün olduğu ve %35.9'unun anne ya da babasında hipertansiyon olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri

	Sayı	%
Yüksek tansiyon ölçümünün ilk nerede yapıldığı		
Sağlık ocağı	71	32.3
Devlet/SSK hastanesi	68	30.9
Üniversite hastanesi	70	31.8
Diğer	11	5.0
Tansiyon ölçüm nedeni		
Tesadüfen ölçüm	29	13.2
Baş ağrısı	36	16.4
Çarpıntı	51	23.2
Nefes darlığı	13	5.9
Diğer	91	41.3
Hipertansiyon süresi		
<3 ay	7	3.2
3-5 ay	11	5.0
6-11 ay	12	5.5
1-5 yıl	90	40.9
6-10 yıl	72	32.7
11-15 yıl	19	8.6
16 yıl ve ↑	9	4.1
Hipertansiyon tanısı aldığı yaş		
30 yaş ve altı	5	2.3
>30 yaş	215	97.7
Şuanda kullandığı antihipertansif ilaç sayısı		
Tek	77	35.0
Kombine/tek	18	8.2
Birden fazla	125	56.8
Antihipertansif ilaç kullanma süresi		
3-5 ay	17	7.7
6-11 ay	12	5.5
1-5 yıl	97	44.1
6-10 yıl	69	31.4
11-15 yıl	15	6.8
16 yıl ve üzeri	10	4.5
Hipertansiyon kontrollerini yaptırma durumu		
Evet	123	55.9
Hayır	97	44.1
Hipertansiyon kontrollerini yaptırma sıklığı (n=123)		
3 ay	95	43.2
6 ay	20	9.1
1 yıl	6	2.7
1 yıldan fazla	2	0.9
Hipertansiyon kontrollerini yaptırmama nedenleri (n=97)		
Kontrollerimi unutuyorum	9	4.1
İş yoğunluğumdan gidemiyorum	5	2.3
Hastalığımın çok ciddi olmadığını düşünüyorum	12	5.5
Kendimi iyi hissettiğim için gitmiyorum	19	8.6
Ulaşım sorunum olduğundan gitmiyorum	52	23.6

Tablo 6. (devamı) Hastaların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri

	Sayı	%
Hipertansiyon eğitimi alma durumu		
Evet	74	33,6
Hayır	146	66,4
Ailede hipertansiyon öyküsü varlığı		
Evet	161	73,2
Hayır	59	26,8
Ailede hipertansiyon olan kişi (n=161)		
Anne/baba		
Kardeş	79	35,9
Diğer	57	25,9
	25	11,4

Hastaların yaşam şekli değişikliklerine uyumlarına göre dağılımları Tablo 7’de verilmiştir. Hasta bireylerin %90’ının sigara kullanmadığı, sigara kullananların %7,7’ sinin 17 yıl ve üstünde sigara içtiği, %5,5’ inin günde 11 adet ve üstü sigara içtiği görülmektedir. Alkol kullanma durumuna bakıldığında; %98,2’ sinin daha önce hiç alkol kullanmadığı, alkol kullananların %0,9’unun 6-11 yıl arasında alkol kullandığı, % 1,8 ’inin günde 1-5 kadeh arasında alkol aldığı saptanmıştır. Hasta bireylerin %82,3’ ünün kahve içmediği, kahve içenlerin %15’inin sadece günde bir fincan kahve içtiği görülmektedir.

Hastaların yeme alışkanlıkları incelendiğinde; %40,9’ unun orta hızda yemek yediği, %12,3’ünün yemeğe başlamadan önce tuz attığı, %53,2’sinin yemekleri normal tuzlu ve %17,8’sinin çok tuzlu yediği belirlenmiştir. Hastaların %42,7’ sinin yemeklerinde tereyağı, %13,6’sının margarin kullanmakta olduğu, %27,7’sinin tahıl yemekleri, %8,6’sının hamur işi gıdalar tükettikleri, %10,0’unun hiç meyve tüketmediği, %73,2’nin az az sık yemeye özen göstermediği ve %61,4’ünün ise ağır ve çok yağlı gıdalardan kaçınmadığı görülmüştür (Tablo 7). Hasta bireylerin %80,9’ u herhangi bir fizik aktivite

yapmazken, %12.3'ü haftada 1-2 kez en az 20 dakika süre ile fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların Yaşam Şekli Değişikliklerine Uyumlarına Göre Dağılımları

Yaşam şekli değişiklikleri	Sayı (n=220)	%
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	22	10.0
Kullanmıyor	198	90.0
Kullandığı sigara miktarı		
1-5 adet/gün	6	2.7
6-11 adet/gün	4	1.8
11 ve ↑ adet/gün	12	5.5
Sigara içme süresi		
1-5 yıl	2	0.9
6-11 yıl	1	0.5
12-17 yıl	2	0.9
17 yıl ve ↑	17	7.7
Alkol kullanma durumu		
Evet	4	1.8
Hayır	216	98.2
Kullandığı alkol miktarı (n=4)		
1-5 kadeh/gün	4	1.8
Alkol kullanma süresi (n=4)		
6-11 yıl	2	0.9
17 yıl ve ↑	2	0.9
Kahve içme durumu		
Evet	39	17.7
Hayır	181	82.3
İçilen kahve miktarı		
1 fincan	33	15
2 fincan	6	2.7
Yemek yeme hızı		
Yavaş	45	20.5
Orta	90	40.9
Hızlı	68	30.9
Çok hızlı	17	7.7
Yemeğe başlamadan tuz atma durumu		
Her zaman	19	8.6
Çoğu zaman	76	34.5
Bazen	98	44.5
Hiçbir zaman	27	12.3

Tablo 7'nin devamı (Hastaların Yaşam Şekli Değişikliklerine Uyumlarına Göre Dağılımları)

Yaşam şekli değişiklikleri	Sayı (n=220)	%
Yemeklerde kullanılan tuz miktarı		
Tuzsuz	32	14.5
Az tuzlu	32	14.5
Normal tuzlu	117	53.2
Çok tuzlu	39	17.8
Yemeklerde kullanılan yağ çeşidi		
Zeytinyağı	20	9.1
Tereyağı	94	42.7
Çiçek yağı	33	15.0
Mısırözü yağı	30	13.6
Margarin	21	9.5
Diğer	3	1.4
Çiçek yağı + tereyağı	7	3.2
Zeytinyağı + tereyağı	12	5.5
En çok tüketilen gıda türü		
Hamur işi gıdalar	19	8.6
Tahıl yemekleri (bakliyat)	61	27.7
Etlı yemekler	18	8.2
Haşlama (et-sebze)	36	16.4
Zeytinyağlı yemekler	13	5.9
Sebze yemekleri	35	15.9
Diğer	38	17.3
Meyve sebze tüketme durumu		
Evet, düzenli tüketiyorum	41	18.6
Evet, düzensiz tüketiyorum	157	71.4
Hayır, tüketmiyorum	22	10.0
Az az sık yemeye özen gösterme durumu		
Evet	59	26.8
Hayır	161	73.2
Ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma durumu		
Evet	85	38.6
Hayır	135	61.4
Fizik aktivite yapma durumu		
Evet	42	19.1
Hayır	178	80.9
Fizik aktivite sıklığı/süresi (n=42)		
1-2 kez/hafta, en az 20 dakika	25	11.4
3 ve 3 ten fazla/ hafta, en az 20 dakika	17	7.7

Tablo 8. Hastaların Alternatif Yöntem Kullanma Durumunun Dağılımları

	Sayı (n=220)	%
Tansiyonu düşürmek için alternatif yöntem kullanma durumu		
Evet	100	45.5
Hayır	120	54.5
Alternatif yöntem (n=100)		
Sarımsak	28	12.7
Limon	68	30.9
Bitkisel karışımlar	4	1.8

Hastaların alternatif yöntem kullanma durumları incelendiğinde; %45.5' inin tansiyonunu düşürmek için alternatif yöntem kullandığı ve en sık kullandıkları alternatif yöntemin ise limon olduğu (%30.9) tespit edilmiştir (Tablo 8).

Tablo 9. Hastaların Kilo, BKİ, Kan Basıncı, Nabız, Total Kolesterol, LDL, HDL, Trigliserid Değerlerinin Ortalaması

	X±SS
Kilo	87.38 ± 11.61
Beden Kitle İndeksi	31.97 ± 4.38
Kan basıncı	14.93 ± 1.42
Nabız	78.73 ± 6.25
Total Kolesterol	210.80 ± 44.76
LDL	134.08 ± 37.38
HDL	51.63 ± 13.69
Trigliserid	184.23 ± 68.12

Hastaların kilo, BKİ, kan basıncı, nabız, total kolesterol, LDL, HDL, trigliserid değerlerinin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 10. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları

Tanımlayıcı Özellikler	Fiziksel Sağlık	Mental Sağlık
Cinsiyet		
Kadın	19.68±14.74	28.00±19.06
Erkek	21.95±15.39	27.06±16.49
	t= 1.107	t= -.391
	p>0.05	p>0.05
Yaş		
35–54	25.84±15.20	33.72±19.96
55–65	22.83±14.99	30.32±16.60
66–76	18.15±14.16	23.64±16.01
77 ve ↑	16.30±16.13	21.15±17.45
	KW= 12.839	KW= 17.919
	p<0.05	p<0.05
Medeni durum		
Evli	20.09±15.08	25.94±17.05
Bekar-Dul	25.66±14.62	35.88±18.65
	t=-1.990	t = -3.081
	p<0.05	p<0.05
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	17.06±13.62	24.18±16.59
Okur-yazar	19.76±12.79	26.58±15.50
İlkokul	20.92±14.40	27.01±17.19
Lise	36.20±18.75	43.35±21.40
Yüksekokul	28.88±14.10	32.25±16.35
	KW= 16.796	KW= 13.742
	p<0.05	p<0.05
Meslek		
Ev hanımı	19.28±14.51	27.56±18.83
Emekli	22.02±16.05	27.25±17.35
Memur	27.34±14.35	34.81±19.31
İşsiz	14.95±11.55	23.21±14.06
Diğer	26.24±15.82	27.72±15.67
	KW= 10.525	KW= 3.994
	p<0.05	p>0.05
Gelir düzeyi		
<250	11.72±11.87	18.49±8.72
250–749	17.28±13.20	22.34±15.55
750–999	24.14±15.79	31.52±18.51
1000–1499	27.44±15.65	34.75±18.79
1500–1999	34.81±12.58	43.52±18.73
2000–2999	35.51±17.26	41.09±16.93
3000 ve ↑	15.64±12.27	22.06±14.24
	KW= 27.445	KW= 28.239
	p<0.05	p<0.05

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar Tablo 10'da verilmiştir. Erkeklerin yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanındaki ortalama puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınlarda ise yaşam kalitesinin mental sağlık alanından aldıkları ortalama puanlar erkeklere göre daha yüksektir. Ancak cinsiyete göre grupların yaşam kalitesi alanlarında aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

35-54 yaş grubundaki bireylerin yaşam kalitesinin alanlarından aldıkları ortalama puanlar diğer yaş gruplarından yüksek bulunmuştur. Yaş ilerledikçe yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanların düştüğü görülmüştür. Yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alanlarından olan fiziksel sağlık ve mental sağlık alanlarından alınan ortalama puanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla $KW=12,839$; $KW=17,919$; $p<0.05$) (Tablo 10).

Yaş değişkeninin fiziksel sağlık puanı ortalamalarında oluşturduğu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; 35-54 yaş arası grubun fiziksel sağlık puanı, 66-76 yaş arası grubun fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1237,000$; $p<0,05$). 35-54 yaş arası grubun fiziksel sağlık puanı, 77 yaş ve üstü grubun fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=287,000$; $p<0,05$). 55-65 yaş arası grubun fiziksel sağlık puanı, 66-76 yaş arası grubun fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=2381,000$; $p<0,05$). 55-65 yaş arası grubun fiziksel sağlık puanı, 77 yaş ve üstü grubun fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=572,000$; $p<0,05$) (Tablo 10).

Yaş değişkeninin mental sağlık puanı ortalamalarında oluşturduğu farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; 35-54 yaş arası grubun mental sağlık puanı, 66-76 yaş arası grubun mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=1220,000; $p<0,05$). 35-54 yaş arası grubun mental sağlık puanı, 77 yaş ve üstü grubun mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=269,500; $p<0,05$). 55-65 yaş arası grubun mental sağlık puanı, 66-76 yaş arası grubun mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=2158,000; $p<0,05$). 55-65 yaş arası grubun mental sağlık puanı, 77 yaş ve üstü grubun mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=478,500; $p<0,05$) (Tablo 10).

Hasta grubunda bekar-dul olanların evli olanlara göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların yüksek olduğu görülmüştür. Medeni duruma göre, grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 10).

Hastaların eğitim durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından fiziksel sağlık alanından aldıkları ortalama puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir (KW=16,796; $p<0,001$). Fiziksel sağlık ortalama puanları arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; lise grubunun fiziksel sağlık puanı, okur-yazar olmayanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=343,000; $p<0,001$). Lise grubunun fiziksel sağlık puanı, okur-yazar olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=158,000; $p<0,05$). Lise grubunun fiziksel sağlık puanı, ilkokul grubunun fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=304,000; $p<0,05$) (Tablo 10).

Hastaların eğitim durumuna göre mental sağlık puanı ortalamalarında anlamlı fark bulunmuştur (KW=13,742; $p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; lise grubunun mental sağlık puanı, okur-yazar olmayanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=391,000; $p<0,001$). Lise grubunun mental sağlık puanı, okur-yazar olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=169,500; $p<0,05$). Lise grubunun mental sağlık puanı, ilkokul olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=302,000; $p<0,05$) (Tablo 10).

Yukarıda görüldüğü gibi; lise eğitim düzeyine sahip hastaların yaşam kalitesi alanlarından almış oldukları ortalama puanlar diğer gruplardan yüksektir. Gruplar arası farklılığın okur-yazar olmayan hasta grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 10).

Hastaların fiziksel sağlık puanı ortalamalarında meslek değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (KW=10,525; $p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; emekli olanların fiziksel sağlık puanı, işsiz olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=530,500; $p<0,05$). Memur olanların fiziksel sağlık puanı, işsiz olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=65,000; $p=0,008<0,05$). Diğer meslek grubunda olanların fiziksel sağlık puanı, işsiz olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney U=158,500; $p<0,05$) (Tablo 10).

Hastaların mental sağlık puanı ortalamalarında meslek değişkeni açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (KW=3,994; $p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10 incelendiğinde diğler mesleklere (işçi, çiftçi... gibi) sahip olan hastaların yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanındaki ortalama puanlarının yüksek olduğu saptanmış ve bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Memur olan hastaların yaşam kalitesi alanlarından mental sağlık alanındaki ortalama puanlarının yüksek olduğu saptanmış ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların gelir düzeyine göre fiziksel sağlık puanı ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=36,134$; $p<0,001$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; gelir düzeyi 750-999 olanların fiziksel sağlık puanı, <250 olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=172,500$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1000-1499 olanların fiziksel sağlık puanı, <250 olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=42,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1500-1999 olanların fiziksel sağlık puanı, <250 olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=15,000$; $p<0,001$). Gelir düzeyi 2000-2999 olanların fiziksel sağlık puanı, <250 olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=8,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 750-999 olanların fiziksel sağlık puanı, 250-749 olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1396,500$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1000-1499 olanların fiziksel sağlık puanı, 250-749 olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=351,500$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1500-1999 olanların fiziksel sağlık puanı, 250-749 olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=144,500$; $p<0,001$). Gelir düzeyi 2000-2999 olanların fiziksel sağlık puanı, 250-749 olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=51,500$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1500-1999 olanların

fiziksel sağlık puanı, 750-999 olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=250,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 750-999 olanların fiziksel sağlık puanı, 3000 ve üzeri olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=994,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1000-1499 olanların fiziksel sağlık puanı, 3000 ve üzeri olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=244,500$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1500-1999 olanların fiziksel sağlık puanı, 3000 ve üzeri olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=88,000$; $p<0,001$). Gelir düzeyi 2000-2999 olanların fiziksel sağlık puanı, 3000 ve üzeri olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=38,000$; $p<0,05$) (Tablo 10).

Hastaların mental sağlık puanı ortalamalarının gelir düzeyi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=34,739$; $p<0,001$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; gelir düzeyi 750-999 olanların mental sağlık puanı, <250 olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=191,500$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1000-1499 olanların mental sağlık puanı, <250 olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=52,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1500-1999 olanların mental sağlık puanı, <250 olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=11,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 2000-2999 olanların mental sağlık puanı, <250 olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=6,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 750-999 olanların mental sağlık puanı, 250-749 olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1242,500$;

$p<0,05$). Gelir düzeyi 1000-1499 olanların mental sağlık puanı, 250-749 olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=337,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1500-1999 olanların mental sağlık puanı, 250-749 olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=150,500$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 2000-2999 olanların Mental sağlık puanı, 250-749 olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=53,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1500-1999 olanların mental sağlık puanı, 750-999 olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=274,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 750-999 olanların mental sağlık puanı, 3000 ve üzeri olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1002,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1000-1499 olanların mental sağlık puanı, 3000 ve üzeri olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=256,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 1500-1999 olanların mental sağlık puanı, 3000 ve üzeri olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=109,000$; $p<0,05$). Gelir düzeyi 2000-2999 olanların mental sağlık puanı, 3000 ve üzeri olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=42,000$; $p<0,05$) (Tablo 10).

Hastaların gelir düzeyine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde; geliri 2000–2999TL arasında olanların fiziksel sağlık alanında, 1500–1999TL arasında olanların ise mental sağlık alanında almış oldukları ortalama puanları daha yüksektir. Gruplar arası farklılık gelir düzeyi 250TL altında olan hastalardan ileri gelmekte olup, grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 10).

Hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar tablo 11’de verilmiştir. Hastaların fiziksel sağlık ve mental sağlık puan ortalamalarında hipertansiyon süresinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir (Sırasıyla KW=11,626, KW=7,002; $p>0,05$).

Hastaların hipertansiyona sahip olma süreleri incelediğinde 3–5 ay arasında olan grubun yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar diğer gruplara göre yüksektir. Ancak hipertansiyona sahip olma sürelerine göre grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde hipertansiyon tanısını 30 yaş ve üzerinde alan hastaların da 30 yaş ve altında alan gruba göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar yüksektir ama grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo11).

Tablo 11. Hastaların Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları

Hastalık ve Tedavi Özellikleri	Fiziksel Sağlık	Mental Sağlık
Hipertansiyon süresi		
<3 ay	25.15±19.33	30.66±23.93
3-5 ay	31.98±16.35	36.30±19.67
6-11 ay	25.98±15.42	31.51±20.75
1-5 yıl	20.53±15.00	26.61±17.29
6-10 yıl	19.58±15.10	26.70±17.86
11-15 yıl	14.81±9.96	22.63±13.11
16 yıl ve ↑	25.59±14.40	33.91±14.49
	KW= 11.626	KW= 7.002
	p >0.05	p >0.05
Hipertansiyon tanısı aldığı yaş		
30 yaş ve altı	20.42±16.94	25.28±15.26
>30 yaş	20.96±15.11	27.53±17.71
	t= -.079	t=-.281
	p>0.05	p>0.05
Şuanda kullandığı hipertansiyon ilaç sayısı		
Tek	27.17±17.11	34.53±19.49
Kombine/tek	33.12±11.85	44.03±15.94
Birden fazla	15.36±11.30	20.75±12.85
	KW= 37.299	KW=41.42
	p <0.05	p <0.05
Antihipertansif ilaç kullanma süresi		
3-5 ay	26.66±16.96	31.14±18.74
6-11 ay	24.19±16.20	29.72±19.84
1-5 yıl	22.03±15.15	28.04±17.59
6-10 yıl	17.71±14.03	25.22±17.56
11-15 yıl	16.10±12.54	22.24±13.44
16 yıl ve üzeri	26.46±17.41	36.52±18.45
	KW= 8.951	KW= 6.778
	p>0.05	p>0.05
Hipertansiyon kontrollerini yaptırma durumu		
Evet	24.37±14.78	31.06±17.26
Hayır	16.61±14.47	22.94±17.13
	t=3.903	t=3.475
	p<0.05	p<0.05
Hipertansiyon eğitimi alma durumu		
Evet	26.70±13.82	34.61±16.32
Hayır	18.04±14.94	23.86±17.22
	t=4.162	t=4.452
	p<0.05	p<0.05
Ailede hipertansiyon öyküsü varlığı		
Evet	20.53±14.89	27.50±17.63
Hayır	22.10±15.77	27.42±17.79
	t= -.683	t= 0.028
	p>0.05	p>0.05

Hastaların şuanda kullandığı hipertansiyon ilaç sayısına göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanı ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur (KW=37,299, KW=41,427; $p<0,001$). Şuanda kullandığı hipertansiyon ilaç sayısına göre fiziksel sağlık puan ortalamalarında oluşan farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; şuanda kullandığı hipertansiyon ilaç sayısı tek olanların fiziksel sağlık puanı, şuanda kullandığı hipertansiyon ilaç sayısı birden fazla olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=2898,000$; $p<0,05$). Şuanda kullandığı hipertansiyon ilaç sayısı kombine/tek olanların fiziksel sağlık puanı, şuanda kullandığı hipertansiyon ilaç sayısı birden fazla olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=315,000$; $p<0,05$) (Tablo 11).

Şuanda kullandığı hipertansiyon ilaç sayısına göre mental sağlık puan ortalamalarında oluşan farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; kombine/tek kullanan grubun mental sağlık puanı, tek ilaç kullanan grubun mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=482,000$; $p<0,05$). Tek ilaç kullanan grubun mental sağlık puanı, birden fazla ilaç kullanan grubun mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=2789,000$; $p<0,05$). Kombine/tek ilaç kullanan grubun mental sağlık puanı, birden fazla ilaç kullanan grubun mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=296,000$; $p<0,05$) (Tablo 11).

Araştırmaya katılan hastalardan kombine / tek sayıda ilaç kullananların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar, tek ve birden fazla ilaç kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Gruplar arası farklılık birden fazla ilaç kullanan hasta grubundan kaynaklanmakta olup kullanılan hipertansiyon ilaç

sayısına göre, grupların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 11).

Hastaların fiziksel sağlık ve mental sağlık puan ortalamalarında antihipertansif ilaç kullanma süresi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Sırasıyla $KW=8,951$ $KW=6,778$; $p>0,05$). Hastaların antihipertansif ilaç kullanma süreleri incelendiğinde 3–5 ay arasında kullananların yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanındaki ortalama puanlarının yüksek olduğu; 16 yıl ve üzeri süre ile kullananların ise, mental sağlık alanındaki ortalama puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11 incelendiğinde hipertansiyon eğitimi alan ve kontrollerini yaptıran hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar, hipertansiyon eğitimi almayan ve kontrollerini yaptırmayanlara göre daha yüksek ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunan hastaların yaşam kalitesinin fiziksel sağlık alanındaki ortalama puanlarının düşük ama mental sağlık alanındaki ortalama puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak ailesinde hipertansiyon öyküsü varlığına göre yaşam kalitesi alanlarından alınan ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Hastaların Yaşam Şekli Değişikliklerine Uyumlarına Göre Yaşam Kalitesi Alanlarından Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları

Yaşam şekli değişiklikleri	Fiziksel Sağlık	Mental Sağlık
Az az sık yemeye özen gösterme durumu		
Evet	27.07±14.66	35.17±17.29
Hayır	18.70±14.69	24.66±16.95
	t= 3.749	t= 4.015
	p<0.05	p<0.05
Ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma durumu		
Evet	27.62±14.77	36.03±17.84
Hayır	16.75±13.81	22.09±15.27
	t= 5.449	t= 5.956
	p<0.05	p<0.05
Fizik aktivite yapma durumu		
Evet	36.32±13.77	44.77±17.41
Hayır	17.32±13.01	23.40±15.06
	t= 8.125	t= 7.335
	p<0.05	p<0.05
Yemeklerde kullanılan tuz miktarı		
Tuzsuz	27.66±14.58	36.29±17.08
Az tuzlu	23.71±15.97	29.09±16.48
Normal tuzlu	20.86±15.26	27.85±18.17
Çok tuzlu	13.43±11.01	17.81±12.69
	KW= 18.410	KW= 24.991
	p<0.05	p<0.05
Meyve sebze tüketme durumu		
Evet, düzenli tüketiyorum	29.99±15.65	39.69±18.83
Evet, düzensiz tüketiyorum	18.71±14.20	24.18±16.06
Hayır, tüketmiyorum	20.07±14.80	28.27±16.71
	KW= 17.441	KW= 24.870
	p<0.05	p<0.05
Sigara kullanma durumu		
Kullanıyor	17.67±12.54	23.08±15.25
Kullanmıyor	21.31±15.36	27.97±17.85
	t= -1.074	t= -1.235
	p>0.05	p>0.05
Alkol kullanma durumu		
Evet	28.21±15.37	34.61±24.35
Hayır	20.81±15.11	27.34±17.54
	t= .969	t= .815
	p>0.05	p>0.05
Kahve içme durumu		
Evet	29.19±16.66	34.61±17.65
Hayır	19.17±14.19	25.94±17.30
	t= 3.491	t= 2.792
	p<0.05	p<0.05

Hastaların yaşam şekli değişikliklerine uyumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar tablo 12’de verilmiştir. Tablo 12 incelendiğinde az az sık yemeye özen gösteren hastalar ile ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınan hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların diğer hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüş olup, bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Fiziksel aktivite yapma durumlarına bakıldığında, fiziksel aktivite yapan hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların; yapmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 12).

Hastaların yemeklerde kullanılan tuz miktarına göre fiziksel sağlık ve mental sağlık puanı ortalamalarında grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Sırasıyla $KW=18,410$, $KW=24,991$; $p<0,001$). Yemeklerde kullanılan tuz miktarına göre fiziksel sağlık ortalamalarının arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; az tuzlu grubunun fiziksel sağlık puanı, ok tuzlu olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=390,000$; $p<0,05$). Normal tuzlu grubunun fiziksel sağlık puanı, çok tuzlu olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1619,000$; $p<0,05$). Tuzsuz grubunun fiziksel sağlık puanı, normal tuzlu olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1330,000$; $p<0,05$). Tuzsuz grubunun fiziksel sağlık puanı, çok tuzlu olanların fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=268,500$; $p<0,05$) (Tablo 12).

Yemeklerde kullanılan tuz miktarına göre mental sağlık ortalamaların arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; az tuzlu grubunun mental sağlık puanı, çok tuzlu olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=358,500$; $p<0,05$). Normal tuzlu grubunun mental sağlık puanı, çok tuzlu olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1504,000$; $p<0,05$). Tuzsuz grubunun mental sağlık puanı, normal tuzlu olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1250,000$; $p<0,05$). Tuzsuz olanların mental sağlık puanı, çok tuzlu olanların mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=192,000$; $p<0,05$) (Tablo 12).

Hastaların yemeklerde kullandığı tuz miktarı incelendiğinde tuzsuz yiyen hastaların yaşam kalitesi alanlarından almış oldukları ortalama puanlar, diğer gruplardan yüksektir. Gruplar arası farklılığın çok tuzlu yiyen hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 12).

Hastaların fiziksel ve mental sağlık puanı ortalamalarının meyve sebze tüketme durumu değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($KW=17,441$, $KW=24,870$; $p<0,001$). Meyve sebze tüketme durumu göre fiziksel sağlık ortalamaların arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; düzenli tüketenlerin fiziksel sağlık puanı, düzensiz tüketenlerin fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1866,000$; $p<0,05$). Düzenli tüketenlerin fiziksel sağlık puanı, tüketmeyenlerin fiziksel sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=277,000$; $p<0,05$) (Tablo 12).

Meyve sebze tüketme durumu göre mental sağlık ortalamaların arasındaki farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; düzenli tüketenlerin mental sağlık puanı, düzensiz tüketenlerin mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1610,500$; $p<0,05$). Düzenli tüketenlerin mental sağlık puanı, tüketmeyenlerin mental sağlık puanından yüksektir (Mann Whitney $U=285,000$; $p<0,05$) (Tablo 12).

Hastaların meyve sebze tüketme durumları incelendiğinde düzenli meyve sebze tüketenlerin yaşam kalitesi alanlarından almış oldukları ortalama puanlar, diğer gruplardan yüksektir. Gruplar arası farklılığın düzensiz meyve sebze tüketen hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 12).

Katılımcıların sigara kullanma durumları incelediğinde sigara kullanmayanların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar kullananlara göre yüksektir. Ancak hastaların sigara kullanma durumlarına göre hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Katılımcıların alkol kullanma durumları incelediğinde; alkol kullananların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar kullanmayanlara göre yüksek olduğu görölmektedir. Ancak alkol kullanma durumlarına göre hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır($p>0.05$) (Tablo 12).

Hastaların kahve içme durumlarına bakıldığında, kahve içen hastaların yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların; içmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Tedaviye Uyum Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları

Tanımlayıcı Özellikler	Tedaviye Uyum
Cinsiyet	
Kadın	48.92±13.62
Erkek	50.47±16.07
	t= -.758
	p<0.05
Yaş	
35-54	51.97±15.11
55-65	50.75±13.06
66-76	48.28±15.45
77 ve ↑	46.52±16.07
	KW= 3.507
	p>0.05
Medeni durum	
Evli	48.53±14.37
Bekar-Dul	55.47±15.55
	t= -2.554
	p<0.05
Eğitim durumu	
Okur-yazar değil	45.61±15.82
Okur-yazar	49.28±15.04
İlkokul	50.53±12.37
Lise	58.38±12.99
Yüksekokul	60.00±7.99
	KW= 13.845
	p<0.05
Meslek	
Ev hanımı	50.52±16.29
Emekli	48.92±13.64
Memur	57.69±12.45
İşsiz	45.31±13.54
Diğer	47.60±12.38
	KW=6.604
	p >0.05
Gelir düzeyi	
<250	53.90±15.61
250-749	44.45±14.16
750-999	54.95±14.10
1000-1499	54.52±11.28
1500-1999	59.42±10.50
2000-2999	53.20±13.82
3000 ve ↑	43.32±13.91
	KW=23.472
	p <0.05

Hastaların tanımlayıcı özelliklerine göre tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar tablo 13'de verilmiştir. Erkeklerin tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanların kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüş, bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Hastaların yaş değişkenine göre tedavi uyumu puanı ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı tespit edilmiştir ($KW=3,507$; $p>0,05$). 35-54 yaş grubundaki bireylerin tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar diğer yaş gruplarından yüksek bulunmuştur (Tablo 13).

Hasta grubunda bekar-dul olanların evli olanlara göre tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanların yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farklılığın evli olan hastalardan ileri gelmekte olduğu medeni duruma göre, grupların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanları arasındaki farklılık, istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 13).

Tablo 13 'de hastaların eğitim düzeyi değişkeni açısından tedaviye uyum puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($KW=22,100$; $p<0,001$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; ilkokul grubunun tedavi uyum puanı, okur-yazar olmayanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=2144,500$; $p<0,05$). Lise grubunun tedavi uyum puanı, okur-yazar olmayanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=434,500$; $p<0,05$). Yüksekokul grubunun tedavi uyum puanı, okur-yazar olmayanların tedavi uyumu puanından yüksektir (Mann Whitney $U=310,000$; $p<0,05$). Lise grubunun tedavi uyum puanı, okur-yazar olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=200,500$;

$p < 0,05$). Yüksekokul grubunun tedavi uyumu puanı, okur-yazar olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=144,500$; $p < 0,05$). Lise grubunun tedavi uyum puanı, ilkökul olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=363,500$; $p < 0,05$). Yüksekokul grubunun tedavi uyum puanı, ilkökul olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=258,500$; $p < 0,05$).

Tablo 13’de görüldüğü gibi; yüksekokul eğitim düzeyine sahip hastaların tedaviye uyum ölçeğinden almış oldukları ortalama puanlar diğer gruplardan yüksektir. Gruplar arası farklılığın okur-yazar olmayan hasta grubundan kaynaklandığı bulunmuştur.

Memur olan hastaların tedaviye uyum ölçeğinden almış oldukları ortalama puanlar diğer gruplardan yüksektir. Ancak grupların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı değildir (KW=6,604; $p > 0,05$) (Tablo 13).

Hastaların tedavi uyum puan ortalamalarının gelir düzeyi değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterdiği bulunmuştur (KW=34,895; $p < 0,001$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; < 250 grubunun tedavi uyum puanı, 3000 ve üzeri olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=160,000$; $p < 0,05$). 750-999 grubunun tedavi uyum puanı, gelir düzeyi 250-749 olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1097,000$; $p < 0,05$). 1000-1499 grubunun tedavi uyum puanı, gelir düzeyi 250-749 olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=322,500$; $p < 0,05$). 1500-1999 grubunun tedavi uyum puanı, gelir düzeyi 250-749 olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=169,000$; $p < 0,05$). 750-999 grubunun tedavi uyum puanı, gelir düzeyi

3000 ve üzeri olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney U=827,500; p<0,05). 1000-1499 grubunun tedavi uyum puanı, gelir düzeyi 3000 ve üzeri olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney U=241,000; p<0,05). 1500-1999 grubunun tedavi uyum puanı, gelir düzeyi 3000 ve üzeri olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney U=127,500; p<0,05) (Tablo 13).

Geliri 1500–1999TL arasında olanların almış oldukları ortalama puanlar diğer gelir düzeylerine sahip olan hastalardan daha yüksektir. Gruplar arası farklılığın gelir düzeyi 3000 ve üzeri olan hastalardan ileri geldiği belirlenmiştir (Tablo 13).

Tablo 14. Hastaların Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Tedaviye Uyum Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları

Hastalık ve Tedavi Özellikleri	Tedaviye Uyum
Hipertansiyon süresi	
<3 ay	47.71±16.96
3-5 ay	56.00±10.89
6-11 ay	42.58±11.14
1-5 yıl	49.15±14.33
6-10 yıl	50.09±16.05
11-15 yıl	49.36±13.47
16 yıl ve ↑	53.77±16.44
	KW= 5.871
	p >0.05
Hipertansiyon tanısı aldığı yaş	
30 yaş ve altı	50.20±15.89
>30 yaş	49.59±14.75
	t= .090
	p>0.05
Şuanda kullandığı hipertansiyon ilaç sayısı	
Tek	50.64±14.88
Kombine/tek	55.88±14.59
Birden fazla	48.06±14.48
	KW= 5.309
	p >0.05
Antihipertansif ilacı kullanma süresi	
3-5 ay	53.00±14.08
6-11 ay	43.83±12.51
1-5 yıl	49.61±14.17
6-10 yıl	49.82±16.34
11-15 yıl	47.66±14.39
16 yıl ve üzeri	52.10±13.37
	KW= 3.412
	p >0.05
Hipertansiyon kontrollerini yaptırma durumu	
Evet	53.99±13.13
Hayır	44.05±14.84
	t= 5.261
	p<0.05
Hipertansiyon eğitimi alma durumu	
Evet	55.55±13.06
Hayır	46.59±14.66
	t= 4.437
	p<0.05
Ailede hipertansiyon öyküsü varlığı	
Evet	49.13±14.54
Hayır	50.91±15.29
	t= -.795
	p>0.05

Hastaların hipertansiyon süresine göre tedavi uyum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 14) (KW=5,871; $p>0,05$).

Hastaların hastalık ve tedavi özelliklerine göre tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar tablo 14'de verilmiştir. Hastaların hipertansiyon süreleri incelediğinde; hipertansiyon süresi 3–5 ay arasında olan grubun tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar diğer gruplara göre yüksektir. Ancak hipertansiyon sürelerine göre grupların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Aynı şekilde hipertansiyon tanısını 30 yaş ve altında alan hastaların da 30 yaş ve üzerinde alan gruba göre tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar yüksektir ama grupların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hastaların tedavi uyum puanı ortalamalarının şuanda kullandığı ilaç sayısı açısından anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (KW=5,309; $p>0,05$) (Tablo 14).

Araştırmaya katılan hastalardan kombine / tek sayıda ilaç kullananların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, tek ve birden fazla ilaç kullananlara göre yüksek bulunmuştur. Ancak grupların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 14).

Hastaların antihipertansif ilaç kullanma süreleri incelendiğinde 3–5 ay arasında kullananların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlarının

yüksek olduğu belirlenmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (KW=3,412; $p>0,05$)(Tablo 14).

Tablo 14 incelendiğinde hipertansiyon eğitimi alan ve kontrollerini yaptıran hastaların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar, hipertansiyon eğitimi almayan ve kontrollerini yaptırmayanlara göre daha yüksek ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunmayan hastaların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanların yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak ailesinde hipertansiyon öyküsü varlığına göre tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).

Hastaların yaşam şekli değişikliklerine uyumlarına göre tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar tablo 15’de verilmiştir. Tablo 15 incelendiğinde az az sık yemeye özen gösteren hastalar ile ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınan hastaların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanların; diğer hastalara göre daha yüksek olduğu görülmüş olup, bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Fiziksel aktivite yapma durumlarına bakıldığında, fiziksel aktivite yapan hastaların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanların; yapmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 15).

Hastaların yemeklerde kullandığı tuz miktarı değişkenine göre tedavi uyum puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (KW=32,809; $p<0,001$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; yemeklerde kullandığı tuz miktarı az

tuzlu olanların tedavi uyum puanı, yemeklerde kullandığı tuz miktarı çok tuzlu olanların tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney U=329,500; p<0,05).

Tablo 15. Hastaların Yaşam Şekli Değişikliklerine Uyumlarına Göre Tedaviye Uyum Ölçeğinden Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımları

Yaşam şekli değişiklikleri	Tedaviye Uyum
Az az sık yemeye özen gösterme durumu	
Evet	57.98±12.50
Hayır	46.54±14.32
	t= 5.775
	p<0.05
Ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma durumu	
Evet	56.38±13.50
Hayır	45.34±13.89
	t= 5.841
	p<0.05
Fizik aktivite yapma durumu	
Evet	59.30±12.62
Hayır	47.32±14.29
	t= 5.394
	p<0.05
Yemeklerde kullanılan tuz miktarı	
Tuzsuz	61.18±13.36
Az tuzlu	53.56±15.02
Normal tuzlu	48.02±13.68
Çok tuzlu	41.61±12.28
	KW= 32.809
	p<0.05
Meyve sebze tüketme durumu	
Evet, düzenli tüketiyorum	62.31±12.57
Evet, düzensiz tüketiyorum	46.82±13.61
Hayır, tüketmiyorum	45.81±14.09
	KW= 35.332
	p<0.05
Sigara kullanma durumu	
Kullanıyor	43.22±10.80
Kullanmıyor	50.31±14.96
	t= -2.794
	p<0.05
Alkol kullanma durumu	
Evet	51.25±9.39
Hayır	49.57±14.83
	t= .224
	p>0.05
Kahve içme durumu	
Evet	55.23±13.04
Hayır	48.39±14.83
	t= 2.892
	p<0.05

Yemekleri tuzsuz tüketenlerin tedavi uyum puanı, yemekleri az tuzlu tüketenlerin tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=360,000$; $p<0,05$). Yemekleri normal tuzlu tüketenlerin tedavi uyum puanı, yemekleri çok tuzlu tüketenlerin tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1674,500$; $p<0,05$). Yemekleri tuzsuz tüketenlerin tedavi uyum puanı, yemekleri normal tuzlu tüketenlerin tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=925,000$; $p<0,05$). Yemekleri tuzsuz tüketenlerin tedavi uyum puanı, yemekleri çok tuzlu tüketenlerin tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=186,000$; $p<0,05$) (Tablo 15).

Yemeklerini tuzsuz yiyen hastaların tedaviye uyum ölçeğinden almış oldukları ortalama puanlar, diğer gruplardan yüksektir. Gruplar arası farklılığın çok tuzlu yiyen hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 15).

Hastaların meyve-sebze tüketme durumuna göre tedavi uyum puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($KW=35,332$; $p<0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; düzenli tüketenlerin tedavi uyum puanı, düzensiz tüketenlerin tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=1317,000$; $p<0,05$). Düzenli tüketenlerin tedavi uyum puanı, tüketmeyenlerin tedavi uyum puanından yüksektir (Mann Whitney $U=171,500$; $p<0,05$) (Tablo 15).

Düzenli meyve sebze tüketen hastaların tedaviye uyum ölçeğinden almış oldukları ortalama puanlar, diğer gruplardan yüksektir. Gruplar arası farklılığın meyve sebzeyi hiç tüketmeyen hasta grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 15).

Katılımcıların sigara kullanma durumları incelediğinde sigara kullanmayanların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanların kullananlara göre yüksek olduğu, bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 15).

Hastaların alkol kullanma durumları incelediğinde alkol kullananların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanlarının yüksek olduğu belirlenmiş olup bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Hastaların kahve içme durumlarına bakıldığında, kahve içen hastaların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanların; içmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farklılığın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Hastaların Ölçeklerden Aldıkları Ortalama Puanlar Arasındaki İlişki

	Yaşam Kalitesi	
	Fiziksel Sağlık	Mental Sağlık
Tedaviye Uyum	$r = .456$	$r = .448$
	$p<0.01$	$p<0.01$

Araştırma kapsamına alınan hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek yapılan korelasyon analizinde; tedaviye uyum ölçeğinden alınan puan ortalamaları ile yaşam kalitesi alanlarının iki ana alt boyutu olan fiziksel sağlık ve mental sağlık alanlarından alınan puan ortalamaları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Tedaviye uyum arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı belirlenmiştir (Tablo 16).

6. TARTIŞMA

Bu araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatür ışığında tartışılmıştır.

Araştırmamızda hipertansiyon kontrollerini yaptıran grup % 55.9'luk bir dilimi oluştırmakta ve bu grubun % 43.2'si 3 ayda bir kontrole gitmektedir (Tablo 6). Aşağıda belirtilen araştırma bulguları paralellik gstermektedir. Çöl, Özdemir ve Ocaktan (2006) hipertansiflerin yalnızca % 41.8'i düzenli kontrole gittiğini, %11.9'u ise sadece reçete yazdırmak amacıyla ya da ara sıra kontrole gittiğini belirtmektedir (161). Araştırma grubunun yarısına yakının düzenli kan basıncı ölçtürmemesi ve tıbbi kontrolden geçmemesi yine hastalığa verilen önemin yetersizliğini yansıtmaktadır. Oysa düzenli kan basıncı ölçümleri ve en az altı ay arayla bazı incelemelerin yapılması gerekli görölmektedir. Türkiye'de hipertansiyonu olanların farkında olma oranı ve farkında olanların da düzenli kontrol ve tedavi altında bulunma oranlarının genel olarak yetersiz olduğu bilinmektedir (162).

Araştırmada hastaların kontrollerini yaptırmama nedenlerinin; ulaşım sorunu yaşama (% 23.6), kendini iyi hissetme (% 8.6), hastalığının çok ciddi olmadığını düşünme (% 5.5), kontrollerini unutma (% 4.1) ve iş yoğunluğundan dolayı gidememe (% 2.3) olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Bu araştırma bulgusuna benzer olarak Özbayram (2008) tarafından yapılan araştırmada ise kontrole gelmede uyumsuzluk nedenleri, sırasıyla iş yoğunluğu, kendini iyi hissetme, ulaşım sorunları ve hastalığı önemsememe; ilaç kullanmada uyumsuzluk nedenleri ise sırasıyla ilaç almayı unutma, kendini iyi hissettiğinde ilacı bırakma, ilacın yan etkilerinden dolayı ilacı bırakma ve ilacı temin edememe olarak sıralanmıştır (163). Hastaların hastalık konusunda farkındalıklarının arttırılmasının ve aile

üyelerinin hastalık konusunda bilgilendirilmesinin ve efektif şekilde tedavi sürecine katılmalarının bu tür olumsuz etmenleri ortadan kaldıracığı ifade edilmektedir (164).

Araştırmada hipertansiyon eğitimi alan hastaların yüzdesi %33.6 iken, hipertansiyon eğitimi almayan hastaların %66.4 gibi büyük bir yüzdelik dilime sahip oldukları görülmektedir (Tablo 6). Yapılan bir çalışmada pek çok hastanın (%82) hastalığı konusunda daha fazla şey bilmek istediği gösterilmiştir (165). Hasta eğitiminin bir parçası olarak yapılan bilgilendirme tedavi uyumunu olumlu yönde etkilemektedir (166). İyi planlanmış bazı çalışmalar hastalara verilen eğitimin kan basıncını kontrol altına almada yararlı olduğunu açıkça göstermektedir (167,168). Literatürde, Castro ve arkadaşlarının, Hunt ve arkadaşlarının yapmış olduğu karşıt çalışmalardan başka yapılan eğitim girişimlerinin hipertansif bireylerde ilaca uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırdığı ve kan basıncını önemli derecede düşürdüğünü belirleyen çok sayıda çalışma vardır (151,167,169,170).

Bu araştırmada alternatif yöntem kullananların oranı % 45.5' tir. Hastaların kullandığı başlıca alternatif yöntemler ise limon (% 30.9), sarımsak (% 12.7) ve bitkisel karışımlardır (% 1.8) (Tablo 8). Ergün, Yıldırım ve Alparslan (2002) tarafından yapılan bir araştırmada ise alternatif tedavi yöntemlerinin tuzsuz diyet uygulama, kilo verme, uygun egzersiz ve bitkisel ürün kullanımı olduğu bulunmuştur (171). Burada alternatif tedavi yönteminin ilaç tedavisiyle birlikte sürdürülmesinin önemi vurgulanmalıdır. Anti-hipertansif tedavinin her yönüyle bir bütün olarak ele alınması tedaviden yüksek düzeyde faydanın elde edilmesini sağlayacaktır.

Araştırma sonuçlarına göre erkek ve kadınların fiziksel ve mental sağlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 10). Bulgulara paralel Leary ve Jones'in (2000) çalışmalarında da cinsiyetle yaşam kalitesi puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (172).

Araştırma sonuçları yaş ilerledikçe fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde azaldığını göstermektedir (Tablo 10). Overeinder (2011) yaşlanmayla birlikte bireylerin öğrenme, hareket etme, kendine bakma, karar verme ve para kazanma fonksiyonlarını yerine getirmede zorlandığını ifade etmekte ve bu durumu gelişimsel yetersizlik olarak adlandırmaktadır (173).

Araştırma bulguları bekar-dul olanların fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının evlilerden daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 10). Çalışmamıza paralel olarak Acaray ve Pınar'ın (2004), yaptığı araştırmada da yaşam kalitesi bekarlar da evlilere göre daha yüksek bulunmuştur (174). Yapılan diğer araştırmalarda ise genel olarak evli bireylerin fiziksel ve mental sağlıklarının daha iyi olduğu dikkati çekmektedir ve Esin'in (1997) sağlıklı bireylerle yaptığı çalışmasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının evlilerde bekarlara göre daha gelişmiş olduğu da bu duruma paralel olarak bulunmuştur (175). Evli olan hasta grubunun fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının bekar-dul olan hasta grubundan düşük olmasının nedenlerini, evlilerin daha fazla yaşam biçimi değişikliği yapmak zorunda kalmaları, evlilikle ilgili daha fazla problem yaşamaları, daha fazla sorumluluk ve geleneksel rollere sahip olmaları olarak düşünülmektedir.

Araştırmadan elde edilen bulgular eğitim düzeyi ile fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde değiştiğini ancak yüksek okul mezunlarında beklenmedik bir şekilde düşük olduğunu ortaya koymaktadır (Tablo 10). Ross ve Zhang (2008) eğitimin bireyin daha iyi bir hayat sürdürmesini sağlayacak beceriler kazanma, sağlıklı bir yaşam sürdürme ve mutlu olmasını sağlayacak psikolojik kaynaklar oluşturmada bireylere yardımcı olduğunu ifade etmiştir (176). Söz konusu araştırmacılar, ayrıca eğitimin bireye kazandırdığı mantıklı, rasyonel ve tutarlı düşünme stiline olayların çok yönlü değerlendirilmesini sağladığını ve bu durumun da sosyal duyarlılığı arttırdığını ifade etmiştir. Sonuç olarak eğitimin kazandırdığı niteliklerin bireylerin genel sağlığı ve psikolojik iyi olma düzeyleriyle ilişkili olduğunun (177) göz önüne alınması araştırmadan elde edilen sonuçların anlaşılabilirliğini arttıracaktır. Çalışmada yüksek okul mezunu olan hastalarda yaşam kalitesi toplam puanının düşük bulunmasının nedeni, eğitim seviyesi arttıkça bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme ile ilgili daha çok bilgiye sahip olmasına rağmen işlerin yoğunluğu ile birlikte yaşanan stresin artmasına bağlı olarak sağlıklarına yeterli ilgiyi göstermemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının meslekler açısından istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaştığı bulunmuştur (Tablo 10). Fiziksel ve mental sağlık puan ortalamaları en yüksek grubu memurlar, en düşük grubu ise işsizlerin oluşturması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir. İşsiz olmanın yarattığı psikolojik stresin, sağlıklı bir yaşam sürdürebilmek için gerekli finansal kaynakları sağlayamamanın ve işsizliğe yönelik toplumsal bakışın bu bireylerin fiziksel ve mental sağlıklarını olumsuz etkileyeceği ifade edilebilir. Bir işe sahip

olma ve çalışabilme yaşam kalitesini iki yönde etkileyebilir. Öncelikle çalışabilen hastaların metabolik durumlarının, dolayısıyla fiziksel/fonksiyonel yeterliliklerinin daha iyi olması kuvvetle muhtemeldir. Bu nedenle çalışabilen hastaların fiziksel boyutta yaşam kalitesinin daha iyi olması beklenen bir bulgudur (178). Ayrıca çalışabiliyor olma hem bireyin kişisel hem de toplumsal rolünü ve özgüvenini geliştirmeye pozitif etki eder. Özgüven ise yaşam kalitesinin mental boyutuna etki eden önemli parametrelerdendir (179).

Araştırma bulguları, aylık gelir düzeyi açısından şu bulguları sunmuştur. Aylık gelir düzeyi 250-749, 750-999 TL, 1000-1499 TL, 1500-1999 TL ve 2000-2999 olanların fiziksel ve mental sağlık puan ortalamaları aylık geliri 3000 ve üzeri olanlarıkinden yüksek bulunmuştur (Tablo 10). Tang (2007) tarafından yapılan araştırmadan elde edilen bulgular, aylık gelir ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiye yaşam doyumunun aracılık ettiğini göstermiştir (180).

Araştırma sonuçlarına göre hipertansiyon süresi, hipertansiyon tanısı alınan yaş, antihipertansif ilaç kullanma süresi ve ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı değişkenlerinin fiziksel ve mental sağlık puan ortalamaları üzerindeki etkisi istatistiksel açıdan anlamlı olarak bulunmamıştır (Tablo 11). Antihipertansif ilaç kullanma süresinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği araştırmalarda hipertansiyon tanısı ile tedavi arasındaki sürenin yakın olmasının yaşam kalitesini etkilemediği ve bunun komplikasyon olasılığının düşük olmasına bağlandığı bildirilmiştir (181,182).

Çalışmaya göre, hipertansiyon eğitimi alanların ve hipertansiyon kontrollerini düzenli olarak yaptıranların fiziksel ve mental sağlık puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur

(Tablo 11). Pavlik ve Hyman 1997 yılında ABD’de 962 hasta üzerinde yaptıkları bir çalışmada, HT hakkında bilinçlilik ve kontrole gitme sıklığını araştırmışlar ve Amerikalı zencilerin büyük çoğunluğunda HT kontrolünün zayıf ve HT’a bağlı morbitidite ve mortalitenin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Buna ek olarak aynı çalışmada hastalık hakkında bilinçsiz olan hastaların kan basınçlarını daha az ölçtükleri, hipertansiyon kontrolüne daha az gittikleri ve ilaç uyumlarının da zayıf olduğu ortaya konmuştur (183). Hastayı güçlendirmeyi hedef alan, ona izlem ve tedavi düzenleme konularında etkin rol veren hemşirelik yaklaşımı ile hastanın yakın çevresi ve iletişim araçlarının da sorumluluk aldığı bir eğitim ve dayanışma ortamı oluşturulmalıdır. Leung ve arkadaşları (2005) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin hipertansif bireylere verdikleri sağlık eğitimi sonrası hipertansif bireylerin bilgi seviyelerinin arttığını, ailelerinin ve kendi sağlıklarına faydalı olacak yaşam biçimi davranışlarının değiştiğini ifade etmişlerdir (184). Hastaların hipertansiyon konusunda düzenli eğitim almaları hipertansiyon konusunda bilinçlenmelerine ve yaşam biçimlerini hipertansiyona ilişkin semptomların ortadan kalkmasını sağlayacak şekilde yeniden düzenlemelerine yardımcı olacaktır. Hastalığın yol açtığı etmenlerin yok olması bireyin fiziksel sağlığının yanında mental sağlığını da olumlu şekilde etkileyecektir. Fiziksel açıdan kendisini iyi hisseden bireyin psikolojik açıdan öz-yeterliğinin artacağı ve kendisini mutlu hissedeceği ifade edilebilir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan hastalardan kombine/tek sayıda ilaç kullananların fiziksel ve mental sağlık puan ortalamaları, tek ve birden fazla ilaç kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 11). Benzer biçimde Demir (2008) tarafından yapılan bir

çalışmada günlük alınan toplam ilaç sayısı ile yaşam kalitesi toplam puanı arasında istatistiksel yönden anlamlı bir farklılık bulunmuştur (185). Günlük alınan ilaç sayısı yaşam kalitesini etkilemekte ve alınan ilaç sayısı arttıkça yaşam kalitesi de düşmektedir denilebilir.

Bu araştırmanın bulguları fiziksel egzersiz yapma ve beslenme alışkanlıkları olarak nitelendirilebilecek az az sık sık yeme, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma ve meyve-sebze tüketme ve yemeklerdeki tuz miktarı açısından fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının farklılaştığını ortaya koymuştur (Tablo 12). Yapılan araştırmalar (186,187) beslenme alışkanlıklarını düzenlemenin, fiziksel egzersiz yapmanın, sigarayı bırakmanın ve alkol tüketimini sınırlandırmanın yaşam kalitesini arttırdığını bildirmiştir. Bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin kan basıncının düşmesiyle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Li ve arkadaşlarının (2005) kan basıncının yüksek olduğunun farkında olan hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesinin, farkında olmayanlara oranla daha düşük olduğunu belirtmesi kan basıncının yaşam kalitesi üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır (188). Bununla birlikte bu araştırmada sigara içme ve alkol kullanma açısından fiziksel ve mental sağlık ortalama puanlarının farklılaşmadığı bulunmuştur.

Hastaların fiziksel egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi toplam puanlarının dağılımı incelendiğinde; fiziksel egzersiz yapma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (Tablo 12). Ancak Özer ve Argon (2005) çalışmalarında egzersiz yapma durumu ile yaşam kalitesi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğunu tespit etmişlerdir (147).

Araştırmadan elde edilen bulgular, kahve içen hastaların fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 12). Yapılan araştırmalar sonucunda literatürde kahve tüketimi ile hastaların fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalara rastlanılmamıştır.

Araştırma bulgularına göre; erkek ve kadın hastaların tedaviye uyum puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuş ve erkek hastaların tedaviye uyum düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 13). Khalil ve Elzubier (1997) ve Özbayram (2008)' in yaptıkları çalışmalarda tedaviye uyum ilaca uyum ve kontrole uyum olmak üzere iki alt boyutta incelenmiş ve her iki boyutta da erkeklerin puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (162,189). Buna karşın bazı araştırmalardan (190,191) elde edilen bulgular kadınların tedaviye uyum düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu araştırmada erkeklerin tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu bulunmasına karşın, cinsiyet ile ilgili araştırmalardan elde bulgular ise cinsiyetin tedaviye uyumu etkileyen önemli faktörlerden birisi olmadığını göstermektedir.

Hipertansiyonlu hastaların yaş dağılımına göre tedaviye uyum düzeyleri değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamasına karşın yaşın artmasıyla birlikte kişilerin tedaviye uyum düzeylerinin azaldığı dikkati çekmektedir (Tablo 13). Benzer biçimde Amira ve Okubadejo (2007) da yaşın tedaviye uyum düzeyi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığını belirlemiştir (192). Bunun yanında yaşın artmasıyla birlikte hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyum düzeylerinin azaldığını (190) ya da tam

tersi biçimde tedaviye uyum düzeyinin yaşla birlikte arttığını gösteren araştırmalar da (193) mevcuttur. İstatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da kişilerin tedaviye uyum düzeylerinin yaşla birlikte azalması; kişilerin yaşlanmanın yol açtığı fiziksel ve bilişsel yetersizliklerden dolayı tedaviyi sürdürmede zorlanmasıyla açıklanabilir.

Hipertansiyonlu hastaların medeni durumlarına göre tedaviye uyum düzeyleri değerlendirildiğinde bekar-dul hastaların, tedaviye uyum düzeylerinin evli katılımcılardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 13). Yapılan araştırmalar (194,195) bu araştırmadan elde edilen bulguların aksine evlilerin tedaviye uyumlarının evli olmayan bireylerden daha yüksek olduğuna işaret etmektedir. Wang (2005) evli bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin yüksek olmasını eşlerinden algıladığı desteğe bağlamaktadır (195). Bekar-dul hastaların, tedaviye uyum düzeylerinin evli katılımcılardan daha yüksek olmasının nedeni olarak, bu gruptaki hastaların evli bireyler gibi çocuk ya da eř sahibi olmanın vermiş olduğu sorumlulukları yerine getirememe kaygısını yaşamadan, yaşamdan daha fazla doyum alabilmek için kendilerine ve tedavilerine zaman ayırmak istemeleri olarak düşünölmektedir.

Bu araştırmanın bulguları, hipertansiyonlu hastaların eğitim düzeyleri yükseldikçe tedaviye uyumlarının arttığına işaret etmektedir (Tablo 13). Özbayram (2008) da eğitim düzeyinin tedaviye uyumu kolaylaştırdığını belirlemiştir (163). Araştırmada eğitim düzeyinin yükselmesinin tedaviye uyumu arttırması, eğitim durumuyla birlikte kişilerin hastalıklarına ve tedavi sürecine ilişkin farkındalıklarının artmasıyla açıklanabilir. Nitekim Hymen ve Pavlik (2000) tarafından yapılan araştırmada hastalık hakkında bilinçsiz olan bireylerin

kan basıncını daha az ölçtükleri, hekim kontrolüne daha az gittikleri ve ilaç uyumlarının da zayıf olduğu belirlenmiştir (196).

Araştırmadan elde edilen bulgular, meslek değişkeninin tedaviye uyum üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin bulunmadığını göstermiştir. Bununla birlikte tedaviye uyum puan ortalamaları açısından en düşük grubu işsizlerin, en yüksek grubu ise memurların oluşturduğu bulunmuştur (Tablo 13). Bu durum işsizlik nedeniyle sosyal güvencesi bulunmayan kişilerin ilaç tedavisini sürdürmede ve kontrollere gitmede zorlandığı şeklinde yorumlanabilir. Ergun, Yıldırım ve Alparslan (2002)'in da benzer biçimde sosyal güvencesi bulunmayanların tedaviyi devam ettirmekte zorlandığını bildirmesi yapılan yorumu destekler görünmektedir (171).

Hastaların gelir düzeyleri ile tedaviye uyum puanlarına bakıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (Tablo 13). Gelir düzeyi 750-999 TL, 1000-1499 TL, 1500-1999 TL olan hastaların tedaviye uyum puan ortalamalarının aylık geliri 250-749 TL olanlardan yüksek bulunmuştur. Bu durum yukarıda da belirtildiği gibi bu gelir grubunda yer alan katılımcıların maddi zorluklar nedeniyle ilaç almakta ve kontrollere gitmekte zorlanmasıyla açıklanabilir. Ancak gelir düzeyi 250 TL'den az, 750-999 TL, 1000-1499 TL ve 1500-1999 TL olanların tedaviye uyum puan ortalamalarının geliri 3000 TL'den fazla olanlardan yüksek bulunması ilginç bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Hastaların tedaviye uyum puan ortalamalarının hipertansiyon sürelerine göre istatistiksel açıdan anlamlı biçimde farklılaşmadığı görülmüştür (Tablo 14). Al-Mehza ve ark.(2009)'nın yaptığı ve hipertansiyon süresinin 5 yıldan az ve 5 yıl

ve daha fazla olmak üzere iki alt kategoride incelendiği bir araştırmada da hipertansiyon süresinin tedaviye uyumu etkilemediği bulunmuştur (197).

Bu araştırma bulgularına göre; kullanılan hipertansiyon ilacı sayısının tedaviye uyum üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığını tespit edilmiştir (Tablo 14). Hassan ve ark.(2006) tarafından yapılan araştırmada da benzer biçimde hipertansiyon ilacı sayısının tedaviye uyumu belirgin bir şekilde etkilemediği ortaya konmuştur (198). Bunun yanında yalnız bir ilaç kullanan hastaların tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek (197,199,200) ya da tam tersi biçimde birden fazla ilaç kullananların tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek olduğunu (164,201) bildiren araştırmalar da mevcuttur. Benson ve Britten (2003) bu konuda ilginç bir tespitte bulunmakta ve kombine ilaç alımının tedaviye uyumu arttırdığını bildirmektedir (202). Söz konusu araştırmacılar bu durumu kan basıncını kontrol altına almada kombine ilaç tedavisinin monoterapiden daha başarılı olmasına bağlamaktadır. Bu araştırmada da onların ifade ettiği doğrultuda kombine/tek sayıda ilaç kullanan hastaların tedaviye uyum düzeyleri, tek ve birden fazla ilaç kullananlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların antihipertansif ilacı kullanma süresinin tedaviye uyumu istatistiksel olarak anlamlı biçimde etkilemediği belirlenmiştir (Tablo 14). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da antihipertansif ilaçları kullanma süreleri 3-5 ay arasında olan grubun tedaviye uyum düzeylerinin diğer gruplardan daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca 16 yıl ve üstünde tedavi görenlerin oranının da oldukça yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Andrade ve ark.(2002) tarafından yapılan araştırmada da tedavi süresi arttıkça tedaviyi bırakma oranının arttığı rapor edilmiştir (203). Ergün ve ark.(2002) ilaç alamama sorununun en fazla

yaşayan grubu, uzun süredir hipertansiyon tedavisi gören bireylerin oluşturduğunu dile getirmektedir (171). Bu araştırmada tedavi süreleri 16 yıl ve üstünde olanların tedavi uyumlarının da yüksek olduğu bulgusu söz konusu araştırmalarla çelişiyor gibi görünse de 3-5 aydan sonraki tedaviye uyum puanlarındaki düşüş diğer araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Hipertansiyonlu hastaların hipertansiyon kontrollerini yaptırma ve hipertansiyon eğitimi almalarının tedaviye uyumu kolaylaştırdığı bulunmuştur (Tablo 14). Yapılan birçok araştırma (205,206) kan basıncı değerlerini düzenli olarak kontrol ettiren bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Bu araştırmalar, kontrollerini düzenli olarak sürdürmenin hastalara tedaviyi planlama sürecine etkin şekilde katılma fırsatını sunduğunu bildirmektedir.

Araştırma bulguları ailede hipertansiyon öyküsünün varlığının tedaviye uyumu istatistiksel olarak anlamlı biçimde etkilemediğini göstermektedir (Tablo 14). Yapılan başka araştırmalar da (171) ailede hipertansiyon öyküsüne sahip olmanın, hastaların hipertansiyon konusundaki bilgilerinin fazlalaşmasına yol açmakla birlikte tedaviye uyumu etkilemediğini bildirmektedir.

Hipertansif hastaların yaşam şekli değişikliklerine uyumlarına göre tedaviye uyumları incelendiğinde, yalnızca alkol kullanma değişkeni açısından tedaviye uyum ortalama puanlarının istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmadığı, diğer bütün boyutlarda (az az sık sık yemeye özen gösterme durumu, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, yemeklerde kullanılan tuz miktarı, meyve sebze tüketme durumu, sigara

kullanma durumu ve kahve içme durumu) ise istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılaşmanın tespit edildiği görülmüştür (Tablo 15).

Çalışmamızda katılımcıların yemeklerinde çok tuz tüketmelerinin tedaviye uyumlarını istatistiksel olarak anlamlı biçimde etkilediği ve yemeklerini tuzsuz tüketen grubun tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 15).

Araştırmadan elde edilen bir diğer bulgu ise ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma değişkeni açısından tedaviye uyum puan ortalamalarının istatistiksel açıdan farklılaşmasıdır (Tablo 15). Doymuş yağ tüketiminin azaltılması anti-hipertansif tedavinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Araştırmada ayrıca tedaviye uyum puan ortalamalarının meyve sebze tüketme durumuna göre farklılaştığı bulunmuştur (Tablo 15). Meyve sebze tüketme antihipertansif tedavinin önemli bir yönü olarak ele alınmaktadır.

Araştırma sonuçları tedaviye uyum puan ortalamalarının fiziksel aktivite yapma değişkeni açısından farklılaştığını ortaya koymuştur (Tablo 15). Düzenli egzersiz yapmanın antihipertansif tedaviye de katkı sağlaması, düzenli egzersiz yapan bireylerin tedaviye uyumunu kolaylaştırmış olabilir.

Araştırma bulguları, sigara kullanmayan bireylerin tedaviye uyum puan ortalamalarının sigara kullananlardan daha yüksek olduğunu göstermiştir (Tablo 15). Nitekim yapılan birçok araştırma sigara içmeyen bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin içenlerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir (206,207)

Hastaların kahve içme durumlarının tedaviye uyuma etkisi incelendiğinde; kahve içen hastaların tedaviye uyum ölçeğinden aldıkları ortalama puanların; içmeyenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve bu farklılığın da istatistiksel

olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 15). Bu konuyla ilgili literatüre rastlanılmamıştır.

Kişilerin hastalıkları ile ilgili yaşam şekli değişikleri (tuz alımının azaltılması, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma, meyve sebze tüketime, fizik egzersiz ve sigara kullanmama) yapmaları sağlıklarına verdikleri önemi göstermektedir. Sağlığına özen gösteren bireylerin de tedaviye uyum düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur.

Son olarak araştırma sonuçları, tedaviye uyumun fiziksel ve mental sağlıkla olumlu yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 16). Hastanın hipertansiyon tedavisine uyumunu sağlamak, kan basıncının kontrol altına alınmasına, genel iyilik durumunun düzelmesine, iş gücü kaybının ve yakınmalarının azalmasına yardımcı olduğu bildirilmektedir (166). Tedaviye uyumu artan hipertansif hastaların kan basıncı kontrolü nedeniyle genel iyilik durumunun düzelmesi ve yakınmalarının azalmasına bağlı olarak yaşam kalitelerinin arttığı düşünölmektedir.

Bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, tedaviye uyumu yüksek olan hipertansif hastaların, yaşam kalitesi alanlarından olan fiziksel ve mental sağlık puanlarının da yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların büyük çoğunluğunun sigara içmediği ve alkol kullanmadığı belirlenmiştir. Hastaların % 40.9'unun orta hızda yemek yediği, % 53.2'sinin yemeklerini normal tuzlu yediği, % 42.7'sinin yemeklerinde tereyağı kullandığı, % 71.4'ünün düzensiz olarak meyve sebze tükettiği, %73.2'nin az az sık yemeye özen göstermediği ve % 61.4'ünün ise ağır ve çok yağlı gıdalardan kaçınmadığı

tespit edilmiştir. Hasta bireylerin % 80.9' u herhangi bir fizik aktivite yapmadığı belirlenmiştir.

Yaşam kalitesinin; yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, antihipertansif ilaç sayısı, hipertansiyon kontrollerini yaptırma durumu, hipertansiyon eğitimi alma durumu, az az sık yemeye özen gösterme, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma, fizik aktivite yapma, yemeklerde tuz kullanma, meyve-sebze tüketme ve kahve içme gibi faktörlerden etkilendiği saptanmıştır.

Yaş arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü, bekar-dul olanların, lise mezunu olan grubun yaşam kalitesinin diğer gruplara göre yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Memur olan hastaların fiziksel sağlık ortalama puanlarının diğer gruplara göre anlamlı olacak şekilde yüksek olduğu, gelir durumu 2000-2999 TL olanların fiziksel sağlık ve 1500-1999 TL olanların ise mental sağlık ortalama puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Kombine/tek ilaç kullanan, hipertansiyon kontrollerini düzenli yaptıran, hipertansiyon hakkında eğitim alan hastaların yaşam kalitesinin yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Az az sık yemeye özen gösteren, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınan, fiziksel aktivite yapan, yemeklerini tuzsuz yiyen, düzenli meyve ve sebze tüketen ve kahve içen hastaların yaşam kalitesinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Hastaların tedaviye uyumlarının ise; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, hipertansiyon eğitimi alma durumu, hipertansiyon kontrollerini yaptırma, az az sık yemeye özen gösterme, ağır ve çok yağlı

yiyeceklerden kaçınma, fizik aktivite yapma, yemeklerde tuz kullanma, meyve-sebze tüketme, sigara ve kahve içme gibi faktörlerden etkilendiği saptanmıştır.

Erkek, bekar-dul, yüksekokul mezunu, gelir düzeyi 1500–1999 TL olan hastaların tedaviye uyumunun daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Hipertansiyon kontrollerini yaptıran, hipertansiyon eğitimi alan, az az sık yemeye özen gösteren, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınan, fiziksel aktivite yapan, yemeklerini tuzsuz yiyen, düzenli meyve ve sebze tüketen, sigara kullanmayan, alkol ve kahve tüketen hastaların tedaviye uyumu daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların tedaviye uyumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ve pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu da tespit edilmiş olup tedaviye uyum arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir.

Günümüzde, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi hemşirelik bakımı için temel teşkil etmelidir. Bu nedenle

- Daha geniş örneklerde, tedaviye uyum ve yaşam kalitesini değerlendiren daha çok çalışmanın yapılması
- Araştırmaların artmasıyla kahve ile alınan kafeinin kan basıncı üzerine olan arttırıcı etkisi ve bununla birlikte yaşam kalitesi üzerine olan etkisi konusunda eksik bilgilerin de giderilebilmesi
- Kardiyoloji klinik hemşirelerinin de ekibin bir üyesi olarak hipertansif hastalarının ilaca uyumları konusunda gereksinimlerini farketmek, uyumları iyileştirecek eğitim ve izlem planları yapmak konusunda eğitilmesi ve bilinçlenmesi

- Hipertansif hastaların tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin belirlenerek, sorunlara ve yaşam kalitesi ile tedaviye uyumu arttırmaya yönelik planlı eğitim programları düzenlenmesi
- Bu eğitim programlarında özellikle hipertansiyon kontrollerini yaptırma, az az sık yemeye özen gösterme, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma, fiziksel aktivite yapma, yemeklerde tuz kullanmama, düzenli meyve ve sebze tüketme, sigara kullanmama konularına yer verilmelisi
- Farkındalığı ve uyumu arttırmak için bu eğitim programlarının sık sık düzenlenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- 1- Emsal T. Kalecik Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2000.
- 2- Özcan N. Hipertansiyon. 2. Baskı. Ankara, Özkan Matbaacılık. 2001: 1-71.
- 3- Yalçın B.M. Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Etiyolojik Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Edirne 2002.
- 4- Pickering G. Hypertension. Definitions, natural histories and consequences. *Am J Med*, 52 (5), 1972; 570-583.
- 5- Aram VC, George L. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure The JNC 7 Report. 2003: 2-104
- 6- Taşçanov B. Joint National Comite VII. JNC-VII 2004: 1-14.
- 7- Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. 2003.
- 8- Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici U, Karatan O, Turgan, C. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*, 2005; 23, 1817-1823.
- 9- Sağlam M. Hipertansiyon ve Egzersiz. Ankara: S.B. yayın, 2008: 730
- 10- Onat A, Karabulut A, Yazıcı M, Can G, Sansoy V. Türk Yetişkinlerde Hiperkolesterolemi ve Hipertansiyon Birlikteliği: Sıklığına ve Kardiyovasküler Riski Öngördürmesine İlişkin TEKHARF Çalışması Verileri. *TürkKardiyoloji Derneği Arşivi* 2004; 32. 533-541.
- 11- Arici M, Turgan C, Altun B, Sindel S, Erbay B, Derici U. Hypertension incidence in Turkey (HinT): a population-based study. *JHypertens*. 2009: 4-240.
- 12- Karadede A. Hipertansif Kriz, Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2005: 1: 1-8.
- 13- Demiralp E. Hipertansiyonun Tanımı, Sınıflaması ve Epidemiyolojisi, 2005; 33: 1-64.
- 14- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G. et al. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*, 2007; 25: 1105-1187.

- 15- The JNC VII, The Seventh Report Of The Joint National Committee On Prevention, Detection, Evaluation And Treatment Of High Blood Pressure The JNC VII Report JAMA 2003; 19: 25-62
- 16- Carretero O, Oparil S. Essential hypertension part I: Definition and etiology. Circulation 2000; 101: 329–335
- 17- Ramzi S. Cotran, Stanley L. Robbins, Vinay Kumar. Temel Patoloji Basic Pathology. 7. Baskı; Nobel Tıp Kitabevleri. 2002: 294-298
- 18- De Martins JE. Client with hypertensive disorders: promoting positive outcomes. In Black JM, Hawks JH, Keene AM eds. Medical –Surgical Nursing. Sixty Edition. W.B. Saunders company Philadelphia 2001: 1379-1398.
- 19- Kaplan NM, Weber MA. Hypertension Essentials. Tercüme: Karpuz H. Hipertansiyon Esasları El Kitabı. İstanbul. Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, 2003: 2-77.
- 20- MacGregor GA, Kaplan MN. Çev: Uslan İ, Hipertansiyon, 2. Baskı, Health Press, 2001.
- 21- Ibrahim M, Appel LJ, Rizk H, Helmy S, Mosley J, Ashour Z, El-Aroussy W. Cardiovascular risk factors in normotensive and hypertensive Egyptians, J Hypertens; 2001: 19: 1993-1940.
- 22- Gregory YH Lip. Clinical Hypertension in Practice. Tercüme: Sansoy V. Uygulamada klinik hipertansiyon, İstanbul. Global Yayın Ajansı, 2004: 1-103.
- 23- Öksüz E. Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi 2004; 13: 99-104.
- 24- Khatib B, Oussama M. Clinical guidelines for the management of hypertension. World Health Organization 2005 (<http://www.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf>).
- 25- Cebeci SB, Özmen N, Cingözbay YB. Hipertansif Hastalarda Klinik Değerlendirme, Türkiye Klinikleri *J Int Med Sci*, 2005; 1: 12-15.
- 27- Gönül B, Koz M. Sodeman's Fizyopatoloji: Endokrinoloji. Adrenal Medulla. 2.Cilt. Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara 1991: 1133–1136.
- 28- Lloyd H. S, Thomas E. A. Cecil Essentials of Medicine Türkçesi. Üçüncü Edisyon. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul–1995: 230–231.
- 29- Guyton AC, Hall JE, Çev: Çavuşoğlu H. Guyton&Hall Tıbbi Fizyoloji, 9. Baskı, W.B. Saunders, Nobel Tıp Kitabevi; İstanbul,1996.
- 30- Önder R, Hipertansiyon Özel Sayısı, T Clin Cardiol 2000; 13: 327- 412.
- 31- Vikrant S, Tiwari SC. Essential Hypertension Pathogenesis and Pathophysiology. Journal Indian Academy of Clinical Medicine 2001; 2: 10.

- 32- Nava E, Luscher TF. Endothelium-derived vasoactive factors in hypertension: nitric oxide and endothelin. *J Hypertens Suppl* 1995; 13: 39-48.
- 33- Çekmen BM, Turgut M, Türköz Y, Gözükara EM. Nitrik Oksit (no) Ve Nitrik Oksit Sentaz (nos)'ın fizyolojik Ve Patolojik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi*. 2001; 10 (4): 226–235.
- 34- Leopold R. Hypertension american Heart Association, Hypertension and cardiovascular risk faktors: Role of the anjiotensin II-Nitrik okside Interaction.Hypertension. 2001; 37: 767–773.
- 35- Meri M, Hynynen, Raouf A, The vascular endothelin system in hypertension. *Recent Patient on Cardiovascular Drug Discovery* 2006; (1): 95–108.
- 36- Işık, E. Esansiyel hipertansiyonun etiyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri* 2005; 1 (33): 6–11.
- 37- Goodfriend TL, Elliott ME, Catt KJ. Angiotensin receptors and their antagonists. *N Engl J Med*, 1996; 334 (25): 1649-1654.
- 38- Whitword A. 2003 World Health Organization (WHO) /İnternational Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension* 2003; 21(11): 1983–1992.
- 39- TKD,2006 Türk Kardiyoloji Derneği www.tkd.org.tr 15.08.2006 Erişim tarihi: 2006
- 40- Ghosh SN, Sharma S. Trait anxiety and anger expression in patients with essential hypertension. *JIAAP*, 1998: 24: 9-14.
- 41- Samur G. Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar/Hipertansiyon. Ankara, Şubat 2008 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729.
- 42- TKD,2011 Türk Kardiyoloji Derneği www.tkd.org.tr 15.04.2011 Erişim tarihi: 2011.
- 43- Hatemi H. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2006; 2: 1-3.
- 44- Kaya A. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003; 1: 13-21.
- 45- Arici M. *J Hypertens* 2010; 28: 240-44.
- 46- Witteman JC, Willett WC, Stampfer MJ. Relation of moderate alcohol consumption and risk of hypertension in women. *Am J Cardiol* 1990; 65: 633-637.
- 47- Adaylar M. Hipertansiyonun sigara ve şişmanlıkla ilişkisi. *Hemşirelik Bülteni*, 1992: 6: 29-30.
- 48- Sapmaz F. Hipertansiyonu olan bireylerin Otonomi Düzeyleri ile Kan Basıncını Kontrol Altına Alma Davranışları ve Klinik Sonuçları Arasındaki İlişkilerin

İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2000.

- 49- Aydemir A. Toplumumuzda Hipertansiyon Prevalansı ve Esansiyel Hipertansiyonda Lipid Peroksidasyonu, Total Antioksidan Kapasite. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2001.
- 50- Friedman R, Schwartz J.E, Schnall P.L, Landsbergis P.A, Pieper C. Psychosomatic Medicine, 2001; 1: 19-31.
- 51- Black HR, Elliott WJ, Neaton JD, et al. Baseline characteristics and elderly blood pressure control in the CONVINCE trial. Hypertension, 2001; 37: 12-18.
- 52- Özerkan F. Hipertansiyon etiopatogenezi. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology 2000; 13: 329-331.
- 53- Sağlam K. Primer hipertansiyon. Gata Basımevi. İstanbul, 2003.
- 54- Yalçın M, Yalçın E. Esansiyel hipertansiyonda genetik etmenler. Sürekli Tıp eğitim Dergisi 2004; 13: 9-12.
- 55- Ulutürk E. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Öfke Ve Öfke Duygusunu İfade Düzeylerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tez. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir. 2006.
- 56- Alexander LM, Hypertension Within The Cardiovascular Disease Risk Paradigm, Suppl Hypertension: 2007; 3-8.
- 57- T.C Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi. Hastalık yüğü final raporu. Aralık, 2004.
- 58- Cuspidi C, Meani S, Valerio C, Fusi V. Age and Target Organ Damage in Essential Hypertension: Role of the Metabolic Syndrome. AJH 2007; 20: 296-303.
- 59- Howard G, Does the association of risk factors and atherosclerosis change with age? an analysis of the combined ARIC and CHS the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) and Cardiovascular Health Study (CHS) investigators. Journal of Stroke. 1997; 28: 1693-1701.
- 60- Waeber B. Treatment strategy to control blood pressure optimally in hypertensive patient Blood Pressure. 2001; 10: 62-73.
- 61- Youssef RM, Patterns and determinants of treatment compliance among hypertensive patients. East Mediterr Health J. 2002; 8: 579.
- 62- Arıcı M, Çağlar Ş. Hipertansiyon ve oluşturduğı sorunlar. Hacettepe Tıp dergisi 2002; 33: 4-9.

- 63- Kültürsay H. Hipertansiyon ve kalp. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology 2000; 13(5): 340-342.
- 64- Vasani R. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. New England Journal of Medicine 2001; 345: 1291-1297.
- 65- Vasani RS, Levy D. The role of hypertension in the pathogenesis of heart failure. Arch Intern Med 1996; 156 (16): 1789-1796.
- 66- Kut A, Tokalak İ. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. Hipertansiyon. 1.Baskı Güneş kitabevi 2007: 411-423.
- 67- TKD,2007Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Klavuzu <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm>. Erişim tarihi: 2007.
- 68- Kumral E. Hipertansiyon ve beyin. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology 2000; 13: 343-345.
- 69- Barbro B. Hypertension mechanisms causing stroke. Clinical and Experimental Pharmacology and Physiology 1999; 26: 563-565.
- 70- Tanaka T, Okamura T, Yamagata Z, et al. Awareness and Treatment of Hypertension and Hypercholesterolemia in Japanese Workers: The High-Risk and Population Strategy for Occupational Health Promotion (HIPOP-OHP) Study, 2007; 30: 921-8.
- 71- Futbolcu H. Esansiyel Hipertansiyon Hastalarında Diüurnal Kan Basıncı Ritminin Aortun Elastik Özellikleri Üzerine Olan Etkisi. Uzmanlık Tezi. Koşuyolu Kalp Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, İstanbul, 2004.
- 72- Crippa G. Microalbuminuria in essential hypertension. Journal of human hypertension 2002; 16 (1): 74-77
- 73- Tek M Primer Hipertansiyonda Diyetle Tuz Düzenlenmesinin Metabolik, Renal Göstergeler ve Renin-Anjiyotensin Sistemine Etkileri. Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne, 2007.
- 74- Şelimen D. Acil Bakım. 3.Baskı. İstanbul. Tavaslı Matbaası. 2004: 428
- 75- Zoghi M, Nalbantgil İ, Hipertansiyon ve Endotel Fonksiyon Bozukluğu Anadolu Kardiyoloji Dergisi, Ana Kar Der, 2002; 2: 142-147
- 76- Neal B, MacMahon S, Chapman N. Effects of ACE inhibitörs, calcium antagonists and other blood-pressure-lowering drugs. Lancet, 2000; 1955-1964
- 77- He J, Whelton PK. Elevated systolic blood pressure and risk of cardiovascular and renal disease: overview of evidence from observational epidemiologic studies and randomized controlled trials. Am Heart J. 1999; 138: 211-9. (<http://www.rfm.com.tr/sunumlar/4.ppt>)

- 78- Birdane A, Timuralp B. Primer hipertansiyonda ilaç dışı tedavi yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri*, 2005; 1: 34-40.
- 79- Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Görev Grubu. Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 Kılavuzu.
- 80- Kılıçkiran B, Öngen Z. Sistemik arter hipertansiyonu. Sık Görülen Kardiyolojik Sorunlarda Güncelleme Sempozyum Dizisi, 2004; 40: 43-56.
- 81- Korkmaz A, Öter S, The Role Of Exercise And Diet In Hypertension Treatment. *J. Med Sci* 1998, 18: 213-219
- 82- Ünalın P. Çifçili C, Uzunler A, Akman M. Hastaların Hipertansiyon ve Antihipertansifler Konusundaki Algı ve İnanışları. *Türk Aile Hek Derg.* 2005; 9 (4): 153-158.
- 83- World Health Organisation - International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension, *J Hypertens.*1999; 17: 151-83.
- 84- Krauss RM, Eckel RH, Howard B, et al. AHA Dietary Guidelines: revision 2000: A statement for healthcare professionals from the Nutrition Committee of the American Heart Association. *Stroke; A Journal of Cerebral Circulation*, 2000; 31(11): 2751-2766.
- 85- Edgar R, Miller T, Deborah R. Results of the Diet, Exercise, and Weight Loss Intervention Trial (DEW-IT). *American Heart Association Hypertension* 2002; (40); 612-618.
- 86- Cappuccio FP, Gomez GB. Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve İlaçsız Tedavi. Kozan Ö. *Hipertansiyon emelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 2009: 383-403.
- 87- Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Blood pressure response to changes in sodium and potassium intake: a metaregression analysis of randomised trials. *J Hum Hypertens* 2003; 17: 471-480.
- 88- <http://www.saglik.gov.tr/TR/ana-sayfa/1-0/20110807.html> Erişim Tarihi: 07.08.2011
- 89- Ayaz A. Tuz Tüketimi ve Sağlık. Sağlık Bakanlığı 2008 Şubat; Yayın No: 2008: 24: 2303-2311.
- 90- SAL Türk Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2008.
- 91- Öksüz E. Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2004; 13: 99-104.

- 92- Inamo J, Lang T, Atallah A, et al, INHAPAG Study Group. Prevalence and therapeutic control of hypertension in French Caribbean regions. *Journal of Hypertension*, 2005; 23: 1341-1346.
- 93- Burt VL, Whelton P. Prevalence of Hypertension in the US Adult Population Results From the Third National Health and Nutrition Examination Survey, *Journal of Hypertension*. 1995; 25: 305–313.
- 94- Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM, Ağırılığı Azalmasının Kan Basıncı Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Denemelerin Meta-Analizi. *Hypertension* 2003; 42 : 878-884.
- 95- Joint National Committee. The sixth rapor of the Joint National Committeon prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* 1997; 157: 2413–2446.
- 96- Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure- regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension* 2005; 46: 667–675.
- 97- Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, Oldenburg BF, Peach HG, Ruth D, Tennant CC, Tonkin AM. —Stressl and coronary heart disease psychosocial risk factors. *Med J Aust* 2003; 178: 272-276.
- 98- Aberg H. Life qality in non-pharmacological therapy of hypertension. PMID. 2003; 1: 3-8
- 99- Kayaalp SO. Rasyonel Farmakoterapi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Antihipertansifler, 9. Baskı, Hacettepe-Tas, Ankara-2000; 215-236.
- 100- Kayaalp O.(Ed.): Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji 11. Baskı, 1. Cilt, Hacettepe-Taş Kitapçılık, Ankara-2005, 357-387, 537-561.
- 101- Bökesoy TA. (Ed.), Çakıcı İ. Türk Farmakoloji Derneği, Farmakoloji Ders Kitabı, Gazi Kitabevi; Ankara; 2000: 393-414.
- 102 - Horvathova H, Kimlikova K, Balazovjeh I. Compliance and the therapeutic effect in patients with arterial hypertension. *Bratisl Lek Listy*. 2003; 104 (4): 149-154
- 103- Majtas J. Medication compliance patterns in population with antihypertensive treatment. *Acta Facult. Pharm. Univ. Comenianae*, 2003; 50: 90–99.
- 104- Cramer J. Medicine Partnership, *Heart* 2003; 89-90.
- 105- Osterberg, L, Blaschke, T. Drug Therapy, Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, 2005: 353, 487-97.

- 106- World Health Organization.. Adherence to long-term therapies: Evidence for Action. WHO Publication,2003 .
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf
- 107- Kabakçı G. Antihipertansif tedavide yaşam kalitesi ve hasta uyumu. Folia. Hipertansiyon Diyabet Ateroskleroz Dergisi 2006; 6: 5-6.
- 108- Herriman, E, Cerretani, J.. Patient Non-adherence –Pervasiveness, Drivers, and Interventions. *IC Science Corp*, 2007:149-152.
- 109- Lehane, E, McCarthy, G.. Intentional And Unintentional Medication Non-Adherence. A Comprehensive Framework For Clinical Research And Practice? A Discussion Paper. *International Journal of Nursing Studies*, 2007; 44: 1468-1477.
- 110- MacLaughlin, EJ. Assessing Medication Adherence in the Elderly. *Drugs Agin*, 2005: 22: 231-255.
- 111- Lindholm LH. The problem of uncontrolled hypertension. *Journal of Human Hypertension* 2002; 16: 3-8
- 112- Ren XS, Kazis LE, Lee A, Zhang H. İdentifying patient and physician charecteristics that affect compliance with antihypertensive medications, *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 2002; 27: 47,56
- 113- Griffiths, R. A Nursing Intervention for the Quality Use of Medicines by Elderly Community Clients. *International Journal of Nursing Practice*, 2004; 10: 166-176.
- 114- Stock, St. Endüstri çalışanlarında Uyumsuzluk ve Yüksek Kan Basıncı Çalışması, Lit Yayınevi. Münster 1993.
- 115- Domaç M, Hayran O, Dülger GA, Balta E, Özkan Ö. Türkiye’de Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu ve Antihipertansif Kullanım Özellikleri. *Türk Eczacılar Birliği Araştırma Yayınları Dizisi*, Ankara, 2000: 3-5.
- 116- Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S. Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2007; 8: 271-280.
- 117- Petrie KJ, Weinman J. Why illness perceptions matter. *Clin Med* 2006; 6: 536–539.
- 118- Weinman J, Petrie KJ, Sharpe N, Walker S. Causal attributions in patients and spouses following a heart attack and subsequent lifestyle changes. *Br J Health Psychol* 2000; 5: 263–273.
- 119- Lagi A, Rossi A, Passaleva M T, Cartei A, Cencetti S. Compliance with therapy in hypertensive patients. *Intern Emerg Med* 2006; 1: 204-208.

- 120- Sowielem Ls, Elzubier AG. Compliance and Knowledge of Hypertensive Patient Attending PHC Centres in Al-Khobar, Saudi Arabia, *Eastern Mediterranean Health Journal* 1998; 4: 301-307
- 121- Jokisalo E, Kumpusalo E, Enlund H, Halonen P, Takala J. Factors related to non-compliance with antihypertensive drug therapy, *Journal of Human Hypertension* 2002; 16: 577-583
- 122- Banning M. (Older People and Adherence with Medication: A Review of the Literature. *International Journal of Nursing Studies*, 2008; 45: 1550-1561.
- 123- Kripalani S, Yao X, Haynes B. Interventions To Enhance Medication Adherence In Chronic Medical Conditions. *Arch Intern Med, Volume* 2007; 167, 540-550.
- 124- Lee Y. Awareness of blood pressure among older adults: A cross-sectional descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*, 2007; 44; 796 – 804.
- 125- Evans BB. AIDES to Improving Medication Adherence in Older Adults. *Geriatric Nursing*, 2006; 27/3: 174-182.
- 126- Wright JM, Lee C, Chambers GK. Real-world effectiveness of antihypertensive drugs. *Canadian Medical Association Journal*, 2000; 162: 190-191.
- 127- Schafheutle El. Access to medicines: cost as an influence on the views and behaviour of patients. *Health&Social Care in the Community*; 2002; 10: 187-195.
- 128- Wright JM. Choosing a first line drug in the management of elevated blood pressure. What is the evidence? I. Thiazide diuretics. *Canadian Medical Association Journal*, 2000; 163: 57-60.
- 129- Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları Ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2004: 3-462.
- 130- Öksüz E, Malhan S. Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2005: 1-33.
- 131- Eski S. Miyokart Enfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Ankara: 1999.
- 132- Fries J, Spitz P. The hierarchy of patient outcomes. Quality of life assessment for clinical trials. 2. Baskı New York, Raven press; 1996; 3(6): 33.
- 133- Akyol AD. Yaşam Kalitesi ve Yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1992; 9(2): 75-80.
- 134- Talas SM. Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Hizmetleri. 2005: 139-145.

- 135- Oktik N, Bozyer Ü. Huzur Evinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi Muğla Örneği. Muğla: Muğla Üniversitesi Rektörlüğü; 2004; 61-83.
- 136- Brod M, Stewart AL, Sands L, Walton P. Conceptualization and measurement of , quality of life in dementia: the dementia quality of life instrument (Dqol). Gerontologist 1999; 39 (1): 25-72.
- 137- Mollaoğlu M, Durna Z, Eşkazan E. Epilepsili hastaların yaşam kalitesinin QOLİE-89 (Epilepside Yaşam Kalitesi Ölçeği) ile değerlendirilmesi. Epilepsi Dergisi 2001; 7(3): 73-80.
- 138- Karabulut ÖÖ, Başalan İF. Yaşlılarda Yaşam Kalitesi. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2002; 5(6): 51-53.
- 139- Akdemir N. Hemşirelik Uygulamalarında Temel Kavramlar. Birol L, Akdemir N. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Sistem Ofset; 2004: 3-61.
- 140- Şenol Y, Türkay M. Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması, TAF Preventive Medicine Bulletin 2006; 5 (5): 382-389
- 141- Grant PA. Quality of Life and Patient With Cancer. Cancer Supplement August (15) 1994; 4: 1445-1451.
- 142- Gulanic M, Klopp A, Galanes S, Myers JL, Gradishar D, Puzas MK. Nursing Care Plans. Fifth Edition. Mosby An Affiliate of Elsevier. United States of America. 2003: 258-264.
- 143- Beilin LJ, Puddey IB, Burke V. Lifestyle and hypertension. American Journal Of Hypertension 1999; 12(9): 934-45.
- 144- Soydan İ. Hipertansiyon Tedavisinde Yaşam Biçimi Değişiklikleri. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi 2000; 13(5): 357-59.
- 145- Akdemir N, Birol L. Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2005: 193-199.
- 146- Çakırcalı E. Hasta Bakım Ve Tedavisinde Temel İlke Ve Uygulamalar. İzmir: Güven & Nobel Kitabevleri, 2000.
- 147- Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21: 63-77.
- 148- Kum E, Kum N, Uyer G. 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 1992: 301-307.

- 149- Irmak, Z, Düzöz, GT. Bozyer, İ. “Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi”, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 14(2): 39-47.
- 150- Garcia-Pena, C, Thorogood, M, Armstrong, B. et al. “Pragmatic randomized trial of home visits by a nurse to elderly people with hypertension in Mexico.International”, Journal of Epidemiology, 2001; 30 (6): 1485-1492.
- 151- Guerra-Riccio, GM, Giorgi, DMA, Consolin-Colombo, AM. et al. Frequent nurse visits decrease white coat effect in stage III hyperetension”, American Journalof Hypertension, 2004; 17; 523-528.
- 152- Burnier M. “Medication adherence and persistence as the cornestone of effective antihypertensive therapy”, American Journal of Hypertension, 2006; 19(11): 1190-1196.
- 153- Ulrich SP, Canale Planning Guides for Adults in Acute, Extended and Home Care Setting. Elsevier Saunders United state of Amerika. Sixty Edition 2005: 362-372.
- 154- Akbayrak N, Erkal-İlhan S, Ançel G, Albayrak A. Hemşirelik Bakım Planları (Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut). 1. Basım. Ankara: Alter Yayıncılık; Nisan 2007: 246-250
- 155- Hacıhasanoğlu R. Birinci basamakta hipertansiyon hastalarına yönelik eğitim ve evde izlemin ilaca uyum ve hipertansiyon yönetimine etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum, 2007.
- 156- Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive african-american patients. Journal of Clinical Epidemiology 2003; 56: 520–529.
- 157- Gözüm S, Hacıhasanoğlu R. Hipertansif hastalarda ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililiği ölçeği’ nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. 3. Uluslararası- 10 Ulusal Hemşirelik Kongresi, 7–10 Eylül İzmir. 2005; 155.
- 158- Pınar R. Diabetes Mellitus’lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1995
- 159- Ware J. E, Sherburne C. D. The MOS 36- Item Short Form Health Survey (sf-36), I. Conceptual Framework and Item selection. Med Care, 1992; 30: 473–483
- 160- Erdem N.: Diyaliz Hastalarında Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Uyku Ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Erzurum, 2005.

- 161- Çöl M, Özdemir O, Ocaktan M.E, Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2006; 59: 144-150.
- 162- Bilir N. Hipertansiyonun Toplumsal Önemi ve Korunma. Hipertansiyon Bülteni 1992; 2: 55-58.
- 163- Özbayram A. Yeni Hipertansiyon Tanısı Almış Hastalarda Tedavi Uyumu ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
- 164- Akgöl C. Hipertansiyon Hastalarında Antihipertansif Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2008
- 165- Bailey BJ, Carney SL, Gillies AH, McColm LM, Smith AJ, Taylor M. Hypertension treatment compliance: what do patients want to know about their medications? Prog Cardiovasc Nurs 1997; 12(4): 23-8.
- 166- Anadol Z. Hipertansif Hastalarda İlaç Uyumu ve Hastanın Yaşamına Etkileri. Uzmanlık Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın, 2008.
- 167- Aslan B. Yenice sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-50 yaş arası kadınların hipertansiyonla ilgili bilgi, tutum, davranışları ve hipertansiyon prevalansları, eğitim hipertansiyon prevalanslarına etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi. Isparta, 2002.
- 168- Grandi AM, Maresca AM, Sessa A, Stella R, Ponti D, Barlocco E. Longitudinal study on hypertension control in primary care: The Insubria Study. American Journal of Hypertension 2006; 19: 19-26.
- 169- Çakır H. Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003.
- 170- Zillich AJ, Sutherland JM, Kumbera PA, Carter BL. Hypertension outcomes through blood pressure monitoring and evaluation by pharmacists (HOME study). J Gen Intern Med 2005; 20: 1091-1096.
- 171- Ergün UGÖ, Yıldırım MY, Alparlan N. Esansiyel Hipertansiyon Hastalarında Sosyoekonomik Düzey Farklılığı ve İlaç Uyuncu. Türk Aile Hek Derg. 2002; 6(4): 165-71.
- 172- Leary C, Jones P. The Left Ventricular Dysfunction Questionnaire (LVD-36): Reliability, Validity And Responsiveness, Heart 2000; 83: 634-640.

- 173- Overeynder JC. Aging Persons with Developmental Disabilities. New York State Office for the Aging.
<http://aging.state.ny.us/explore/project2015/artdisabilities.htm>, 25.09.2011
- 174- Acaray P, Pınar R. Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C.U. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004; 1: 1-10
- 175- ESİN MN. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul,1997.
- 176- Ross CE, Zhang W. Education and psychological distress among older Chinese. Journal of Aging Health. 2008; 20: 273-289.
- 177- Zang W, Chen Q, McCubbin H, McCubbin L, Foley S. Predictors of mental and physical health: Individual and neighborhood levels of education, social well-being, and ethnicity. Health & Place. 2010, doi 10.1016/j.healthplace.2010.10.008.
- 178- Chiang YM, Chuang SY, Wang YH, Kuo, PW. Tsai and LF. Shyur, Metabolite profiling and chemopreventive bioactivity of plant extracts from *Bidens pilosa*. J. Ethnopharmacol, 2004; 95: 409-419.
- 179- Bohlke JK, Antweiler R, Harvey JW, Laursen A, Smith LK, Smith RL, Voytek, MA. Multi-scale measurements and modeling of denitrification in streams with varying flow and nitrate concentration in the upper Mississippi River basin, USA. *Biogeochemistry*, doi: 2008: 10.1007/10533-008-9282-8.
- 180- Tang Y Multi-Intelligence and Unfolding the Full Potentials of Brain (Dalian University of Technology Press, Dalian, China) 2007.
- 181- Park JH, Shin Y, Lee SY, Lee SI Antihypertensive drug medication adherence and its affecting factors in south korea.. Int J Cardiol. 2007; 20 (1): 5
- 182- Chien K, Huang P J, Chen M F. Assessment of Quality of Life in a Double-Blind, Randomized Clinical Trial of Imidapril and Captopril for Hypertensive Chinese in Taiwan Cardiovascular Drugs and Therapy. 2002; 16 (3): 221-226.
- 183- Pavlik VN, Hyman DJ. Hypertensive awareness and control in an inner city African-American sample . J. Hypertens 1997; 277-83.
- 184- Leung, CM, Ho, GKH, Foong, M. et al. Small-group hypertension health education programme: a process outcome evaluation”, Journal of Advanced Nursing, 2005; 52(6): 631-639.
- 185- Demir M. Kalp Yetmezliğinde Yaşam Kalitesi ve Günlük Yaşam Aktivitelerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Edirne, 2008.

- 186- Banegas JR, Guallar-Castillon P, Rodriguez-Artalejo F, et al. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. *Am J Hypertens*. 2006; 19(7): 686-693.
- 187- Çelik B. Hipertansiyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi ile İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyonkocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
- 188- Li W, Liu L, Puente JG. Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens* 2005; 23: 1667-1676.
- 189- Khalil SA, Elzubier AG. Drug Compliance Among Hypertensive Patient in Tabuk. *Journal of Hypertension* 1997; 15: 561-565.
- 190- Edo TA. Factors Affecting Compliance with Anti-Hypertensive Drug Treatment and Required Lifestyle Modifications among Hypertensive Patients on Praslin Island. Yüksek Lisans Tezi, Pretoria: University of South Africa, Health Studies, 2009.
- 191- Wang, PS, Bohn RL, Knight E, et al. Non-compliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. *Journal of General Internal Medicine* 2002; 17: 504-511.
- 192- Amira OC, Okubadejo NU. Frequency of Complementary and Alternative Medicine Utilization in Hypertensive Patients Attending an Urban Tertiary Care Centre in Nigeria. *BMC Complementary and Altern. Med* 2007; 7: 30-31.
- 193- Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*. 2004; 18: 607-613.
- 194- Cooper C, Carpenter I, Katona C, et al. The AdHOC Study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13(12): 1067-76.
- 195- Wang, PS. Effects of Marital Status and Transition on Hypertension in Chinese Women: A Longitudinal Study". Paper to be presented at the 2005 annual meeting of the Population Association of America.
<http://paa2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=51669> 25.09.2011.
- 196- Hymen DJ, Pavlik VN. Self-reported hypertension treatment practices among primary care physicians: blood pressure thresholds, drug choices, and the role of guidelines and evidence-based medicine. *Arch Intern Med*. 2000; 160(15): 2281-6.
- 197- Al-Mehza AM, Al Muhailije FA, Khalfan MM, Al-Yahya AA. Drug Compliance among Hypertensive Patients; an Area Based Study. *Eur J Gen Med*. 2009; 6(1): 6-10.

- 198- Hassan NB, Hasanah CI, Foong K, et al. Identification of psychosocial factors of noncompliance in hypertensive patients. *J Hum Hypertens*. 2006; 20: 23–29.
- 199- Bramley TJ, Gerbino PP, Nightengale BS, Frech-Tamas B. Relationship of blood pressure control to adherence with antihypertensive monotherapy in 13 managed care organizations. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2006; 12(3): 239-45.
- 200- Iskediian M, Einarson TR, MacKeigan LD, et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clin Ther*. 2002; 24(2): 302-16.
- 201- Hashmi SK, Afridi MB, Abbas K, et al. Factors associated with Adherence to Anti-Hypertensive Treatment in Pakistan. *PLoS ONE*. 2007; 2(3): 280-282.
- 202- Benson J, Britten N. Patients' views about taking antihypertensive drugs: questionnaire study. *BMJ*. 2003; 326: 1314 doi: 10.1136/bmj.326.7402.1314.
- 203- Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arg Bras Cardiol*. 2002; 79(4); 375-84.
- 204- Chapman RH, Benner SJ, Petrilla AA, et al. Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Archives of Internal Medicine*. 2005; 165: 1147-52.
- 205- Joshi PP, Salker RG, Heller RF. Determinants of poor blood pressure control in urban hypertensives of central India. *J Hum Hyperten*. 1996; 10: 299-303.
- 206- Kyngas H, Lahdenpera T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*. 1999; 29(4): 832-839.
- 207- Fodor GJ, Kotrec M, Bacskai K, et al. Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study. *J Hypertens*. 2005; 23(6): 1261-1266.

8.EKLER

Anket No:

EK-A: Hasta Bilgilendirilmiş Onay Formu

HASTA BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

- Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık riskini arttıran önemli bir hastalıktır. Hipertansiyonda hastanın tedaviye uyumunu sağlamak önemlidir. Tedavi uyumsuzluğunun; komplikasyonları arttırmak yanında, hastalık süresini uzattığı, sağlık harcamalarını arttırdığı da bilinmektedir. Bu da siz hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilecek çok önemli unsurlardan biridir.
- Yapılan çalışmalar artan hipertansiyonun ve komplikasyonlarının; bireyin sosyo-ekonomik, psikolojik ve fizyolojik birçok yetisini azalttığını, huzurlu ve mutlu yaşam beklentisi ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini göstermektedir.
- Bu çalışma siz hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu belirlemek ve bu uyumla yaşam kalitesi arasındaki ilişkileri saptamak amacıyla planlanmıştır.
- Verdiğiniz bilgiler bizim bu hastalıkta yaşanan güçlükleri ve uyumu etkileyen faktörleri anlamamızda ve sizlere daha kaliteli bir bakım sunmamızda bizlere yol gösterici olacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilme hakkınız bulunmaktadır. Verilen bilgiler, sadece bilimsel amaçla kullanılacak ve kişisel bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır.
- Çalışmanın yürütülmesi sırasında çalışma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz. Size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

ONAY:

Yukarıdaki bilgileri okudum ve bu bilgilere dayanarak hastalığım ve uygulanacak anketler hakkında yeterince bilgilendirildim. İş bu belge ile bu değerlerden elde edilen verileri yayınlamalarında serbest olduklarına dair kanuni iznimi veriyorum.

Okudum

Tarih:

Adı Soyadı:

İmza:

EK-B: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Etik Değerlendirme Komisyonu Başkanlığı**

Sayı : 102
Konu : Etik Değerlendirme Komisyonu Kararı

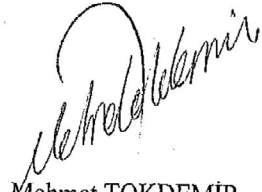
24/08/2010

Elazığ Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğüne

İlgi : 29.06.2010 tarih ve 198 sayılı yazınız.

Elazığ Sağlık Yüksekokulu, Yüksek Lisans öğrencisi Gülden İÇYEROĞLU'nun Yrd. Doç. Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU yönetiminde "Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi" konulu yüksek lisans tez çalışması görüşülmüş ve etik olarak uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Doç. Dr. Mehmet TOKDEMİR
Komisyon Başkanı

EKİ:
Etik Değerlendirme Komisyonu Kararı 1 (bir) sayfa

EK-B'nin devamı: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Etik Değerlendirme Komisyonu Başkanlığı

ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÖZÜ
24.08.2010	08	08	Gülden İÇYEROĞLU

KARAR

“Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi” konulu yüksek lisans tez çalışması etik değerlendirme komisyonumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Başkan	Doç. Dr. Mehmet TOKDEMİR		İmza
Doç. Dr. Engin ŞAHNA (Başkan Yardımcısı)	İmza	Doç. Dr. Yaşar ŞEN (Üye)	İmza
Doç. Dr. Refik AYTEN (Üye)	İmza	Doç. Dr. Erol KELEŞ (Üye)	İmza
Yrd. Doç. Dr. Oktay BELHAN (Üye)	İmza	Yrd. Doç. Dr. Hüsamettin KAYA (Üye)	İmza
Yrd. Doç. Dr. Mete ÖZCAN (Üye)	İmza	Yrd. Doç. Dr. Dilara KAMAN (Üye)	İmza

EK-C: Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği

**T.C
Fırat Üniversitesi Hastanesi
Başhekimliği**

SAYI :B.30.2.FIR.0.A9.00.00/ 5357
KONU:Anket Çalışması (Güliden İÇYEROĞLU)

ELAZIĞ
07.10.2010

REKTÖRLÜK MAKAMINA

İLGİ: 14.09.2010 tarih 20185 sayılı yazınız.

İlgi yazınıza istinaden Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Güliden İÇYEROĞLU'nun "Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi " adlı tezi ile ilgili olarak anket çalışması yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç.Dr. Erhan YILMAZ
Başhekim

Dikte Eden:G.KATILMIS 7.07.10.2010

Şef :B.BIDAV 7.07.10.2010

Başmüdür :E.ERTÜRK 7.10.10

EK-D: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı

T.C
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KARDİYOLOJİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI
BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

Sayı.169
Konu. Anket çalışması (gülden İÇYEROĞLU)

İlgi. Başhekimlik Makamının 21.09.2010 tarih ve 5043 sayılı yazısına istinaden

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gülden İÇYEROĞLU'nun Hipertansiyon Hastalıkları Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi adlı tezi ile ilgili anket çalışması Kardiyoloji Klinik ve poliklinikte yürütülmesinde tarafımızca sakınca yoktur.

Gereğinin bilgilerinize arz ederim

06.10.2010 .
Prof. Dr. İlgin KARACA
Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı

EK-1 (SORU FORMU)

Anket No:

Yaş:

1.Meslek:

Ev Hanımı Emekli Memur İşsiz Diğer.....

2.Cinsiyet: Erkek Kadın

3.Medeni Durum:

Evli Bekar/Dul

4.Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil Okur-yazar İlk Orta Lise Yüksekokul

5.Gelir düzeyi:

<250TL 250-749TL 750-999TL 1000-1499TL 1500-1999TL

2000-2999TL ≥3000TL

6. Yüksek tansiyon ölçümünüz ilk nerede yapıldı?

Sağlık ocağı Devlet/SSK hast. Üniversite hast. Diğer...

7. Tansiyon ölçümünüzün nedeni neydi:

Tesadüfen ölçüm Baş ağrısı Çarpıntı Nefes darlığı Diğer.....

8. Ne kadar süredir hipertansiyon hastasıınız:

3-5 ay 6-11 ay 1-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl 16 yıl ve üzeri

9. Hipertansiyon tanısı aldığınız yaş: ≤30 yaş >30 yaş

10. Şu anda kullandığı antihipertansif ilaç sayısı:

Tek Kombine/Tek Birden fazla

11. Verilen antihipertansif ilacı ne zamandır kullanıyorsunuz?

3-5 ay 6-11 ay 1-5 yıl 6-10 yıl 11-15 yıl

16 yıl ve üzeri

12- Hipertansiyon kontrollerinizi yaptırıyor musunuz?

Evet Hayır

13. Hipertansiyon kontrollerinizi ne sıklıkta yaptırıyorsunuz?

- 3ay 6 ay 1 yıl 1 yıldan daha fazla

14. Hipertansiyon kontrollerinizi yaptırmama nedeniniz nedir?

- Kontrollerimi unutuyorum
 Kendimi iyi hissettiğim için kontrollere gitmiyorum
 İşlerimin yoğunluğundan gidemiyorum
 Ulaşım sorunum olduğu için gidemiyorum.
 Hastalığımın çok ciddi bir hastalık olmadığını düşünüyorum.

15. Size hipertansiyon hakkında eğitim verildi mi?

- Evet Hayır

16. Ailenizde hipertansiyon öyküsü var mı?

- Evet Hayır

17. Ailenizde hipertansiyon öyküsü kimlerde var?

- Anne / Baba Kardeş Diğer.....

18.Sigara kullanıyor musunuz?

- Kullanıyor Kullanmıyor

19. Cevabımız evet ise:

Miktarı:adet/gün Süresi:yıl

20. Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet Hayır

21. Cevabımız evet ise:

Miktarı:adet/gün Süresi:yıl

22.Kahve içiyor musunuz?

- Evet Hayır

23.Cevabınız evet ise içtiğiniz kahve miktarı?

- 1 fincan 2 fincan 3 fincan 4 fincan ve üstü

24. Yemek yeme hızınız nasıldır?

- Yavaş Orta Hızlı Çok hızlı

25.Yemeğe başlamadan yemeklere tuz atıyor musunuz?

- Her zaman Çoğu zaman Bazen Hiçbir zaman

26.Yemeklerinizdeki tuz miktarı nasıl?

- Tuzsuz Az tuzlu Normal tuzlu Çok tuzlu

27. Yemeklerinizde çoğunlukla kullandığınız yağ çeşidi hangi/hangileridir?

- Zeytinyağı Tereyağı Çiçek yağı
 Mısırözü yağı Margarin Diğer (ise belirtiniz.....)

28. Beslenmenizde en çok hangi gıda/ gıdaları tüketiyorsunuz?

- Hamur isi gıdalar Tahıl yemekleri (bakliyat) Etli yemekler Haşlama (et-sebze) Zeytinyağlı yemekler Sebze yemekleri Diğer (ise belirtiniz.....)

29.Günlük diyetinizde en az bir porsiyon taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir şekilde tüketiyor musunuz?

- Evet, düzenli tüketiyorum Evet, düzensiz tüketiyorum Hayır, tüketmiyorum

30.Az az ve sık sık yemeye özen gösteriyor musunuz?

- Evet Hayır

31. Ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınıyor musunuz?

- Evet Hayır

32. Herhangi bir fizik aktivite yapıyor musunuz?

- Yapıyor Yapmıyor

33. Yapıyorsanız fizik aktivite sıklığı/süresi nedir?

1-2 kez / hafta, en az 20dk

≥ 3 kez /hafta, en az 20 dk

34. Tansiyonunuzu düşürmek için ilaçlarınız dışında başka bir yöntem başvuruyor musunuz?

Evet

Hayır

35. Cevabınız evet ise ne tür alternatif yöntem kullanıyorsunuz?

Sarımsak

Limon

Bitkisel karışımlar

Boyunuz:

Kilonuz:

Beden Kitle İndeksi (BKI):

Kan basıncı:

Nabız:

Total kolesterol:

LDL-kolesterol:

HDL-kolesterol:

Trigliserid:

EK-2 İLAÇ TEDAVİSİNE BAĞLILIK/UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ
TANSİYON İLAÇLARINIZI HER ZAMAN ALABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN
OLABİLİRSİNİZ

	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Çok Eminim
1. Evde meşgul olduğunuzda	(1)	(2)	(3)
2. İşte olduğunuzda/ev işi ile meşgul olduğunuzda	(1)	(2)	(3)
3. Size hatırlatacak birisi olmadığında	(1)	(2)	(3)
4. Bundan sonraki yaşamınızda ilaçları alma konusunda endişeye düştüğünüzde	(1)	(2)	(3)
5. Yan etkisi olduğunu fark ettiğinizde	(1)	(2)	(3)
6. Fiyatları çok yükseldiğinde	(1)	(2)	(3)
7. İşten eve geç geldiğinizde/günlük işleriniz geç bittiğinde	(1)	(2)	(3)
8. Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde	(1)	(2)	(3)
9. Ailenizle beraber olduğunuzda	(1)	(2)	(3)
10. Topluma açık yerlerde bulunduğunuzda	(1)	(2)	(3)
11. Bağımlılık yapabileceğinden korktuğunuzda	(1)	(2)	(3)
12. Cinsel gücünüzü etkileyebileceğinden endişe ettiğinizde	(1)	(2)	(3)
13. Öğünler arasında almanız gerektiğinde	(1)	(2)	(3)
14. İhtiyacınız olmadığını hissettiğinizde	(1)	(2)	(3)
15. Seyahatlerde	(1)	(2)	(3)
16. Günde birden fazla almanız gerektiğinde	(1)	(2)	(3)
17. Sizi bazen halsiz bitkin duruma düşürdüğünde	(1)	(2)	(3)
18. Sizde baş dönmesine sebep olduğunda	(1)	(2)	(3)
19. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde	(1)	(2)	(3)
20. Kendinizi iyi hissettiğinizde	(1)	(2)	(3)
21. Evde uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda	(1)	(2)	(3)

ASAĞIDA SIRALANAN İŞLEMLERİ HER ZAMAN YAPABİLECEĞİNİZDEN NE KADAR EMİN
OLABİLİRSİNİZ

	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Çok Eminim
22. İlaçlarınız bitmeden önce tekrar yazdıracağınızdan	(1)	(2)	(3)
23. Fiyatları ne kadar yüksek olursa olsun reçeteleri yazdıracağınızdan	(1)	(2)	(3)
24. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan	(1)	(2)	(3)
25. Tansiyon ilaçları almayı daima hatırlayacağınızdan	(1)	(2)	(3)
26. Tansiyon ilaçlarınızı hayatınız boyunca alacağınızdan	(1)	(2)	(3)

EK-3**TÜRKÇE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF36)**

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz? (Genel Sağlık)

- a) Mükemmel(1) b)Çok iyi(2) c) İyi(3) d) Orta(4) e) Kötü(5)

2. Bir yıl öncesine karşılaştırdığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi (1)
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi (2)
c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı (3)
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü (4)
e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü (5)

3. Aşağıdaki maddelerden gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir.

Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?(Fiziksel Fonk.)

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a- Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	(1)	(2)	(3)
b- Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	(1)	(2)	(3)
c- Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma	(1)	(2)	(3)
d- Merdivenle çok sayıda kat çıkma	(1)	(2)	(3)
e- Merdivenle bir kat çıkma	(1)	(2)	(3)
f- Eğilme ve diz çökme	(1)	(2)	(3)
g- Bir iki kilometre yürüme	(1)	(2)	(3)
h- Bir kaç sokak öteye yürüme	(1)	(2)	(3)
ı- Bir sokak öteye yürüme	(1)	(2)	(3)
j- Kendi kendine banyo yapma ve giyinme	(1)	(2)	(3)

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı? (Fiziksel Rol Güçlüğü)

	Evet	Hayır
a- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zaman azalttınız mı?	(1)	(2)
b- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	(1)	(2)
c- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?	(1)	(2)
d- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (Örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)	(1)	(2)

5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) Sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı? (Emosyonel Rol Güçlüğü)

	Evet	Hayır
a- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?	(1)	(2)
b- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?	(1)	(2)
c- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?	(1)	(2)

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi? (Sos.Fonk.)

- a) Hiç etkilemedi(1)
- b) Biraz etkiledi(2)
- c) Orta derecede etkiledi(3)
- d) Oldukça etkiledi (4)
- e) Aşırı etkiledi(5)

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu? (Ağrı)

- a) Hiç(1)
- b) Çok hafif(2)
- c) Hafif(3)
- d) Orta (4)
- e) Şiddetli (5)
- f) Çok şiddetli(6)

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi? (Ağrı)

- a) Hiç etkilemedi(1)
- b) Biraz etkiledi(2)
- c) Orta derecede etkiledi(3)
- d) Oldukça etkiledi (4)
- e) Aşırı etkiledi(5)

9. Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz. (Enerji: a,e,g,i ____Mental Sağlık: b,c,d,f,h)

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a- Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
b- Çok sınırlı bir insan oldunuz mu?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
c- Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
d- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
e- Kendinizi enerjik hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
f- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
g- Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
h- Kendinizi mutlu hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
ı- Kendinizi yorgun hissettiniz mi?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağımız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi? (Sos.Fonk.)

a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Oldukça d) Bazen e) Nadiren f) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz. (Genel Sağlık)

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a-Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
b-Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
c-Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
d-Sağlığım mükemmel	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)



9.ÖZGEÇMİŞ

1982 Elazığ doğumluyum. Ortaöğrenimimi 2000 yılında Elazığ Mehmet Akif Ersoy Yabancı Dil Ağırlıklı Lisede; lisans eğitimimi 2005 yılında Fırat Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulunda tamamladım. 2005–2006 yılları arasında Elazığ Hayat Hastanesi Dâhili-Cerrahi; 2006–2008 yılları arasında ise, Çukurova Üniversitesi Balcalı Hastanesi Büyük Çocuk Kliniğinde klinik hemşiresi olarak görev yaptım. 2008–2011 yılları arasında da Elazığ Sağlık Yüksek Okulu Ebelik ve Hemşirelik bölümlerinde görevlendirmeli olarak Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ana-Çocuk Sağlığı Hizmetleri ve Kadın Sağlığı derslerini verdim. 2008-2011 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Hastanesi Üroloji Kliniğinde klinik hemşiresi olarak başladığım görevime ise aynı hastanede süpervisör hemşire olarak devam etmekteyim. Yabancı dilim İngilizcedir.

Gülden İÇYEROĞLU