



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ

**AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN
HİPERTANSİYON HASTALARININ HASTALIKLARI İLE
İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIşLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Emine SÜER

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2018



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ

**AİLE HEKİMLİğİ POLİKLİNİğİNE BAşVURAN
HİPERTANSİYON HASTALARININ HASTALIKLARI İLE
İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIşLARININ
DEğERLENDİRİLMESİ**

Dr. Emine SÜER

**Tez Danışmanı: Uzm. Dr. İsmail KASIM
(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

ANKARA/2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve destekleriyle eğitimime katkı sağlayan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Adem Özkara'ya, Doç. Dr. Tijen Őengezer'e, Doç. Dr. Rabia Kahveci'ye, Uzm. Dr. İrfan Őencan'a, Yrd. Doç. Dr. Tarık Eren Yılmaz'a

Tez çalışmamın seçiminde ve yürütülmesinde en başından itibaren desteklerini esirgemeyen ve her aşamasında değerli önerileri ile bana yol gösteren saygıdeğer tez danışmanım Uzm. Dr. İsmail Kasım'a ve tezimde önerileriyle katkıda bulunan Doç. Dr. Ezgi Coşkun YENİGÜN'e

Aile hekimliği asistanlığım süresi boyunca beraber olduğum tüm asistan arkadaşlarıma, rotasyonlarım sırasında eğitimime katkıda bulunan tüm değerli hocalarımıza

Tüm hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim annem Ayla, babam Yüksel ve kardeşlerim Bilge ve Yasin'e en içten teőekkürlerimi sunarım.

Dr. Emine SÜER

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR	v
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
ÖZET	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Epidemiyoloji	3
2.2. Kan Basıncının Sınıflandırılması	4
2.3. Kan Basıncı Ölçümü	4
2.4. Hipertansiyon Tanısı	6
2.4.1 Ofis Kan Basıncı Ölçümü	6
2.4.2. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü	7
2.4.3. Evde Kan Basıncı Ölçümü	8
2.5. Hastanın Değerlendirilmesi	8
2.6. Tedavi	11
2.6.1. Tedavi Hedefleri	11
2.6.2. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	11
2.6.2.1. Tuz Tüketimi Ve Hasta Eğitimi	13
2.6.3. Farmakolojik Tedavi	16
2.6.3.1. İskemik Kalp Hastalığı	19
2.6.3.2. Kalp Yetmezliği	19

2.6.3.3. Diyabet ve Hipertansiyon	20
2.7. Sağlık Okuryazarlığı	21
3. ARAŞTIRMA METOT	22
3.1. Çalışma Dizaynı	22
3.1.1. Katılımcılar	22
3.1.2. Antropometrik Ölçümler	22
3.1.3. Sosyodemografik Özellikler	22
3.1.4. Kan Basıncı Ölçümleri	23
3.1.5. Anket Değerlendirmesi	24
3.1.6. Toplam Bilgi Puanı	24
3.1.7. Toplam Tuz Tüketim Puanı	25
3.1.8. Tuz Bilgisi	25
3.1.9. İstatistiksel Analiz	25
4. BULGULAR	26
4.1. Cinsiyetler Arasında Kıyaslama	39
4.2. VKG Değeri ile Kıyaslama	40
4.3. Yaş ile Kıyaslama	41
4.4. Sigara Ve Alkol Kullanımı ile Kıyaslama	41
4.5. Toplam Puan ile Kıyaslama	41
4.6. Meslek ile Kıyaslama	44
4.7. Eğitim Seviyesi ile Kıyaslama	44
4.8. Kontrollere Gitme Sıklığı ile Kıyaslama	45
4.9. End Organ Hasarı ile Kıyaslama	46

4.10. HT Süresi ile Kıyaslama	46
4.11. Tuz Alışkanlıkları ile Kıyaslama	46
4.12. İlaç Uyumu ile Kıyaslama	47
4.13. Toplam Tuz Tüketim Puanı ile Kıyaslama	48
4.14. Kan Basınç Kontrol Oranları ile Kıyaslama	50
5. TARTIŞMA	51
5.1. Kardiyovasküler Risk Faktörleri	51
5.2. Kontrol Oranları	52
5.3. Hipertansiyon Bilgi Düzeyi	53
5.4. Tuz Bilgisi Ve Tuz Tüketim Alışkanlığı	56
5.5. İlaç Uyumu	59
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	61
7. KAYNAKLAR	63
8. ÖZGEÇMİŞ	68
9. EKLER	

KISALTMALAR

KVH	:	Kardiyovasküler hastalık
HT	:	Hipertansiyon
PATENT	:	Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey
TEKHARF	:	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı Ve Risk Faktörleri
ACC/AHA	:	American College of Cardiology/American Heart Association
ABD	:	Amerika Birleşik Devletleri
SKB	:	Sistolik Kan Basıncı
DKB	:	Diastolik Kan Basıncı
ABPM	:	Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü
KVO	:	Kardiyovasküler olay
VKİ	:	Vücut Kitle İndeksi
EKG	:	Elektrokardiyografi
EKO	:	Ekokardiyografi
SCORE	:	Systematic Cerebrovascular and Coronary Risk Evaluation
GFR	:	Glomerüler Filtrasyon Hızı
DM	:	Diyabetes Mellitus
KBH	:	Kronik Böbrek Hastalığı
JNC	:	Joint National Committee (Birleşik Ulusal Komite)
DASH	:	Dietory Approaches to Stop Hypertension (Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Beslenme Yaklaşımı)
Na	:	Sodyum
ACE-i	:	Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü
ARB	:	Anjiyotensin Reseptör Blokörü

KKB	:	Kalsiyum Kanal Blokeri
K	:	Potasyum
ALLHAT	:	Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial
HBPM	:	Evde Kan Basınç Ölçümü
AB	:	Alfa Blokör
BB	:	Beta Blokör
KAH	:	Koroner Arter Hastalığı
MI	:	Miyokard İnfarktüsü
TIA	:	Geçici İskemik Atak
ESH/ESC	:	Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
ÇAG	:	Çeyreklikler Arası Genişlik
NHANES	:	National Health and Nutrition Examination Survey (Ulusal Sağlık ve Beslenme İnceleme Taraması)
SVO	:	Serebrovasküler Olay
NSAII	:	Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaç
OKS	:	Oral Kontraseptif
SALTürk	:	Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması
TURDEP	:	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Kan Basıncının Sınıflaması	4
Tablo 2.2. Başlangıç Kan Basınçlarına Göre Takip Aralıkları	5
Tablo 2.3. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümünün Yardımcı Olabileceği Klinik Durumlar	8
Tablo 2.4. Laboratuvar Değerleri	9
Tablo 2.5. Sekonder Hipertansiyon Nedenleri	10
Tablo 2.6. Tedavi Sonrası Hedef Kan Basıncı Değerleri	11
Tablo 2.7. Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Sistolik Kan Basıncına Etkileri	13
Tablo 2.8. Özel Durumlarda Tercih Edilecek Antihipertansif Ajanlar	18
Tablo 2.9. Kalp Yetmezliği Seviyesine Göre Antihipertansif Ajan Kullanımı	20
Tablo 4.1. Sosyodemografik Özellikler	26
Tablo 4.2. Hastaların Kullandıkları Antihipertansif İlaçlar	28
Tablo 4.3. HT'ye Bağlı End Organ Hasarı	29
Tablo 4.4. Kan Basıncını Yükselten İlaçlar Sorusuna Verilen Yanıtlar	31
Tablo 4.5. Hastaların Özelliklerine Göre Toplam Puanları	43
Tablo 4.6. Katılımcıların Eğitim Seviyesine Göre Özellikleri	45
Tablo 4.7. Hastaların Özelliklerine Göre İlaç Uyumları	48
Tablo 4.8. Hastaların Özelliklerine Göre Tuz Tüketim Puanı	50

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Hastalarda En Sık Görülen Komorbit Hastalıklar	27
Şekil 2. HT Tanımına Verilen Yanıtlar	29
Şekil 3. HT Tedavi Süresi Sorusuna Verilen Yanıtlar	30
Şekil 4. “HT Tedavi Edilmezse Ne Olur?” Sorusuna Katılımcıların Verdiği Yanıtlar	32
Şekil 5. Katılımcıların HT için Faydalı Olabilecek Yaşam Tarzı Değişiklikleri Sorusuna Verdikleri Yanıtlar	33
Şekil 6. Katılımcıların Antihipertansif İlaçlara Uyumsuzluk Nedenleri	34
Şekil 7. Katılımcıların Tuz Tüketim Alışkanlıkları	35
Şekil 8. Katılımcıların Konserve-Turşu Tüketim Sıklığı	36
Şekil 9. Ekmek Tüketim Alışkanlıkları	37
Şekil 10. Günlük Alınması Gereken Tuz Miktarı Sorusuna Verilen Yanıtlar	38
Şekil 11. Katılımcıların “Tuzu Azaltmak Kalp Krizini Ve İnmeyi Engeller Mi?” Sorusuna Verdikleri Yanıtlar	39

ÖZET

Amaç: Çalışmamızın amacı, hipertansiyon hastalarının; hastalıkları ile ilgili bilgi düzeyleri, ilaç uyumları, yaşam tarzı değişiklikleri, tuz tüketim alışkanlıkları ve tuz hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel, tanımlayıcı çalışmadır. Çalışmamıza Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran, antihipertansif ilaç kullanan, 18 yaş üstü hipertansiyon hastaları dâhil edilmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan çalışmaya özgü anket soruları, yüz yüze görüşmeler sırasında hastalar tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: Çoğunluğunu kadınların oluşturduğu (%56,1), yaş ortalaması $58,8 \pm 10,7$ olan 271 hasta incelenmiştir. Katılımcıların sistolik kan basıncı ortalama değeri $131,7 \pm 16,9$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalama değeri $80,1 \pm 10,2$ mmHg bulunmuştur. Hastaların %61,1'i hipertansiyon tanımını yapamamış ya da yanlış açıklamıştır. Çalışmaya katılanların %71,4'ü tedavinin ömür boyu süreceğini belirtmiştir. Yemek yapılırken tencereye tuz katanların oranı %79, masada tuz bulunduranların oranı %57,9 ve market alışverişlerinde gıdaların tuz içeriklerini kontrol etmeyenlerin oranı %54 olarak tespit edilmiştir. Hastaların ilaç uyum ve egzersiz alışkanlıkları oranları sırasıyla %78 ve %58,1 olarak bulunmuştur. Hipertansiyon bilgi düzeyi ile eğitim seviyesi ve kan basıncı kontrol oranları arasında ilişki bulunamamıştır. Ancak tuz tüketimi konusunda farkındalığı olan grubun; tuz hakkındaki bilgisi, hipertansiyon bilgi düzeyi, ilaç uyumu, egzersiz alışkanlığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p=0,019$, $p<0,001$, $p=0,013$, $p=0,041$, $p=0,002$). Eğitim seviyesinin yüksek olması tuz tüketimine yönelik davranışları olumlu etkilemiştir.

Sonuç: Sonuç olarak, hastaların hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeylerini artıracak müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ve tuz tüketimi konusunda farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, bilgi düzeyi, tuz

ABSTRACT

Evaluation of the Knowledge, Attitudes and Behaviors of Patients with Hypertension who Referred to Family Medicine Polyclinic

Aim: The aim of our study is to measure patients' level of knowledge about their hypertensive disease, salt and to evaluate their medication compliance, lifestyle changes and salt consumption habits.

Materials and Methods: Our research is a cross-sectional, descriptive study. Our study has included hypertension patients over the age of 18 who are taking antihypertensive drugs and apply to the Ankara Numune Training and Research Hospital Family Medicine Polyclinic. The study-specific questionnaire prepared by the researchers were completed by the patients during face-to-face interviews.

Results: A total of 271 patients with a mean age of 58.8 ± 10.7 (the majority of whom were women 56,1%), were analyzed. The mean systolic blood pressure of the participants was 131.7 ± 16.9 mmHg and the mean diastolic blood pressure was 80.1 ± 10.2 mmHg. 61.1% of the patients were unable to explain the definition of hypertension. 71.4% of those participating in the study stated that the treatment will use for a lifetime. When cooking, 79% of the patients add salt to the meal, 57.9% of those have salt at the table, and 54% of those do not control the salt content of groceries at the grocery shopping. Drug compliance and physical activity rates of the patients is respectively 78% and 58,1%. There was no relationship between hypertension knowledge level and education level and blood pressure control rates. However, at the group that is aware of salt consumption; knowledge of the amount of salt consumption and the effect of salt reduction, hypertension knowledge level, drug compliance and exercise habits were found significantly higher ($p=0.019$, $p<0.001$, $p=0.013$, $p=0.041$, $p=0.002$). The high level of education positively affected the behavior towards salt consumption.

Conclusion: As a result, interventions are needed to increase the knowledge of patients about hypertension. There is a need to raise awareness about the development of health literacy and salt consumption.

Key words: Hypertension, knowledge level, salt

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon yaşla birlikte sıklığı artan önemli bir halk sağlığı sorunu olup gelişmiş ve gelişmekte olan çoğu ülkede erişkinlerin yaklaşık üçte biri bu hastalığa sahiptir (1,2). Yüksek kan basıncı önlenebilir erken morbidite ve mortalitenin en önemli sebeplerinden biridir (3). 60-69 yaş arası insanların yarısından fazlası ve 70 yaş ve üzerindekiilerin ise yaklaşık yarısı bu hastalıktan etkilenmektedir (1).

Kan basıncı yüksekliği kardiyovasküler hastalık olaylarının gelişmesi açısından bağımsız bir risk faktörüdür (1).

Yaşla ilişkili artan kan basıncından asıl sorumlu olan sistolik kan basıncıdır (1). Henüz nedeni tam olarak anlaşılamamış olan 50-60 yaş sonrası görülen diyastolik kan basıncının aksine sistolik kan basıncındaki izole yükseliş yaşlı hastalar için kardiyovasküler olay ve böbrek hastalığı riskinin iyi bir göstergesi kabul edilmekte ve bu nedenle sistolik kan basıncı yönetimine vurgu yapılmaktadır (1,2). 55-65 yaş arasındaki her birey için yaşam boyu hipertansiyon gelişme riski 80-85 yaşına kadar ki yıllar içinde %90 civarındadır (1).

Tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen hipertansiyon tedavisindeki başarı yeterli değildir (2). Çoğu ülkede hipertansiyon hastalarının yarısından fazlasının kan basıncı yeterince kontrol altına alınamamıştır (2).

Kan basıncı yüksekliği ile kardiyovasküler olaylar ve böbrek yetmezliği arasında açık bir ilişki vardır. Bu hastalıkların gelişme riski kan basıncı 115/75 mmHg civarında en düşüktür (2). 115/75 mmHg üzerindeki sistolik için her 20 mmHg ve diyastolik için 10 mmHg'lik artışta iskemik kalp hastalığından ve inmeden ölme riski iki kat artmaktadır (1). Ancak komplikasyonlar oluşana kadar sıklıkla sessiz bir klinik göstermektedir (4).

Dünya genelinde 25 yaş üstü bireylerin %40'ından fazlası yüksek kan basıncından etkilenmektedir (4). Yaşam süresinin uzaması ve obezite sıklığının artması nedeniyle hipertansiyon hastalığı yüksek sıklıkta görülmeye başlamıştır (2). Çoğu ülkede tuz alımının fazla olması hipertansiyon prevalansının artmasına katkı sağlamıştır (2).

Hipertansiyon birinci basamak hekimlerinin ve diğer branşların en sık karşılaştığı kronik hastalıktır. Buna ek olarak çoğu hasta lipit anormallikleri, obezite, glukoz intoleransı-diyabet, sigara ve erken yaşta ailede kardiyovasküler olay gibi risklere sahiptir (2). Kan basıncındaki yükselmenin engellenmesi kardiyovasküler ve renal hastalıkların gelişmesini önleyebilir.

Genel toplumlarda yaygın olan aşırı kilolu olmak, diyetle tuz alımının fazla olması, azalmış fiziksel egzersiz, yetersiz meyve-sebze tüketimi ve aşırı alkol alımı gibi bilinen faktörler hipertansiyon için önemli risk faktörleridir (1). Birinci basamak sağlık çalışanlarının, kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini değerlendirerek sağlıklı yaşam tarzı önerilerinde bulunması ile riskli davranışların değiştirilmesi büyük önem taşımaktadır (5). İlk başvuru hekimi olma, hastaları kapsamlı inceleme ve uzun süreli takiplerinde hastalarla iletişim halinde kalabilme kolaylığı, kronik hastalık yönetiminde birinci basamak hekimlerinin önemli rol alabileceklerini göstermektedir. Hastaların kendi hastalıklarını yönetme konusunda cesaretlendirilmeleri, hastalık yönetimine onların da dahil edilerek sağlık çalışanı ile iş birliği sağlanması kronik hastalık yönetiminin başarıya ulaşmasında önemli yer alacaktır.

Biz de çalışmamızda hipertansiyon hastalığına sahip bireylerin hastalıkları hakkında bilgilerini, davranış değişikliklerini, ilaç uyumlarını ve tuz tüketimi konusunda farkındalıklarını değerlendirmeye çalıştık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. EPİDEMIYOLOJİ

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) tüm dünyada ölüm sebepleri içinde birinci sırada gelmekte olup 2012 yılında 17,5 milyon kişinin bu hastalıklara bağlı hayatını kaybettiği bildirilmiştir (4). KVH gelişmesinde önlenabilir önemli bir risk faktörü olan hipertansiyon hastalığının 2025 yılında yaklaşık 1,5 milyar insanı etkileyeceği düşünülmekte ve bu sayı dünya erişkin nüfusunun %29,2'sine denk gelmektedir (5).

Ülkemizde 2003 yılında ülke nüfusunun %62,7'sine ulaşılmış olan, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'na göre Türkiye'de hipertansiyon (HT) prevalansının %31,8 olduğu ve bu prevalansın yaşla birlikte artış gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca toplumda ekonomik olarak aktif, bağımlı olmadığı kabul edilen orta yaş (35-64) grubunda ise prevalans %42,3'tü. 65 yaş üstü bireylere bakıldığında ise bu oranın %75,1'e çıktığı görülmüştür (5).

Aynı çalışmanın 2012 yılının verilerini içeren PATENT-2 adlı çalışma sonuçlarında, HT prevalansı son 10 yılda azalma eğiliminde olup %30,3'e gerilemiştir. Tedavi altında kontrol oranlarının %20,7'den %53,9'a yükselmiş olması ülkemiz için ümit verici olsa da henüz yeterli seviyede kontrol hedeflerine ulaşamamıştır (5,6).

Ülkemizde yapılmış olan diğer bir çalışma TEKHARF çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre 2009-2014 yılları içinde 39 yaşın üzerindeki bireylerde antihipertansif ilaç kullanan ya da kan basıncı 140 ve/veya 90 mmHg'nin üzerinde olanların prevalansı erkeklerde %53,4 kadınlarda ise %63,5 olarak bulunmuştur. Bu sonuçlara göre ülkemizde 8 milyon kadının ve 6,3 milyon erkeğin HT hastalığına sahip olduğu tahmin edilmektedir. Aynı çalışmada 10 hipertansif bireyden 7'sinin antihipertansif ilaç kullandığı, ilaç kullananların %48'inin kan basınçlarının kontrol altında olduğunun saptanmış olması önceki çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde, ülkemiz ve dünya genelinde yüksek prevalansa sahip ancak düşük kontrol oranları olan bir hastalıkla karşı karşıya olduğumuzu göstermektedir (7).

ACC/AHA'nın 2017 yılı son kılavuzunda 130/80 mmHg ve üzerini HT kabul ettiği sınıflandırmaya göre ise ABD'de HT prevalansı %45,6'ya yükselmiş olup yaklaşık 103 milyon insan bu durumdan etkilenmektedir (8).

2.2. KAN BASINCININ SINIFLANDIRILMASI

18 yaş ve üstü bireyler için kan basıncı sınıflaması Tablo 2.1'de gösterilmiştir. Prehipertansiyon evresi hastalık olarak kabul edilmemekle birlikte bu bireylerde HT gelişme riski yüksek olup, hastalar ve klinisyenler tarafından dikkatli olunmalı ve hastalığın gelişmesini önleyici ve erteleyici, yaşam tarzına yönelik müdahaleler yapılmalıdır (1).

Tablo 2.1. Kan Basıncının Sınıflaması (1)

KAN BASINCI SINIFLANDIRMASI	SİSTOLİK KAN BASINCI (mmHg)	DİYASTOLİK KAN BASINCI (mmHg)	ABPM/HBPM (ORTALAMA) (mmHg)
NORMAL	<120	ve <80	
PREHİPERTANSİYON	120-139	veya 80-89	
EVRE 1 HİPERTANSİYON	140-159	veya 90-99	≥135/85
EVRE 2 HİPERTANSİYON	≥160	veya ≥100	≥150/95

2.3. KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

Cıvalı sfingomanometrelerin zararlı etkileri nedeniyle değiştirilmeleri kan basıncı ölçümünde doğru sonuçlar açısından şüpheler oluşturmuş olmakla birlikte steteskop kullanılarak ya da elektronik aletlerle yapılan ölçümler, düzenli kalibrasyonlarının sağlanması koşuluyla güvenilir kabul edilebilir (1,2). Kalibre edilmiş olan herhangi bir aletle yapılan ölçüm hipertansiyon yönetiminde önemli yer tutmaktadır (1).

Kan basıncı ölçümü öncesi kişi arkasına yaslanmış, ayaklar düz bir şekilde yerde ve mesanesinin boş olmasına dikkat edilerek en az 5 dk sessizce oturmalı ve en az yarım saat öncesinden çay, kahve, sigara içmemiş, ağır egzersiz yapmamış olmalıdır. Ölçüm yapılacak kol uzatılmalı ve kalp seviyesinde desteklenmelidir (1-3).

Postural hipotansiyon riski olan ya da tarifleyen hastalar ölçüm öncesi ayakta en az 1 dk bekledikten sonra tekrar ölçüm yapılmalıdır (1,3). Ölçümler tercihen koldan yapılmalı ve kolun %80'ini saran manşet seçilmelidir (1,2). Ölçüm öncesi radial nabız palpe edilerek düzensizlik olmadığına karar verildikten sonra otomatik ya da manuel ölçümden birinin tercih edilmesinde sakınca yoktur. Ancak atrial fibrilasyon gibi nabız düzensizliğinin olduğu durumlarda manuel ölçüm tercih edilmelidir (1,3).

Ölçümlerde radial nabız palpe edilmeli ve kaffin şişirilme sırasında nabız kaybolduktan sonra 20-30 mmHg üzerine eklenmeli ve saniyede iki mmHg'lik yavaş düşüşlerle kan basıncı seviyesi değerlendirilmelidir. Kaff indirilirken duyulan Korotkoff sesi (faz 1) sistolik kan basıncı (SKB) değerini ve sesin kaybolduğu (faz 5) değer ise diyastolik kan basıncı (DKB) değerini gösterir (1). Bireylerin çıkan kan sonuçlarına göre takipleri Tablo 2.2'de gösterilmiştir (1). Kişiler takip sırasında kan basınç değerleri ne olursa olsun diğer kardiyovasküler risk faktörleri ve hedef organ hasarı açısından değerlendirilmelidir (1,2).

Tablo 2.2. Başlangıç Kan Basınçlarına Göre Takip Aralıkları (1)

Kan basıncı (mmHg)	Takip süresi
Normal	2 yıl içinde kontrol
Prehipertansiyon	1 yıl içinde kontrol*
Evre 1 HT	2 ay içinde doğrula*
Evre 2 HT	1 ay içinde doğrula**

* Bu süre içerisinde yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir.

** Daha yüksek kan basınçlarında (örnek:180/110) klinik durum ve kan basınçlarına bağlı olarak bir hafta içinde ya da acil olarak tedavi verilmelidir.

2.4. HİPERTANSİYON TANISI

2.4.1. Ofis Kan Basıncı Ölçümü

HT tanısı için değerlendirme yapılırken kan basıncı ölçümü her iki koldan yapılmalı ve aradaki fark 20 mmHg'den fazla ise ölçümler tekrarlanmalıdır. Tekrarlanan ölçümlere rağmen fark devam ediyorsa bundan sonraki ölçümler yüksek kan basıncı koldan devam etmelidir (3).

Klinik kan basıncı ölçümü 140/90 mmHg ve üzerinde olan bireyler için aynı vizitte ikinci bir ölçüm yapılmalı ve her iki ölçüm arasında önemli bir fark varsa üçüncü ölçüm yapıp son iki ölçümden düşük olan klinik kan basıncı olarak kaydedilmelidir (3).

Klinik kan basıncı 140/90 mmHg ve üzerindeki bireylere HT tanısı konmadan önce ev ölçümleri ya da ABPM (ambulator kan basınç ölçümü) ile doğrulanması gerekir (9). Hasta uyanık iken saat başına en az iki ölçüm sağlayan ABPM öncelikli tercihtir ancak buna imkan yoksa ya da hasta tolere edemiyorsa ev ölçümlerini kullanmak faydalı olacaktır (3,9).

Hasta 180/110 mmHg ve üzerinde kan basıncına sahipse diğer ölçüm yöntemlerini beklemeksizin klinik kan basıncı ölçümü ile tedaviye bir an önce başlanmalıdır (3,9).

Kan basınç seviyesi sistolik 179-140 mmHg ve diyastolik 90-109 mmHg arasındaki değerlerde hastanın hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk değerlendirmesi sonucunda herhangi bir durum saptanmazsa hasta 1 ay sonra ofis dışı ölçüm yöntemlerinden birinin sonucuyla tekrar değerlendirme için çağırılmalıdır. Bunların sonucunda yükseklik saptanmayan bireyler beyaz önlük HT tanısı alır (9).

Ofis kan basıncı ölçümü dışında başka ölçüm yöntemi kullanılmayan durumlarda hastalar diğer vizitlerde yapılan ölçümlerle takip edilmeli ve HT tanısının değerlendirilmesi ofis kan basınç ölçümleri sonucunda yapılmalıdır (9).

HT tanısının doğrulanması sırasında geçen sürede hastaların hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk değerlendirmesi devam etmelidir (3). Hasta hedef

organ hasarına sahip ancak HT tanısı konulamadıysa, bu hasarlara sebep olabilecek diğer sebepler yönünden incelenmelidir (3). Sekonder HT düşünülen hastalar uzmana gönderilmeli ve 180/110 mmHg'den yüksek kan basıncı ile birlikte papil ödem ve/veya retinal hemorajiya sahip hastalar ise aynı gün içinde uzmana yönlendirilmelidir (3).

2.4.2. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü

Ambulatuvar kan basıncı takibi kişilerin uyku ve uyanıklık sırasındaki kan basıncı değerlerinin gün boyunca takibinin yapılmasına imkân sağlaması, uyku sırasındaki düşüşün olup olmadığının gösterilmesi ve hedef organ hasarı ile daha fazla ilişkili olması açısından ofis kan basıncı ölçümlerine göre daha değerli hale gelmiştir (1).

Ofis kan basıncı ölçümleri sık kullanılıyor olmakla birlikte yetersiz kaldığı bazı durumlarda ABPM ölçümleri iyi bir yol gösterici olabilir (1). Kişiler fiziksel ve mental olarak aktifken yüksek kan basıncı, uyku ve dinlenme sırasında ise düşük kan basıncı değerleri beklenen bulgulardır (1).

ABPM ölçümlerinin yeterli sayılabilmesi için gündüz en az 20, gece 7 ölçüm yapılmış olmalıdır (9). Uyanıklık sırasındaki ortalama kan basıncı değerleri 135/85 mmHg ve uyku sırasındaki ortalama 120/75 mmHg'nin altında ise normal kabul edilir (1,3). Uyku sırasında olan "dipping" denilen %10-20 civarındaki azalmanın olmaması ise kardiyovasküler olay (KVO) açısından önemli bir risk faktörüdür (1,9). Ayrıca ofis kan basıncı ne olursa olsun 24 saatlik ortalama kan basıncı değerinin 135/85 mmHg'nin üzerine çıkması KVO riskini iki katına çıkarmaktadır (1). ABPM'nin yardımcı olabileceği klinik durumlar Tablo 2.3'de gösterilmiştir.

Tablo 2.3. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümünün Yardımcı Olabileceği Klinik Durumlar (1)

Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümünün Yardımcı Olabileceği Klinik Durumlar
Beyaz önlük hipertansiyonundan şüphelenilen hastalar
İlaça dirençli hastalar
Antihipertansif ilaçlarla hipotansiyon semptomları görülen hastalar
Aralıklı kan basıncı yükseklikleri
Otonomik disfonksiyon

2.4.3. Evde Kan Basıncı Ölçümü

Ofis kan basıncı ve ABPM'ye ek olarak kullanılabilen bir yöntem olup, kan basıncı değerleri 130/80 mmHg'nin altında süreklilik gösteren hastaların mevcut hedef organ hasarı yoksa ilaç tedavisi başlanmasına gerek yoktur (1).

Ev ölçüm değerleri kullanılacaksa en az bir dakika arayla iki ölçüm alınmalı, günde iki kere sabah akşam 4-7 gün ölçümler kayıt altına alınarak ilk günkü ölçümler değerlendirme dışı bırakılıp ortalaması alınarak HT tanısı değerlendirilmelidir (3).

Ölçümler sabah kahvaltı öncesi ve akşam yemekten iki saat sonra ilaç alınmadan önce yapılmalıdır (9).

Bu ölçüm yöntemlerinin dışında ofiste kan basınç ölçümüne ek yöntem olabilecek ve son zamanlarda öncelikli tercih edilmesi önerilen, otomatik cihaz ile sağlık personeli olmaksızın hastanın kendi kendine tansiyon ölçümü yapmasıdır (9).

2.5. HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

1) Anamnez

Hastanın kardiyovasküler risk faktörleri, şu anki hastalıkları ve kullandığı ilaçlar hedef kan basınç değerlerinde ve ilaç seçiminde yol gösterici olması nedeniyle sorgulanmalıdır (2).

2) Fizik muayene

Her iki koldan kan basıncı ölçümü yapılmalıdır (1,2). Hastanın boy, kilo değerlerinin ölçümü sonrası VKİ (vücut kitle indeksi) değeri hesaplanmalı ve bel çevresi ile birlikte kardiyovasküler risk değerlendirilmelidir. Erkeklerde 102 cm, bayanlarda 88 cm'nin üzeri riskli kabul edilen bel çevresi ölçümleridir (2).

Juguler ven dolgunluğu, akciğerde ral, karaciğer büyüklüğü, periferik ödem ve kalp muayenesi ile kalp yetmezliği ve sol ventrikül hipertofisi açısından değerlendirme yapılarak tedavi seçimine gidilmelidir (2).

Genel sistem muayenesine ek olarak nörolojik muayene, göz muayenesi ve periferik nabız değerlendirmesi komplikasyonlar açısından önemlidir (1).

3) Laboratuvar Tetkikleri

Anamnez ve fizik muayeneden sonra laboratuvar tetkikleri istenmelidir. İstenmesi gereken laboratuvar değerleri Tablo 2.4'te yer almaktadır (1).

Tablo 2.4. Laboratuvar Değerleri

Kan değerleri	İdrar örneği
Elektrolitler (özellikle potasyum)	Albüminüri (albümin/kreatinin oranı)
Açlık kan şekeri	Kırmızı küre-beyaz küre
Üre ve kreatinin (GFR hesaplanmalı)	
Hemoglobin ve hematokrit	
Karaciğer fonksiyon testleri	

4) EKG

Önceki miyokart infarktüsü ve sol atriyum-ventrikül büyümesine bakılarak hedef organ hasarı değerlendirilir (2). Ayrıca atriyal fibrilasyon gibi kardiyak aritmiler ve kalp blokları incelenir (2).

5) EKO

Rutinde kullanmadığımız EKO, kalp yetmezliği ve sol ventrikül hipertrofisinin belirlenmesi açısından önemlidir (2).

6) Kardiyovasküler Risk Hesaplaması

Genel kardiyovasküler risk değerlendirilmesi yapılmalıdır. Systematic Cerebrovascular and Coronary Risk Evaluation (SCORE) risk hesaplama sisteminden yararlanılabilir. Bu yöntem ile görünürde sağlıklı olan bireylerde 10 yıllık ölümcül aterosklerotik olay gelişme riskinin hesaplanması, birinci basamak koruyucu sağlık hizmeti açısından kullanıma uygun görülmektedir (10).

Düşük GFR (glomerüler filtrasyon hızı)'ye sahip hastaların artmış kardiyovasküler riske sahip oldukları düşünülmektedir. Ayrıca mikroalbüminüri de kardiyovasküler risk açısından uyarıcı olmalıdır (1).

Yaş, özgeçmiş, fizik muayene ve laboratuvar bulgularından şüphelenilen; ilaç tedavisine yanıtı zayıf olan; kontrollü giderken sebep olmaksızın kan basıncında yükselme olan ve hızlı başlangıç gösteren HT hastalarında sekonder sebepler düşünülmelidir (1). Sekonder HT nedenleri Tablo 2.5'te gösterilmiştir (1).

Tablo 2.5. Sekonder Hipertansiyon Nedenleri

SEKONDER HİPERTANSİYON NEDENLERİ
Renovasküler hipertansiyon
Kronik böbrek hastalığı
Obstruktif üropati
Aort koarktasyonu
Cushing sendromu
Diğer glukokortikoid aşırı salınım durumları
Diğer mineralokortikoid aşırı salınım durumları
Primer aldosteronizm
Feokromasitoma
Tiroit ve paratiroit hastalıkları
İlaçlar
Kronik steroid tedavisi
Uyku apnesi

2.6. TEDAVİ

Günümüzde yeterli oranda kontrol altına alınamamış olan HT hastalığının tedavisinde amaçlanan kardiyovasküler ve renal mortalite ve morbiditenin azaltılmasıdır (1).

2.6.1. Tedavi Hedefleri

HT'nin yönetimi ve diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin belirlenmesi ve kontrolünün yapılması başlıca hedeflerdendir (2). Geçmişte düşünülenin aksine 80 yaş altındaki bireyler Diyabetes Mellitus (DM), Kronik böbrek hastalığı (KBH) ve KVH'ya sahip olsun ya da olmasın çoğu güçlü kanıtlar hedef kan basıncı değerlerinin 140/90 mmHg'nin altında ve 80 yaş üstünde ise 150/90 mmHg'nin altında olmasını önermektedir (2). Joint National Committee (JNC) 8'de ise tedavi hedefleri 60 yaş sınır alınarak belirlenmiştir. Tedavi sonrası hedef kan basıncı değerleri tablo 2.6'da gösterilmiştir (11).

Tablo 2.6. Tedavi Sonrası Hedef Kan Basıncı Değerleri

	Sistolik Kan Basıncı	Diyastolik Kan Basıncı
<60 yaş	<140 mmHg	<90 mmHg
>60 yaş	<150 mmHg	<90 mmHg
>18 yaş+ KBH	<140 mmHg	<90 mmHg
>18 yaş+ DM	<140 mmHg	<90 mmHg

2.6.2. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Yaşam tarzı değişiklikleri başlangıçta ve süregelen takiplerde periyodik olarak hastalara tavsiye edilmelidir (3). Kan basıncı değerleri evre 1'den daha ciddi olmayan anormal kardiyovasküler bulgu ve risk saptanmamış hastalara ilaç tedavisi başlamadan önce 6-12 haftalık yaşam tarzı değişiklikleri önerilerek tedavi düzenlenmelidir (2).

Yaşam tarzı değişikliklerine zayıf yanıt, kardiyovasküler risk ve hastalığa sahip ve tekrar kontrole gelme konusunda sıkıntı olacağı düşünülen hastalara ilaç tedavisi başlamak uygun olacaktır (2).

Yaşam tarzı değişikliklerine uyum, yüksek kan basıncının oluşmasının engellenmesinde ve HT'nin yönetimi konusunda oldukça önemlidir (1). Buna ek olarak diğer kardiyovasküler riskler için de fayda sağlayacaktır (2). Kan basıncı seviyesi ile ilişkili olduğu için bireylerin diyet ve egzersiz alışkanlıkları öğrenilmelidir (3).

Haftanın 4-7 günü günlük aktivitelerine ek olarak yaklaşık 45 dakikalık orta yoğunlukta dinamik egzersiz (yürümek, yüzmek gibi) yapmaları konusunda hastalar cesaretlendirilmelidir (9). Aşırı alkol ve kafeinli içeceklerin alımı sınırlandırılmalı ve sigaranın bırakılması ve tuzun azaltılması konusunda hastalara yardımcı olunmalıdır (3).

Grup çalışmaları şeklinde yapılan, motivasyonel olarak hastalara yardımcı olabilecek, hastaların kendi sağlık bakımlarını ve davranış değişikliklerini yapabileceklerine dair özgüvenlerini destekleyen organizasyonlar hastaların yaşam tarzı değişikliklerine uyumunu artırabilir (3,12).

Yaşam tarzı değişiklikleri kan basıncını düşürmekle birlikte kardiyovasküler riskleri azaltmakta ve antihipertansif ilaçların etkisini arttırmaktadır (1). Yaşam tarzındaki birden fazla değişikliğin bir arada yapılması daha iyi sonuçlar ortaya çıkaracaktır (1,13). Yaşam tarzı değişikliklerinin SKB üzerine etkileri Tablo 2.7'de gösterilmiştir (1).

Tablo 2.7. Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Sistolik Kan Basıncına Etkileri

Yaşam Tarzı Değişikliği	Tavsiye	SKB Üzerine Yaklaşık Etki
Kilo kaybı	Normal kilonun korunması (VKİ: 18.5- 24,9 kg/m ²)	5-20 mmHg/10 kg
DASH diyeti	Meyve ve sebzeden zengin, doymuş yağ oranı azaltılmış, az yağlı gıdalar	8-14 mmHg
Na alımının azaltılması	Günlük 100 mmol Na'yı (2.4 gr Na-6 gr tuz) geçmemelidir.	2-8 mmHg
Fiziksel aktivite	Düzenli aerobik egzersiz (yürüyüş vb.)	4-9 mmHg
Alkol tüketiminin azaltılması	Erkekler 2 içki birimini, kadınlar 1 içki birimini geçmemelidir.	2-4 mmHg

2.6.2.1. Tuz Tüketimi Ve Hasta Eğitimi

Yaşam tarzı değişiklikleri ilaç tedavisi ne olursa olsun tüm hipertansif hastalara önerilmelidir. Yaşam tarzı değişikliklerini uygulamak daha iyi kan basıncı kontrolü sağlaması, olası KVO riskini ve kullanılan antihipertansif ilaç sayısını azaltması nedeniyle bu konuda hastalara önerilerde bulunmak önemlidir. Önerilere rağmen hastaların bu değişikliklere uyum sağlamaları ve özellikle tuz tüketiminin azaltılması konusundaki zorluklar hastaların belli aralıklarla uzun süreli uzman desteğine ihtiyaç duymalarına sebep olmaktadır (14).

Kan basıncındaki artışın KVH riskini arttırdığı ve tuz alımının yüksek kan basıncıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Tuzu azaltmak bulaşıcı olmayan hastalıkların neden olduğu ölümleri ve ülkelerin bütçesi üzerindeki yükü de azaltacaktır (15).

Binlerce yıldır yiyeceklerin korunması amaçlı kullanılan tuzun vücudun ihtiyacının çok çok üzerinde olduğu, bu nedenle geleneksel yeme alışkanlığı ile fazla tuzun alınıyor olması hastalar tarafından farkına varılması gereken bir konudur. Ayrıca hastalara yüksek kan basıncı nedeniyle tüm inmelerde yaklaşık iki-üç kat, koroner arter hastalığı olaylarında da yaklaşık iki kat artış olduğu söylenmeli ve kan basıncının düşmesi ile bu olayların engellenebileceği vurgulanmalıdır (14).

Özellikle de tuz tüketimini azaltmanın kan basıncını düşürücü etkisi ile koruyucu bir yol olduğu belirtilmelidir. Hastalara tuzu azaltmanın sadece kan basıncını düşürmediği buna ek olarak KVO'yu azalttığı ve hedef organ hasarını engellediği söylenmelidir (14).

Tuzu azaltmanın yolları sağlıklı besinlere ulaşımının kolaylaştırılması, işlenmiş gıdaların tuz içeriklerinin azaltılması ve tüketici eğitim ve farkındalığının artırılması ile olacaktır (16).

Tuzu azaltmanın etkileri uzun dönemde ortaya çıkmakta ve bu nedenle daha iyi bir etki için hastaların tuz tüketimindeki değişikliğe erken dönemde başlamaları hatta çocukluk döneminde bu alışkanlığın kazandırılması daha büyük faydalar sağlayacaktır (14,17).

Diyetteki tuzun orta seviyede uzun süreli azaltılması kan basıncındaki düşüşü sağlamanın yanında idrardaki albümini azaltarak hedef organ hasarı olan böbrek yetmezliği gelişimini de azaltmaktadır (18). İdrarla albümin atılımının bazı çalışmalarda diyetdeki tuz alımı ilişkili bulunmuş olması ve albümin atılımının KVO ile ilişkili olduğunun düşünülmesi diyetdeki tuzun önemi konusundaki düşünceleri daha da arttırmıştır (18,19).

KVO riskini gösteren sol ventrikül hipertrofinin öngörülmesinde kullanılan nabız basıncı arteryel sertlik ile ilişkilidir. Arteryel sertliğin göstergesi olarak da nabız dalga hızı kullanılmaktadır (18). Yapılan çalışmalarda tuz tüketiminin azaltılması ile arteryel kompliyansın arttığı ve nabız dalga hızının azaldığı görülmüştür (18,20). Ayrıca artmış tuz alımı ile kalsiyum dengesinde değişiklikler olduğu kemikten kalsiyum kaybına neden olarak osteoporozu tetiklediği gösterilmiştir (18).

Dünya genelinin dörtte birinden fazlasını etkileyen bulaşıcı olmayan hastalıklardan olan HT en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte ve erken tanı ve tedavisinin yapılmaması halinde KVO, böbrek yetmezliği, inme ve erken ölümlere sebep olmaktadır. Yapılacak olan müdahaleler ile hastaların kan basınçları kontrol altına alınarak komplikasyonlar önlenecek ve yaşam kalitelerinde artış sağlanacaktır (21).

Hasta eğitimleri ile hastaların hastalıkla ilgili bilgi düzeylerinin artırılması, ilaç uyumunun sağlanması ve yaşam tarzı değişiklikleri ile HT'nin yönetiminde ilerleme sağlanacaktır (21). Hastaların daha iyi sağlık kontrollerini yapabilmeleri için öncelikli olarak bilgiye ve eğitime ulaşımının kolaylaştırılması sağlanarak hastalıklarının yönetimine dahil edilmeleri gerekmektedir (22,23).

Hasta eğitimi üzerine yapılan bir çalışmada bireysel ya da grup şeklinde eğitim programlarının HT bilgisi, ilaç uyumu, tuz tüketimi ve yaşam tarzı değişiklikleri üzerine olan katkısı gösterilmiştir. Hastalıkla ilişkili bilginin artırılmasına yönelik eğitim müdahalelerinin kişilerin hastalıklarını daha iyi anlamalarına, sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine ve ilaca uyumun sağlanmasında etkili olduğu gösterilmiştir (21).

ACC/AHA'ya göre tüketilmesi tavsiye edilen Na (sodyum) miktarı Afroamerikalılarda, 51 yaş üstündekilerde, HT, DM ve KBH'ya sahip insanlarda 1,5 gr'den fazla olmamalı ve diğer tüm yetişkinlerde 2,3 gr'yi aşmamalıdır. Bu tavsiyenin temel sebebi ise aşırı tuz alımı ile yüksek kan basıncı, KVO ve inme arasındaki ilişkinin güçlü kanıtlara dayanıyor olmasıdır (24).

Hem hipertansif hem de prehipertansif olan yüksek kan basınçlı kişilerde Na alımının azaltılması KVO ve inme olaylarına bağlı morbidite ve mortalitenin azalmasına sebep olacaktır (24).

Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar göstermiş ki yüksek Na alımı kan basıncından bağımsız olarak albümin atılımının artması, glomerüler hasar, oksidatif stres, renal arter hasarı, intersitisyel fibrozis gibi sonuçlar doğurmuştur. Ayrıca aşırı tuz tüketimi ve az potasyumlu diyet alışkanlıklarına sahip klinik olarak normal kan

basıncılı genç sağlıklı erişkinlerin sol ventrikül duvar kalınlığında artış gösterilmiştir (24).

Amerika'da prospektif olarak 10 yıl boyunca değerlendirilen 2.657 erişkin bireyin Na alımı 4 gr üzerinde olanların 1,5 gr altında olan bireylere göre inme riski her 0,5 gr'lık yükseklik için %17 artış göstermektedir (25).

Japonya'da yapılan bir çalışmada tuz alımı, ortalama kan basıncı ve inmeden ölüm olayları arasındaki ilişki incelenmiş ve tuz tüketimi ile inmeden ölüm olayları arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır. Aynı çalışmada ortalama kan basıncı ile inme mortalitesi arasında ilişki saptanamaması tuz alımının kan basıncından bağımsız olarak inme olaylarına bağlı mortaliteyi artırdığı sonucuna ulaştırmıştır (26).

Yapılan diğer bir çalışmada ise Na atılımı ile KVO riski arasındaki ilişkinin j-şekilli olduğu öne sürülmüştür. Yani, günlük Na atılımının bazalde 4 gr ile 5,99 gr aralığına göre kıyaslandığında 7 gr'den fazla olması ve 3 gr'den az olması artmış KVO riski ile ilişkilendirilmiştir (27).

Amerika'daki 12.267 erişkinin 14,8 yıl takibi sonucunda yüksek Na alımının tüm nedenlere bağlı ölümlerle ve yüksek Na-K oranının ise artmış KVO riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (28).

2.6.3. Farmakolojik Tedavi

İlaç seçimi ve hedef kan basıncının belirlenebilmesi için hastaların risk faktörlerinin ve diğer hastalıklarının sorgulanması önemlidir (2).

Kan basıncı evre 1 HT seviyesinde olan 80 yaş altında hedef organ hasarı mevcut, KVH, DM, böbrek hastalığına sahip ve 10 yıllık kardiyovasküler risk %20 ve üzerinde ise bu hastalara ilaç başlamak uygundur (3).

SKB 160 mmHg ve üzeri, DKB 100 mmHg ve üzeri olan hastalara hedef organ hasarı ve KVS risk faktörleri olmasa da ilaç tedavisi başlanmalıdır (3,9). SKB 140 mmHg ve üstü, DKB 90 mmHg ve üstü olan hastalar hedef organ hasarına veya kardiyovasküler risklere sahipse ilaç başlamak uygun olacaktır. 80 yaş ve üstü

hastaların hedef organ hasarı ve DM'si yoksa SKB 160 mmHg ve üzeri olduğunda tedavi başlanabilir (9).

Başlangıç tedavisi için Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü (ACE-i) veya Anjiotensin Reseptör Blokörü (ARB) tercih edilebilir. Hasta tolere edebiliyorsa ACE-i ilk tercih için uygun olabilir. Buna rağmen kontrol altına alınamayan hastalar için 55 yaş üstü ve siyahi ise Kalsiyum Kanal Blokeri (KKB) başlanabilir. Ancak kalp yetmezliğine ait bulgular veya riskler varsa ve bazı yan etkilerden dolayı KKB'ler kullanılmayacaksa diğer bir seçenek olarak tiazid benzeri diüretikler önerilmektedir. Üçüncü aşama olarak bu ilaçların kombinasyonu uygun olacaktır (3).

Tüm bunlara rağmen yüksek seyreden kan basınçları yani dirençli hipertansiyon olarak değerlendirdiğimiz vakalar daha ileri düzey diüretik tedavisi gerektirdiğinden hastanın kan Potasyum (K) seviyesi 4,5 ve altında ise düşük doz spironolakton kullanılabilir. Bu tedavi sırasında özellikle GFR'si azalmış hastalarda hiperkalemi açısından dikkatli olunmalıdır (3).

Tiazid benzeri diüretik, ACE-i ve KKB'nin karşılaştırıldığı 40.000'den fazla hipertansif bireyi içeren ALLHAT çalışmasında KVH gelişimi ve mortalite açısından üç ilaç arasında fark gösterilememiştir. JNC-7, diğer ilaçları tercih etmek için özel durumlar yoksa öncelikli olarak tiazid benzeri diüretiklerin düşük dozda başlanmasını önermektedir (1).

SKB 20 mmHg veya DKB 10 mmHg hedef değerlerin üzerinde ise iki ilaçla ya da kombine tedavi ile başlamak uygun olacaktır (1,9). Çalışmalar hastaların üçte ikisinden fazlasının kombine tedavi ile hedef kan basıncı değerlerine ulaştığını göstermekte olup aylık takipler sırasında kontrol altına alınamayan kan basınçlarında vakit kaybetmeksizin diğer ajanlar tedaviye eklenmelidir (1).

Yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisinin düzenlenmesi sırasında beyaz önlük HT'si düşünülen hastaların ABPM veya evde kan basıncı ölçümü (HBPM) ile tanıları gözden geçirilmelidir (3).

60 yaş üstünde ilk tercihte AB (alfa bloker) ve BB (beta bloker)'nin kullanılması önerilmemektedir (9). Bazı özel durumlarda tercih edilecek antihipertansif ajanlar Tablo 2.8'de gösterilmiştir (9).

Tablo 2.8. Özel Durumlarda Tercih Edilecek Antihipertansif Ajanlar

Ek hastalık	Başlangıç tedavisi	Ek öneri
DM (+) mikroalbüminüri, böbrek hastalığı, KVH, KV riskler	ACE-i/ARB	
Üstteki riskleri bulundurmeyen DM	ACE-i/ARB/Dihidropiridin KKB/Tiazid benzeri diüretikler	
KAH	ACE-i/ARB KKB-BB (stabil anjinada)	Kısa etkili Nifedipin'den kaçınılmalıdır.
Yakın zamanlı MI	BB ve ACE-i (tolere edilemezse ARB)	Kalp yetmezliği eklenmişse nondihidropiridin KKB kullanılmamalıdır.
Kalp yetmezliği	BB ve ACE-i (tolere edilemezse ARB)	Aldosteron antagonisti eklenmesi halinde hiperkalemi açısından dikkat edilmelidir.
Sol ventrikül hipertrofisi	ACE-i/ARB/Uzun etkili KKB/Tiazid diüretik/Tiazid benzeri diüretik	
Geçirilmiş inme-TIA	ACE-i/Tiazid diüretik/Tiazid benzeri diüretik	
Nondiyabetik KBH (proteinüri varsa)	ACE-i (tolere edilemezse ARB)	Böbrek fonksiyonları ve K yakın takip edilmelidir.
Renovasküler hastalık	Önerilen başlangıç tedavisi yok	
Periferik arter hastalığı	Önerilen başlangıç tedavisi yok	Ciddi hastalıkta BB'den kaçınılmalıdır.
Dislipidemi	Önerilen başlangıç tedavisi yok	

2.6.3.1. İskemik Kalp Hastalığı

Hipertansif hastalarda sol ventrikül hipertrofisi ve sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonuna artmış direnç gelişmesi nedeni miyokardın oksijen ihtiyacı artmaktadır (1).

Stabil anjina ve sessiz iskemide tedavi ile amaçlanan MI (miyokart infarktüsü)'yi önlemek ve anjina semptomlarını azaltmaktır. Kontraendike bir durum yoksa ilk olarak BB tercih edilir. BB'ler kalp hızını, atriyoventriküler iletiyi ve kardiyak outputu azaltarak miyokardın oksijen ihtiyacını azaltırlar. Ayrıca anjina semptomlarını ve mortaliteyi de azaltırlar (1).

BB'ye rağmen kan basıncı kontrol altına alınamıyor, anjina semptomları geçmiyor veya ciddi havayolu hastalıkları, periferik arter hastalığı, yüksek derece atriyoventriküler blok ya da hasta sinüs sendromu gibi BB'ler için kontraendike durumlar varsa uzun etkili dihidropiridin grubu veya nondihidropiridin grubu KKB'ler tercih edilir (1).

Kısa etkili dihidropiridin KKB'ler mortaliteyi arttırmaları nedeniyle kullanılmamalıdır (1).

2.6.3.2. Kalp Yetmezliği

Sol ventrikül disfonksiyonu ve KAH'ya bağlı olarak gelişen kalp yetmezliğinin tedavisinde, ACC/AHA'ya göre kalp yetmezliği evrelemesi ve kan basıncı kontrolünde önerilen antihipertansif ajanlar Tablo 2.9'da gösterilmektedir (1).

Tablo 2.9. Kalp Yetmezliği Seviyesine Göre Antihipertansif Ajan Kullanımı

EVRE A	Aseptomatik Kalp hasarı yok Risk faktörü var (HT vb.)	ACE-i
EVRE B	Aseptomatik Kalp hasarı veya sol ventrikül disfonksiyonu var	ACE-i/BB
EVRE C	Semptomatik Sol ventrikül disfonksiyonu var	ACE-i/BB Aldosteron antagonisti
EVRE D	Refrakter ve son dönem kalp yetmezliği var	ACE-i/BB Aldosteron antagonisti Loop diüretik (aşıırı kullanımında kreatinin yüksekliğine dikkat!)

2.6.3.3. Diyabet ve Hipertansiyon

Klinik alışmalar hem tip 1 hem de tip 2 diyabette diüretik, ACE-i, ARB, BB ve KKB'lerin yararlı olduğunu göstermiştir (1).

Tiazid benzeri diüretiklerin KAH ve MI olaylarında azalma sağlamasının ACE-i ve KKB ile benzer bulunmuş olması bu ajanları öncelikli olarak kullanma fikrini oluşturmuştur. Bozulmuş glisemiye eğilimin az oranda olması ve diğer ajanlara göre KVO'da artış olmaması kullanım açısından değerlendirilmelidir (1).

American Diabetes Association (ADA), KVH riski yüksek olan 55 yaşın üzerindeki bireylerde öncelikli olarak ACE-i'leri kullanmayı tavsiye etmektedir. GFR'deki bozulmayı ve albminrideki artışı azalttığı için ACE-i ve ARB'ler önerilmektedir.

2.7. SAĞLIK OKURYAZARLIĞI

Dünya sağlık örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık okuryazarlığı bilişsel ve sosyal yönü olan, bireylerin sağlıklarını korumalarını ve bunu yaparken bilgiyi kullanabilme ve anlayabilme yeteneklerinin tamamını kapsar (29).

Diğer bir tanımlamayla kişilerin sağlık ile ilişkili bilgiyle, hizmetle meşgul olabilme yeteneğidir. Bütün olarak ele alındığında kişilerin eğitim seviyeleri, sosyal durumları, kültürleri, karakterleri, psikolojik durumları ve hastalıkla ilgili tecrübelerinin tamamı sağlık okuryazarlığına etki eder. Ayrıca bunlara ek olarak sağlık hizmetlerinin durumu önemli bir etken olarak düşünülebilir (30).

Baker modeline göre ise sağlık okuryazarlığının parçalarından birini bireysel kapasite oluşturmaktadır. Kişilerin okuma ve kavrama becerileri, sağlıkla ilgili kelime bilgileri bu bileşenin içindedir. Buna ek olarak bireylerin sağlıkla ilgili okuma ve sağlık sistemiyle iletişime geçebilme becerileri de yer almaktadır (29).

Sağlık okuryazarlığının temel, birbirini etkileyen ve eleştirel olmak üzere üç tipi vardır. İlki basit düzeyde okuryazar olma becerisi, ikincisi bilgiyi alıp yorumlayabilme, son olarak en üst düzey olan eleştirel sağlık okuryazarlığı ki bilgiye eleştirel gözle bakabilme yeteneğidir (30).

Düşük sağlık okuryazarlığı; kronik hastalıkla ilgili düşük bilgi, yüksek hastane yatış oranları, hasta tarafından sağlığını rapor etmede zayıflık, koruyucu sağlık yöntemlerini kullanmayı azaltma gibi durumlarla ilişkili bulunmuştur (29).

Yüksek sağlık okuryazarlığı hastalığı yönetme becerisi ve hastaların yaşam kalitesi üzerine olumlu etkiler sağlamaktadır (31).

3. ARAŞTIRMA METOT

3.1. ÇALIŞMA DİZAYNI

Araştırmamız kesitsel, tanımlayıcı özellikleri de olan vaka-serisi çalışmasıdır. Çalışma Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi'nden alınan etik kurul kararı ile Şubat 2018 ve Mayıs 2018 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniğinde yürütülmüştür. Çalışmaya %90 güven aralığı %10 hata payı ile 271 katılımcı dahil edilmiştir.

3.1.1. Katılımcılar

Çalışmamıza daha önce herhangi bir doktor tarafından HT tanısı konulan ve antihipertansif tedavi altında olan 18 yaş üstü her iki cinsiyetten tüm bireyler dâhil edilmiştir. Kognitif bozukluk, siroz, kalp yetmezliği ve gebelik durumu olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.1.2. Antropometrik Ölçümler

Hastaların boyları cm cinsinden ve vücut ağırlıkları kg cinsinden yazılmış ve VKİ değeri kg/m^2 olarak hesaplanmıştır. VKİ değerleri DSÖ'nün sınıflandırmasına dayanılarak; 30 kg/m^2 ve üzeri obez, $25\text{-}30 \text{ kg/m}^2$ arası fazla kilolu (preobez), $18,5\text{-}25 \text{ kg/m}^2$ arası normal, $18,5 \text{ kg/m}^2$ nin altı zayıf olmak üzere dört gruba ayrılmıştır (25 kg/m^2 olanlar fazla kilolu grubuna dâhil edilmiştir). Bel çevresi iliak kemiklerin üst kısmı ile en alt kaburganın altı arasında kalan orta noktadan, hasta ayakta pozisyonda iken esnemez mezura ile ölçülmüştür.

3.1.3. Sosyodemografik Özellikler

Eğitim durumu; okuma-yazma bilmeyen ve bilen, ilkokul, ortaokul mezunu, lise ve yüksekokul mezunu olmak üzere altı gruba ayrılmıştır.

Medeni durum; evli, bekâr ve dul olarak gruplandırılmıştır.

Sigara kullanımı; şu an kullanan, bırakmış olan ve hiç kullanmamış şeklinde gruplandırılmıştır.

Alkol tüketimi; hiç alkol almamış olanlar, daha önceden kullanmış ancak şu an kullanmayanlar, düzenli kullananlar ve özel günlerde nadir olarak kullananlar şeklinde dört grup olarak sınıflandırılmıştır.

Meslek açısından sınıflandırma; ev hanımı, düzenli maaşlı çalışan, düzenli maaş olmayan (kendi işi olan) ve emekli olmak üzere dört sınıfa ayrılmıştır.

HT süresi yıl üzerinden hesaplanmış olup, bir yılın altında olanlar bir yıl olarak kabul edilmiştir.

Kardiyovasküler risk değerlendirmesi açısından ailede erken ölüm öyküsü sorgulanmıştır.

Kontrolsüz HT için uyarıcı olabileceği düşünülerek son bir yıl içerisinde acile başvuruları olup olmadığı sorulmuştur.

Sahip oldukları diğer hastalıklar ve geçirmiş oldukları ameliyatlar sorulmuştur.

HT ve diğer hastalıklar için kullanılan ilaçlar kaydedilmiştir.

3.1.4. Kan Basıncı Ölçümleri

Kan basıncı ölçümleri ev ölçümleri ortalaması ve ofis kan basıncı ölçümlerinin ortalamasının alınması ile belirlenmiştir.

Ev ölçüm ortalaması en az beş günlük sabah akşam kan basınç takiplerinin sonucu ortaya çıkmıştır. Hastane ortamında yapılan ölçümler standart protokollere uygun olarak hastanın öncesinde en az beş dakika dinlenmiş olmasına ve ölçüm pozisyonunun uygun şekilde sağlanmasına özen gösterilerek kalibre edilmiş cihaz ile manuel olarak koldan ölçülerek yapılmıştır.

Ortalama SKB 140 mmHg ve üzerinde ve/veya ortalama DKB 90 mmHg ve üzerinde olanlar kontrolsüz HT olarak değerlendirilmiştir.

Hastaların end organ hasarı hasta tarafından verilen sözel bilgiye dayanılarak not edilmiştir. Kardiyovasküler hasar, hastaların kalp krizi geçirmiş olma ya da perkutan koroner girişim yapılmış olması durumunda pozitif olarak kabul edilmiştir. Serebrovasküler hasar; iskemik veya hemorajik inme öyküsü olanlarda pozitif olarak

değerlendirilmiştir. Nefropati ve retinopati hastaların verdikleri bilgi dahilinde değerlendirilmiş, nöropati ve periferik arter hastalığına yönelik semptom tarifleyen hastalar pozitif yönde değerlendirmeye alınmıştır.

3.1.5. Anket Değerlendirmesi

Hastalarla yüz yüze görüşme şeklinde, çoktan seçmeli soruların da olduğu anket değerlendirilmesi yapılmıştır.

Ankette hastalara HT tanımı, tedavi süresi ve HT hastalığına bağlı ortaya çıkabilecek sorunlar sorularak HT hastalığı konusunda bilgileri değerlendirilmiştir.

Ne kadar sıklıkta doktor kontrolüne gittikleri, ilaç uyumu, evde tansiyon aleti olup olmadığı ve ölçüm öncesi dinlenme süreleri, kan basınçlarını yükseltebilecek ilaçlar ve ilaç dışı faydalı olabilecek davranış değişiklikleri sorularak hastalıklarını yönetme konusundaki yeterlilikleri ölçülmeye çalışılmıştır.

Sağlıklı yaşam için ve HT için de önemli olan düzenli yürüyüş yapıp yapmadıkları sorularak yaşam tarzı değişikliklerine uyumları değerlendirilmiştir.

Bunlara ek olarak çoktan seçmeli bir soru ile ilaç uyumu konusunda zorluk oluşturan nedenler ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Toplam almaları gereken tuz miktarının ölçüsü ve tuz tüketimini azaltmanın kalp krizi ve inme ile ilişkisi sorularak tuz tüketimi konusundaki bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir.

Hazır gıdaların tuz içeriklerinin kontrolü, yemeğin yapılma sırasında tuz katılıp katılmadığı ve yemek masalarında tuzluk bulundurma alışkanlıkları sorularak diyetteki tuz miktarına etkisinin yüksek olduğu bilinen davranışları incelenmiştir.

Ayrıca ülkemizde çok tüketilen ve tuz içeriği yüksek olan konserve-turşu türü gıda ve ana besin kaynağımız olan ekmek tüketimindeki alışkanlıklar sorgulanmıştır.

3.1.6. Toplam Bilgi Puanı

Anketimizde bulunan HT bilgi düzeyini ölçmeye yardımcı 8 sorunun her doğru şıkkı için birer puan verilmiştir.

En düşük 0 en fazla 20 puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

3.1.7. Toplam Tuz Tüketim Puanı

Tuz tüketim alışkanlığını sorgulayan beş soru ve şıklarına tuz tüketim miktarını hesaplamak amacıyla puan verilmiştir. Yemek yapılırken tuz katmak, hazır gıda tuz içeriğini kontrol etmemek birer puan, sofrada mutlaka tuz bulunduranlara iki puan, turşu ve ekmek tüketimleri ise sırasıyla haftalık ve günlük tüketim miktarına göre puanlandırılmıştır.

En düşük 0 en fazla 10 puan üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

3.1.8. Tuz Bilgisi

Toplam alınması gereken tuz miktarı ve tuzu azaltmanın kalp krizi ve inmeye engel olacağı bilgisi sorularak değerlendirilmiştir.

3.1.9. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirme için elde edilen veriler IBM SPSS Statistics 22 programına aktarıldı. Sürekli değişkenler (sosyodemografik özellikler vb.) normal dağılıma bağlı olarak ortalama ve standart sapma ile gösterildi. Kategorik değişkenlerin arasında bağımlılık incelenirken Pearson ki-kare ve Fisher's exact testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak belirlendi.

4. BULGULAR

Araştırmamızda %56,1'i (n=152) kadın ve %43,9'u (n=119) erkek olmak üzere 271 hasta incelenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $58,8 \pm 10,7$ (min=19, maks=86) olarak bulunmuştur.

Çalışma grubumuzun %4,6'sı (n=12) bekâr, %81,2'si (n=211) evli ve %14,2'si (n=37) dul bireylerden oluşmaktadır. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de yer almaktadır.

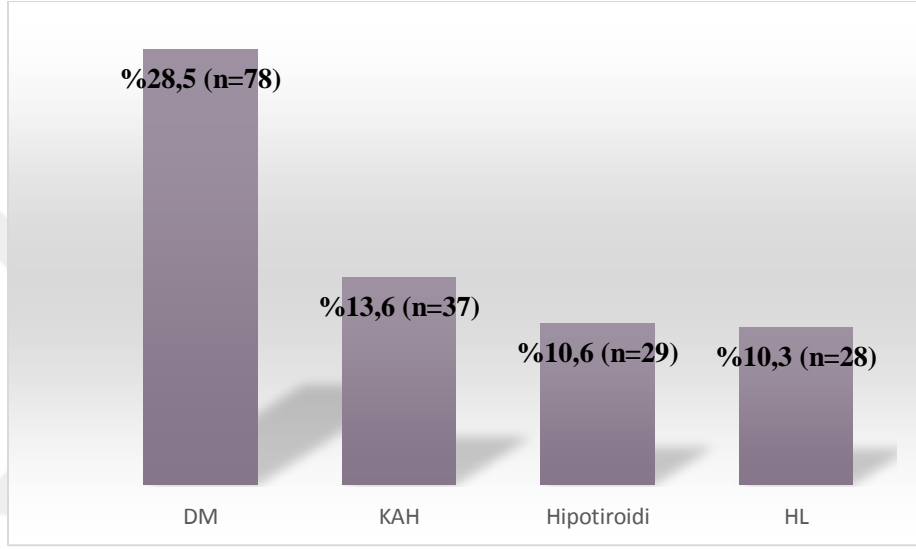
Tablo 4.1. Sosyodemografik Özellikler

Sosyodemografik Özellikler (n=271)		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	119	43,9
	Kadın	152	56,1
Medeni Durum	Evli	211	81,2
	Bekâr	12	4,6
	Dul	37	14,2
Meslek	Ev hanımı	102	40,5
	Düzenli maaşlı	70	27,8
	Kendi işi olan	35	13,9
	Emekli	45	17,9
Eğitim Düzeyi	Okuma yazma bilmeyen	19	7
	Okuma yazma bilen	14	5,2
	İlkokul mezunu	103	38,1
	Ortaokul mezunu	20	7,4
	Lise mezunu	49	18,1
	Yüksekokul mezunu	65	24,1
Sigara	Şu an kullanan	41	15,2
	Hiç içmemiş	155	57,4
	Bırakmış	74	27,4
Alkol	Düzenli alanlar	9	3,4
	Hiç içmemiş	223	83,2
	Bırakmış	26	9,7
	Özel günlerde	10	3,7

Katılımcıların boy ortalamasının $1,64 \pm 0,08$ m (min=1,40, maks=1,90), vücut ağırlıkları ortalamasının $81,8 \pm 13,1$ kg (min=50, maks=120) olduğu tespit edildi. VKİ

değerlerinin ortalaması $30,2 \pm 4,5$ kg/m^2 (min=16,1, maks=43,7) idi. Bel çevrelerinin ortanca değeri 104 cm bulunmuştur (ÇAG=16; min=60, maks=138).

HT hastalığına ek olarak diğer komorbid durumlara baktığımızda; %39,0'ında ek hastalık bulunmamakta, %32,4'ünde bir tane ek hastalık, %19,1'inde iki tane ek hastalık, %7,4'ünde üç tane ek hastalık, %2,2'sinde dört ve daha fazla ek hastalık bulunmaktadır. Hastalarda en sık görülen komorbid hastalıklar Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Hastalarda En Sık Görülen Komorbid Hastalıklar

Ameliyat sayılarına baktığımızda; %76,8'inin herhangi bir sebeple ameliyat olmadığı, %18,0'ının bir kere ameliyat olduğu, %5,1'inin iki ve daha fazla ameliyat olduğu görülmüştür.

HT için kullanılan ilaç sayısına bakıldığında; %26,1'i (n=66) bir ilaç, %50,6'sı (n=128) iki ilaç, %18,2'si (n=46) üç ilaç, %5,1'i (n=13) dört ve daha fazla ilaç kullanmaktadır. HT için kullanılan ilaç sayısının ortanca değeri 2,00'dir (ÇAG=1; min=1, maks=5); kullandıkları toplam ilaç sayısının ortanca değeri ise 3'tür (ÇAG=3; min=1, maks=10). Katılımcıların kullandıkları antihipertansif ilaçlar Tablo 4.2'de yer almaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların Kullandıkları Antihipertansif İlaçlar

Antihipertansif İlaçlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Diüretik	149	54,6
ARB	133	48,8
KKB	94	34,5
ACE-i	78	28,5
BB	60	16,2
AB	4	1,5
Aldosteron Antagonisti	2	0,8

Katılımcıların HT süresinin ortanca değeri 10,00 yıl (ÇAG=11; min=1, maks=50) bulunmuştur.

Ortalama SKB 131,7±16,9 mmHg (min=90, maks=187) bulunmuştur. Ortalama DKB 80,1±10,2 mmHg (min=50, maks=120) bulunmuştur.

Hastaların %66,5'inin (n=127) ortalama SKB'si 140 mmHg'nin altında, %76,4'ünün (n=146) ortalama DKB'si ise 90 mmHg'nin altında bulunmuştur. Hastaların %59,7'sinin (n=114) kan basınçları kontrol altındadır (<140/90 mmHg).

Ailede 50 yaş altında KVH'ya bağlı erken ölüm varlığı sorgulandığında; %17,3'ünde (n=43) bu durumun varlığı görülmüş olup, %82,7'sinde (n=206) erken ölüm öyküsüne rastlanmamıştır.

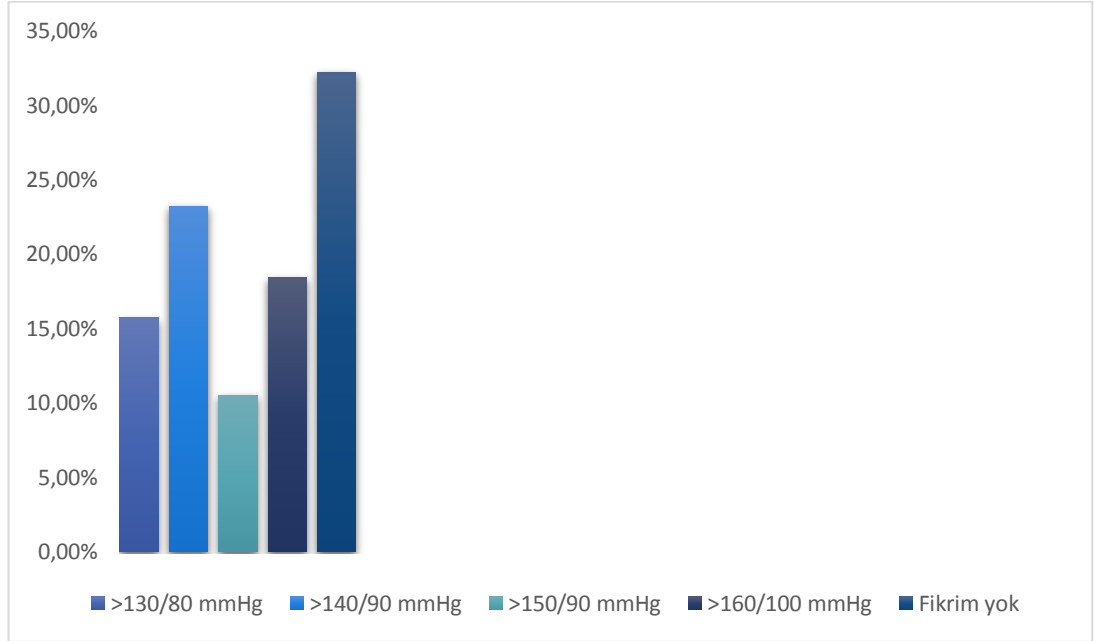
Son bir yılda acile başvuru oranlarına baktığımızda; %18,2'si (n=42) yüksek tansiyon nedenli acile gittiğini, %81,8'i (n=189) ise acile başvurmadığını belirtmiştir.

HT'ye bağlı end organ hasarı değerlendirildiğinde; KVO %15'inde (n=35), serebrovasküler olay (SVO) %4,3'ünde (n=10), nefropati %5,7'sinde (n=13), retinopati %5,4'ünde (n=12), nöropati %22,2'sinde (n=48) ve periferik arter hastalığı %16,7'sinde (n=36) görülmüştür.

Tablo 4.3. HT'ye Bağlı End Organ Hasarı

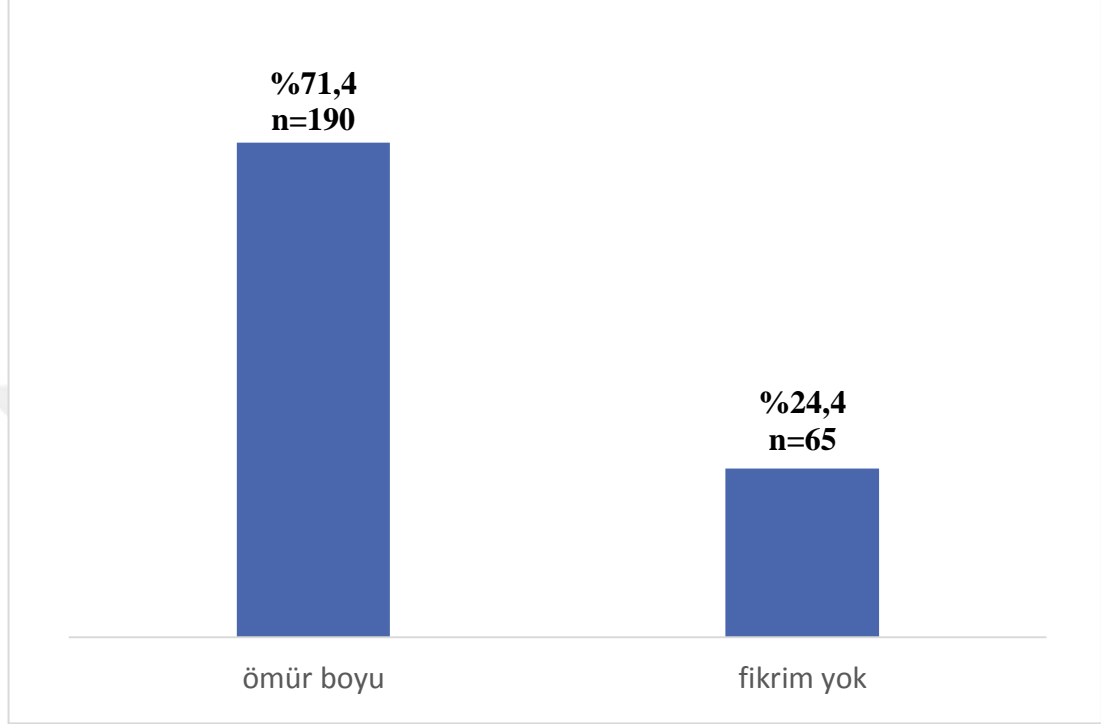
		Sayı (n)	Yüzde (%)
HT'ye Bağlı End Organ Hasarı	KVO	35	15
	SVO	10	4,3
	Nefropati	13	5,7
	Retinopati	12	5,4
	Nöropati	48	22,2
	Periferik arter hastalığı	36	16,7

HT'nin tanımı sayısal olarak sorulduğunda; hastaların %15,7'si (n=42) 130/80 mmHg'nin üzerine, %23,2'si (n=62) 140/90 mmHg üzerine, %10,5'i (n=28) 150/90 mmHg ve %18,4'ü (n=49) 160/100 mmHg üzerine yüksek tansiyon demiştir. Çalışma grubumuzun %32,2'sinin (n=86) bu konu hakkında fikirleri olmadığı tespit edilmiştir. HT tanımına verilen yanıtlar Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. HT Tanımına Verilen Yanıtlar

HT hastalığının tedavisinin ne kadar süreceği sorulduğunda; %71,4'ü (n=190) ömür boyu süreceğini, %24,4'ü (n=65) ise fikrinin olmadığını belirtmiştir. HT tedavi süresi sorusuna verilen yanıtlar Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3. HT Tedavi Süresi Sorusuna Verilen Yanıtlar

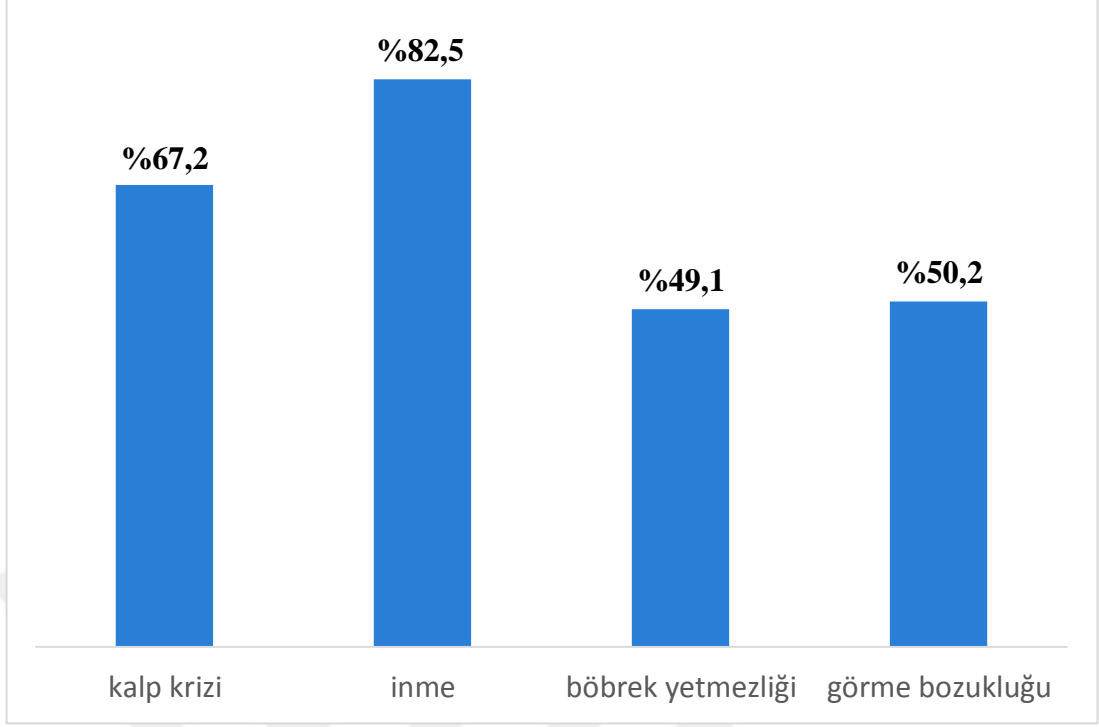
Tansiyon ölçüm öncesi dinlenme süreleri sorulduğunda; hastaların %10,8'i (n=29) dinlenmeden ölçtüğünü, %57,6'sı (n=155) 5-10 dk. dinlendiğini, %23,8'i (n=64) 15-20 dk. dinlendiğini ve %7,8'i (n=21) tansiyonunu ölçmediğini belirtmiştir.

Kan basıncında yükselmeye sebep olabilecek ilaçlar sorulduğunda; hastaların %59,7'si (n=160) bu konu hakkında fikirleri olmadığını belirtmişlerdir. Kan basıncını yükselten ilaçlar sorusuna verilen yanıtlar Tablo 4.4'te yer almaktadır.

Tablo 4.4. Kan Basıncını Yükselten İlaçlar Sorusuna Verilen Yanıtlar

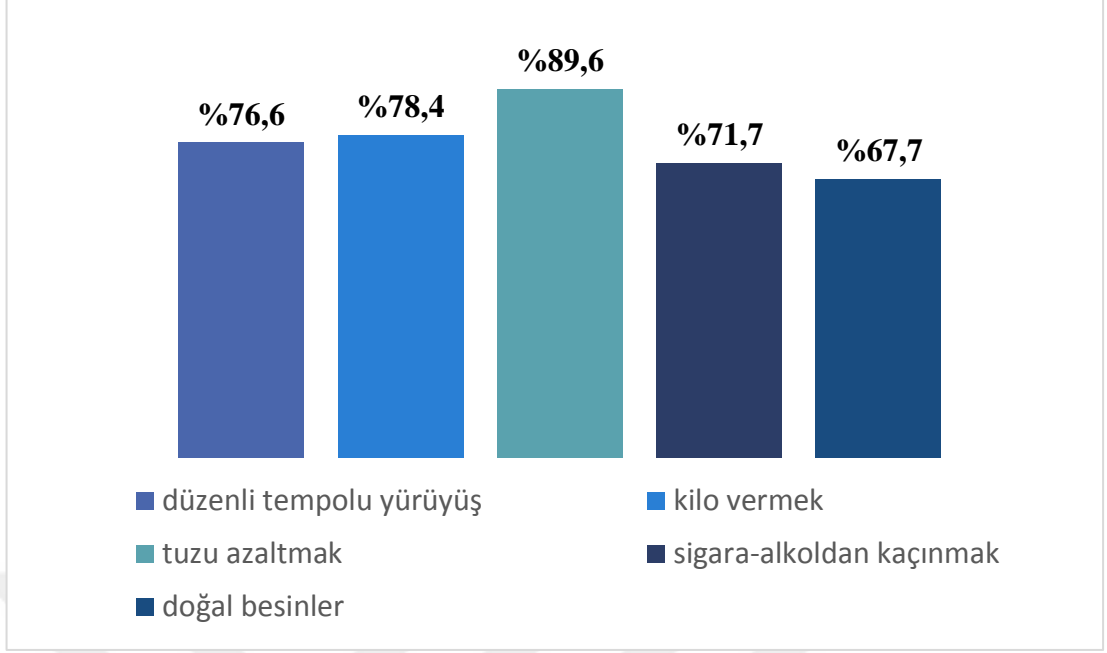
Kan Basıncını Yükselten İlaçlar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Fikrim Yok	160	59,7
Burun Spreyleri	55	20,5
Soğuk Algınlığı İlaçları	36	13,4
NSAİİ	33	12,3
DM İlaçları	24	9
Kortizon	17	6,3
OKS	13	4,9

HT tedavi edilmediği takdirde hangi sonuçlar ortaya çıkabilir sorusuna ise hastaların %91,4'ünün (n=246) yorum yapabildiği görülmüştür. %67,2'si (n=180) kalp krizine, %82,5'i (n=222) inmeye, %49,1'i (n=132) böbrek yetmezliğine ve %50,2'si (n=135) görme bozukluğuna yol açacağını söylemiştir. "HT tedavi edilmezse ne olur?" sorusuna katılımcıların verdiği yanıtlar Şekil 4'te yer almaktadır.



Şekil 4. “HT Tedavi Edilmezse Ne Olur?” Sorusuna Katılımcıların Verdiği Yanıtlar

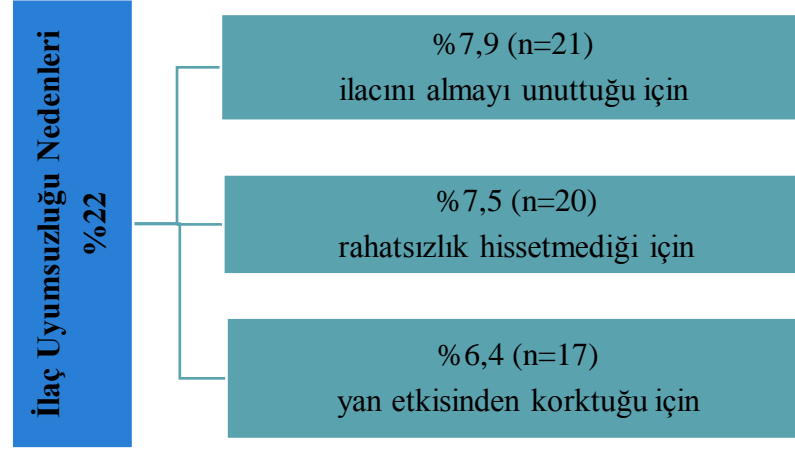
HT için faydalı olabilecek yaşam tarzı değişiklikleri sorulduğunda; hastaların %76,6’sı (n=206) düzenli tempolu yürüyüşün, %89,6’sı (n=241) tuzu azaltmanın, %78,4’ü (n=211) kilo vermenin, %71,7’si (n=193) sigara ve alkolden kaçınmanın ve %67,7’si (n=182) doğal besinlerin faydalı olacağı fikrine sahiptir. Katılımcıların HT için faydalı olabilecek yaşam tarzı değişiklikleri sorusuna verdikleri yanıtlar Şekil 5’te gösterilmiştir.



Şekil 5. Katılımcıların HT İçin Faydalı Olabilecek Yaşam Tarzı Değişiklikleri Sorusuna Verdikleri Yanıtlar

Herhangi bir zamanda kan basınçlarının düzene girmesi için düzenli yürüyüş yapıp yapmadıkları sorulduğunda ise %58,1'i (n=155) evet cevabını vermiştir.

İlaç uyumu değerlendirildiğinde katılımcıların %78'inin (n=209) doktor tavsiyesi olmadan antihipertansif ilaçlarını bırakmadığı tespit edilmiştir. Doktora danışmadan ilaçlarını bırakan %22 (n=58) oranında hastanın ilaç uyumsuzluk nedenleri Şekil 6'da yer almaktadır.

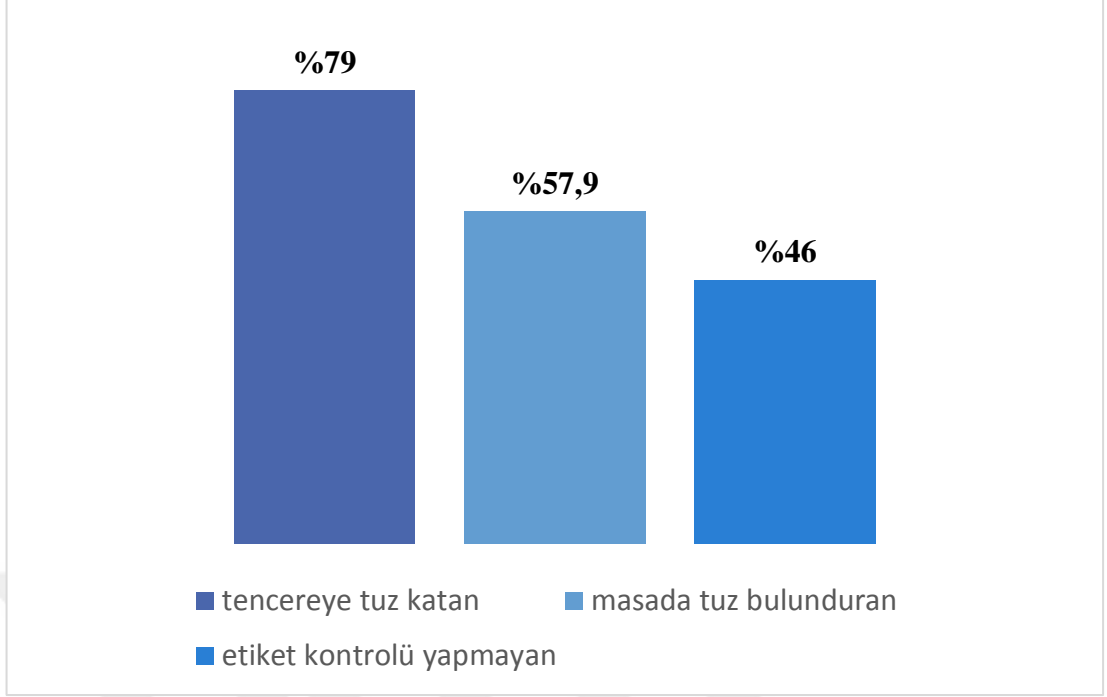


Şekil 6. Katılımcıların Antihipertansif İlaçlara Uyumsuzluk Nedenleri

HT hastalığı nedeniyle kontrollere gitme sıklığı sorulduğunda; hastaların %43,6'sının (n=115) üç ayda bir ilaç yazdırmak, %14,4'ünün (n=38) altı ayda bir ve %34,1'inin (n=90) yılda bir rapor yenilemek için, %5,7'sinin (n=15) ise tansiyonları yükseldikçe doktora başvurduğu tespit edilmiştir.

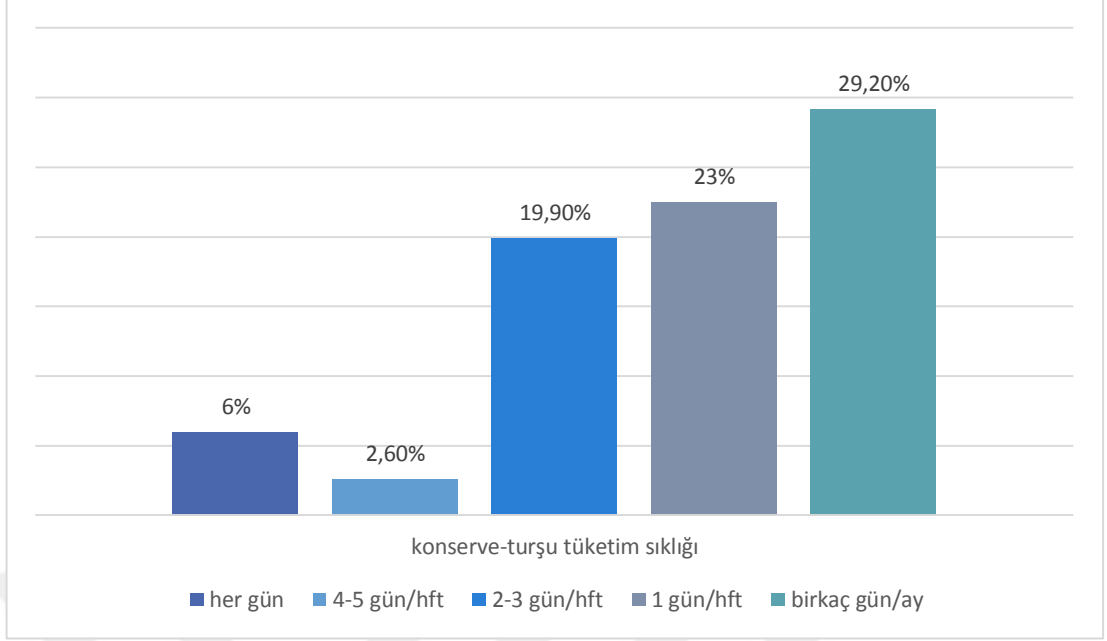
Evlerinde kan basıncı ölçüm cihazının olup olmadığı sorulduğunda ise hastaların %80,4'ü (n=217) evet cevabı verirken, %19,6'sı (n=53) evinde kan basıncı ölçüm cihazı bulunmadığını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin %79'unun (n=211) yemek pişirme sırasında tuz kattıkları, %57,9'unun (n=154) yemek masasında tuz bulundurdukları ve %54'ünün (n=143) market alışverişlerinde gıdaların tuz içeriklerini kontrol etmedikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların tuz tüketim alışkanlıkları Şekil 7'de yer almaktadır.



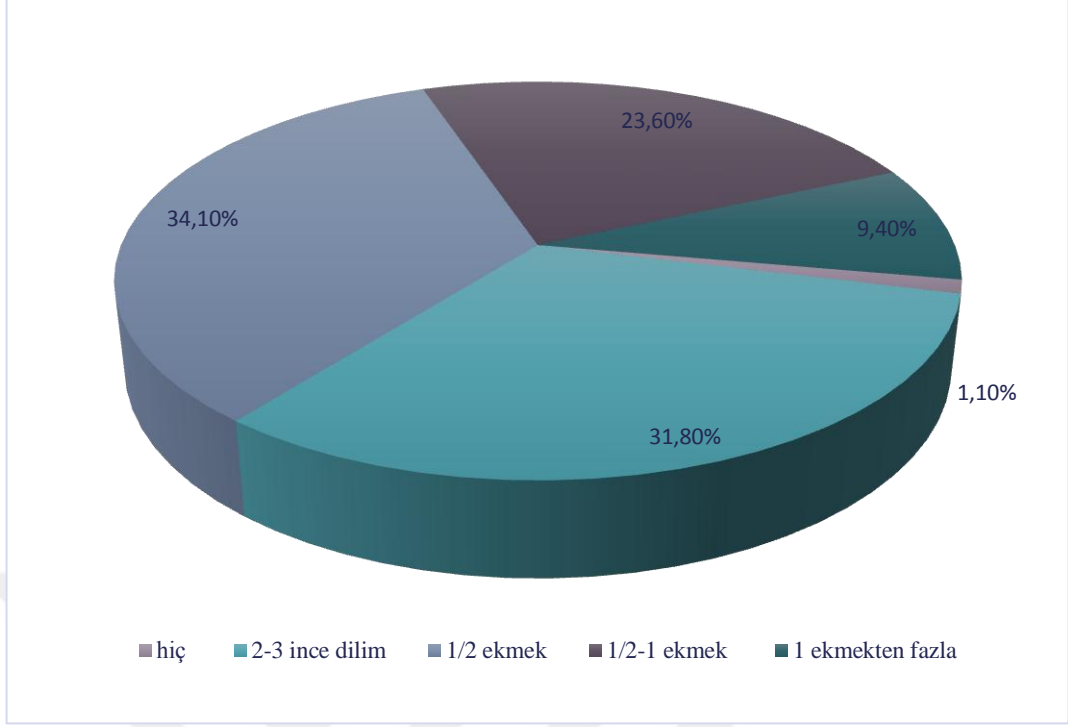
Şekil 7. Katılımcıların Tuz Tüketim Alışkanlıkları

Katılımcıların %6'sının (n=16) her gün, %2,6'sının (n=7) haftada dört beş gün, %19,9'unun (n=53) haftada iki üç gün, %22,5'inin (n=60) haftada bir, %29,2'sinin (n=78) ayda birkaç gün konserve-turşu tükettiği; %19,9'unun (n=53) ise konserve-turşuyu hiç yemediği tespit edilmiştir. Katılımcıların konserve-turşu tüketim sıklığı Şekil 8'de gösterilmiştir.



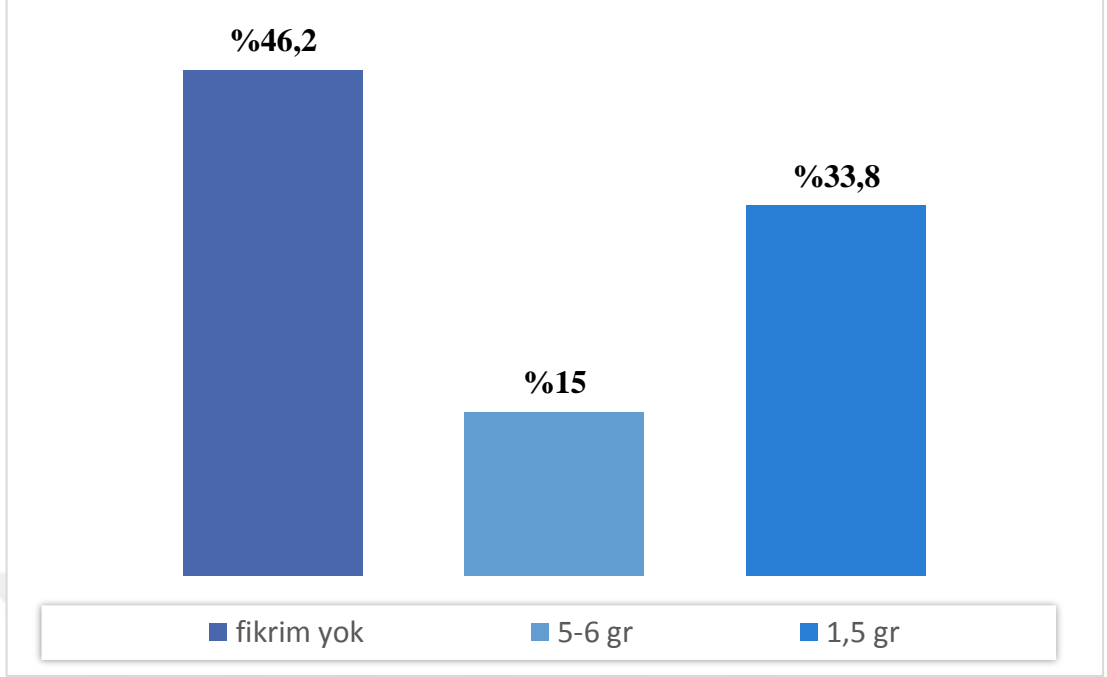
Şekil 8. Katılımcıların Konserve-Turşu Tüketim Sıklığı

Günlük ekmek tüketim alışkanlığı sorulduğunda; %1,1'i (n=3) hiç yemediğini, %31,8'i (n=85) 2-3 ince dilim, %34,1'i (n=91) ½ ekmek, %23,6'sı (n=63) ½-1 ekmek ve %9,4'ü (n=25) 1 ekmekten fazla yediğini belirtmiştir. Ekmek tüketim alışkanlıkları Şekil 9'da gösterilmiştir.



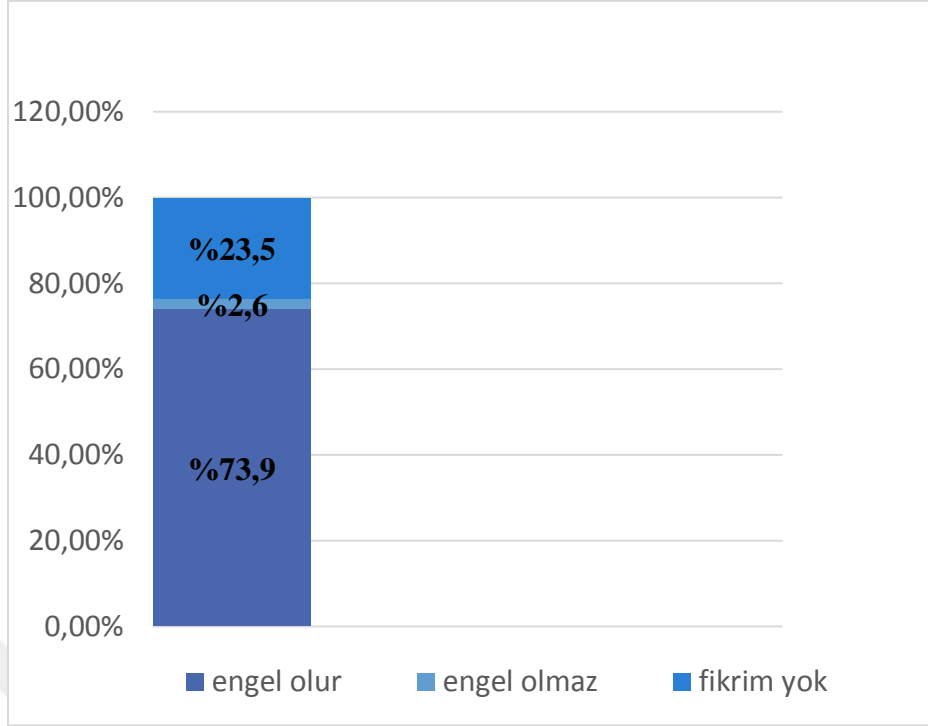
Şekil 9. Ekmek Tüketim Alışkanlıkları

HT hastalarının en fazla alabileceği tuz miktarı sorulduğunda; %46,2'si (n=123) bu konuyla ilgili fikirlerinin olmadığını belirtmiştir. %15'i (n=40) en fazla 5-6 gr tuz alınabileceğini, %33,8'i (n=90) ise 1,5 gr tuzun yeterli olduğunu belirtmiştir. Günlük alınması gereken tuz miktarı sorusuna verilen yanıtlar Şekil 10'da gösterilmiştir.



Şekil 10. Günlük Alınması Gereken Tuz Miktarı Sorusuna Verilen Yanıtlar

Katılımcıların %73,9'u (n=198) tuz tüketimini azaltmanın kalp krizine ve inmeye engel olacağını, %2,6'sı (n=7) engel olmayacağını ve %23,5'i (n=63) bu konuda fikirleri olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların 'Tuzu azaltmak kalp krizini ve inmeyi engeller mi?' sorusuna verdikleri yanıtlar Şekil 11'de gösterilmiştir.



Şekil 11. Katılımcıların “Tuzu Azaltmak Kalp Krizini Ve İnmeyi Engeller Mi?” Sorusuna Verdikleri Yanıtlar

4.1. Cinsiyetler Arasında Kıyaslama

Her iki cinsiyet arasındaki eğitim seviyelerine bakıldığında erkeklerin yüksek eğitim seviyesine sahip olmaları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$).

Medeni durum kıyaslandığında ise erkeklerin %87,7’si ($n=100$) evli olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=6,829$, $p=0,033$).

Kadınların %76,8’i ($n=116$) hiç sigara kullanmamış olup erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($\chi^2=55,954$, $p < 0,001$).

Cinsiyetler arasında SKB-DKB kontrol oranları ve toplam puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,127$ $p=0,721$; $\chi^2=0,986$ $p=0,321$; $\chi^2=1,603$ $p=0,206$).

Ortalama SKB-DKB’leri arasında iki cinsiyet arasında fark bulunamamıştır ($p=0,559$, $p=0,412$).

Kadınların tencereye tuz katma ve sofrada tuz bulundurma alışkanlıkları erkeklere kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($\chi^2=7,686$, $p=0,006$;

$\chi^2=10,613$, **p=0,001**). Ancak konserve-turşu tüketimleri arasında fark saptanmamıştır ($\chi^2=0,984$, $p=0,611$).

Ekmek tüketimine bakıldığında erkeklerin %73,7'si (n=87) kadınların %61,5'i (n=91) yarım ekmek ve daha fazla tüketmekte olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=4,445$, **p=0,035**).

Kadınların HT süreleri, ameliyat sayıları erkeklere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup ($\chi^2=4,215$ **p=0,040**; **p=0,044**); ek hastalık sayısı, HT ilaç sayısı ve toplam ilaç sayıları kıyaslandığında ise anlamlı farklılık görülememiştir ($p=0,850$, $p=0,932$, $p=0,078$)

4.2. VKİ Değeri İle Kıyaslama

VKİ ile yaş arasında negatif korelasyon saptanmıştır (**p=0,017**, $r=0,154$). Ancak 65 yaş sınır alındığında iki yaş grubu arasında istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır ($\chi^2=5,456$, $p=0,141$).

VKİ ile HT ilaç sayısı arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (**p<0,001**, $r=0,250$). HT ilaç sayısı iki ve üzerinde olanların %56,9'unun (n=99) VKİ değeri obez seviyesinde olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=14,585$, **p=0,002**).

VKİ değeri ile ortalama DKB arasında pozitif korelasyon saptanmıştır (**p=0,032**, $r=0,160$).

VKİ değeri ile toplam tuz puanı arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,266$, $p=0,606$).

Ortaokul ve altı eğitim seviyesine sahip hastaların %62,0'mın (n=85) ve ev hanımlarının %69,7'sinin (n=62) VKİ değeri obez seviyesinde olup sırasıyla yüksek eğitim seviyesi ve diğer meslek grupları ile kıyaslandığında anlamlı olarak yüksektir ($\chi^2=17,988$, **p<0,001**; $\chi^2=31,582$, **p<0,001**).

Kadınların %60,0'ı (n=81) obezite seviyesinde olup erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($\chi^2=12,691$, **p=0,005**). Cinsiyete göre VKİ değerleri kıyaslandığında kadınlar lehine yüksek bulunmuş olup anlamlı farklılık saptanmıştır (**p<0,001**).

4.3. Yaş İle Kıyaslama

65 yaşın altındaki bireylerin %73,8'inin (n=96) ortalama SKB'si 140 mmHg'nin altında olup 65 yaş üstü bireylere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=11,049$, $p=0,001$). Benzer ilişki DKB arasında tersi yönde olup istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,000$, $p=0,986$).

65 yaşın altındaki bireylerin %87,7'si (n=150) evli olup 65 yaş üstü bireylere kıyasla istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=34,983$, $p<0,001$).

Yaş ile ilaç sayısı, sigara kullanımı ve ortalama SKB arasında pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$, $r=0,259$; $p=0,002$, $r=0,193$; $p=0,032$, $r=0,156$).

65 yaş altı bireylerin toplam tuz puanında 65 yaş üstü bireylere kıyasla anlamlı farklılık yoktur ($\chi^2=1,246$, $p=0,264$).

4.4. Sigara Ve Alkol Kullanımı İle Kıyaslama

Sigara kullanımı ile alkol kullanımı arasında pozitif korelasyon mevcuttur ($p=0,049$, $r=0,121$).

Halen sigara içmekte olanların %84,6'sı (n=33) yarım ekmek ve daha fazla tüketmekte olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=6,314$, $p=0,043$).

Sigara içmeyenlerin %88,2'sinin (n=135) tencereye tuz katması içenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=21,397$, $p<0,001$).

Sofrada tuz bulundurmak, hazır gıda tuz kontrolü ve konserve-turşu tüketimi ile sigara alkol kullanımı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,079$, $p=0,689$, $p=0,477$; $p=0,74$, $p=0,292$, $p=0,466$).

4.5. Toplam Puan İle Kıyaslama

HT bilgi düzeyinin değerlendirildiği toplam puanın ortalaması $10,13\pm 3,5$ (min=1, max=19) olarak bulunmuştur.

Cinsiyet ve meslek ile toplam puan arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($\chi^2=1,603$, $p=0,206$; $\chi^2=2,334$, $p=0,506$).

Eğitim durumları ve HT süreleri ile toplam puan kıyaslandığında gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=10,300$, $p=0,067$; $\chi^2=0,290$, $p=0,590$).

Toplam puanı 11 ve daha fazla olanların %70,1'i (n=82) HT hastalığı için herhangi bir zamanda düzenli yürüyüş yaptıklarını belirtmiş olup istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($\chi^2=11,037$, **p=0,001**).

Hazır gıdaların tuz içeriklerinin kontrol edilmesi de yüksek puanlı grupta anlamlı farklılık göstermektedir ($\chi^2=12,794$, **p<0,001**).

Tencereye tuz katanların ise %84,4'ü (n=119) toplam puanı düşük olan grupta olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=6,437$, **p=0,011**). Sofrada tuz bulundurmak, konserve-turşu tüketim sıklığı ve ekmek tüketim miktarı ile toplam puan arasında anlamlı farklılık gösterilememiştir ($\chi^2=0,666$, p=0,414; $\chi^2=1,114$, p=0,573; $\chi^2=2,353$, p=0,125).

Toplam puanı 11 ve üzerinde olanların %95,4'ü (n=104) preobez-obez sınıfında olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=10,563$, **p=0,001**). Benzer şekilde toplam puan ile VKİ arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır (**p=0,022**, r=0,148). Hastaların özelliklerine göre toplam puanları Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların Özelliklerine Göre Toplam Puanları

		Toplam puan				P
		1-10		≥11		
		Sayı (n)	Yüz de (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Erkek	66	46,8	46	39	0,206
	Kadın	75	53,2	72	61	
Yaş	<65	85	62	83	72,2	0,089
	>65	52	38	32	27,8	
Meslek	Ev hanımı	54	40,9	46	41,1	0,506
	Düzenli maaşlı	33	25	34	30,4	
	Kendi işi olan	17	12,9	16	14,3	
	Emekli	28	21,2	16	14,3	
Eğitim Seviyesi	Ortaokul ve altı	89	63,1	64	54,7	0,067
	Lise ve üstü	52	36,9	53	45,3	
HT süresi	≤10 yıl	82	62,1	64	58,7	0,590
	≥11 yıl	50	37,9	45	41,3	
VKİ (kg/m²)	≥25	107	81,7	104	95,4	0,001
	<25	24	18,3	5	4,6	
SKB	<140	63	63,6	64	70,3	0,328
	≥140	36	36,4	27	29,7	
DKB	<90	80	80,8	65	71,4	0,129
	≥90	19	19,2	26	28,6	
Kontrollere gitme sıklığı	6 ay ve daha sık	82	59	73	62,4	0,579
	Yıllık-kan basıncı yükseldikçe	57	41	44	37,6	
Yürüyüş	Evet	70	49,6	82	70,1	0,001
	Hayır	71	50,4	35	29,9	
Hazır gıda tuz kontrolü	Evet	50	35,5	66	57,9	<0,001
	Hayır	91	64,5	48	42,1	

Sofrada tuz bulunur mu?	Evet	85	60,7	64	55,7	0,414
	Hayır	55	39,3	51	44,3	
Tencereye tuz katılır mı?	Evet	119	84,4	82	71,3	0,011
	Hayır	22	15,6	33	28,7	
Konserve-turşu tüketim sıklığı	Nadir-Hiç	71	50,4	52	45,2	0,573
	Haftada <3 gün	57	40,4	54	47	
	Haftada ≥3 gün	13	9,2	9	7,8	
Ekmek tüketim miktarı	≤3 ince dilim	40	28,4	43	37,4	0,125
	≥½ ekmek	101	71,6	72	62,6	

4.6. Meslek İle Kıyaslama

Ev hanımlarının %87,1'inin (n=88) tencereye tuz kattığı, %74,3'ünün (n=75) sofrada tuz bulduklarını görmüş olup diğer mesleklere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($\chi^2=8,244$; $p=0,041$; $\chi^2=18,046$, $p<0,001$).

Konserve-turşu gibi gıdaları nadir ya da hiç tüketmeyenlerin emeklilerde diğer meslek gruplarına kıyasla %68,2 (n=30) oranında olması istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=13,745$, $p=0,033$).

4.7. Eğitim Seviyesi İle Kıyaslama

Ortaokul mezunu ve altındakilerin tencereye tuz katma davranışları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=12,266$, $p<0,001$).

Lise ve yüksek okul mezunlarının sofrada tuz buldurmamaları ve hazır gıda tuz kontrolleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=11,862$, $p=0,001$; $\chi^2=6,580$, $p=0,010$).

HT hastalarının en fazla alması gereken tuz miktarı sorusuna doğru yanıt verenlerin %20,9'u (n=23) lise-yüksek okul mezunu olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=4,862$, $p=0,027$).

HT tanısı alabilmek için kan basıncı kaç mmHg üzerinde olmalıdır sorusuna ortaokul ve altındaki eğitim seviyesinde olanların %74,4'ü (n=116) yanlış cevap vermiş olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=28,688$, $p<0,001$).

Tuzu azaltmanın kalp krizi ve inmeye engel olacağını düşünenlerin %79,5'i (n=89) yüksekokul ve üstü eğitim seviyesinde olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=13,020$, $p=0,023$).

Ortaokul ve daha alt seviye eğitim durumuna sahip olanların %67,5'i (n=104) HT nedeni 6 ay ve daha sık doktor kontrolüne gitmekte ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=7,783$, $p=0,005$). Katılımcıların eğitim seviyesine göre özellikleri Tablo 4.6'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Eğitim Seviyesine Göre Özellikleri

	Lise ve üstü (%, n)	Ortaokul ve altı (%, n)	p değeri
Tencereye Tuz Katmak	68,8 (75)	86,5 (135)	<0,001
Sofrada Tuz Bulundurmak	45,9 (50)	67,1 (104)	0,001
Hazır Gıda Tuz Kontrolü	55,1 (59)	39,1 (61)	0,010
Sık Hastane Ziyareti	50,5 (55)	67,5 (104)	0,005
Yanlış HT Tanımı	41,8 (46)	74,4 (116)	<0,001
Tuzu Azaltmak Kalp Krizi-İnmeyi Engeller	79,5 (89)	70,1 (108)	0,023
Toplam Tuz Miktarına Doğru Cevap Verenler	20,9 (23)	11,0 (17)	0,027

4.8. Kontrollere Gitme Sıklığı İle Kıyaslama

Kontrollere gitme sıklığı ile SKB-DKB kontrol oranları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=3,491$ $p=0,479$; $\chi^2=3,934$ $p=0,415$).

SVO geçirenlerin %6,8'i (n=9) altı ay ve daha sık kontrollere gitmekte olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=4,315$, $p=0,038$).

Tencereye tuz katmak ve sofrada tuz bulundurmak ile kontrollere gitme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,403$, $p=0,526$; $\chi^2=0,001$, $p=0,976$).

Toplam tuz puanı ile doktor kontrolüne gitme sıklığı arasında anlamlılık saptanmamıştır ($\chi^2=2,640$, $p=0,620$).

4.9. End Organ Hasarı İle Kıyaslama

End organ hasarlarından nefropatiye sahip olanların %66,7'sinin (n=8) HT süresi 10 yıldan fazla ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=4,323$, **p=0,038**).

KVH' ya sahip olanların %77,1'i (n=27) hazır gıda tuz kontrolü yapmamakta olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=11,040$, **p=0,001**).

Toplam tuz puanı ile end organ hasarları (kvh-svo-nefropati-retinopati-nöropati-pah) arasında istatistiksel olarak anlamlılık saptanmamıştır ($\chi^2=0,065$, $p=0,798$; $\chi^2=1,085$, $p=0,298$; $\chi^2=0,164$, $p=0,685$; $\chi^2=2,593$, $p=0,107$; $\chi^2=0,051$, $p=0,822$; $\chi^2=0,108$, $p=0,743$).

4.10. HT Süresi İle Kıyaslama

HT süreleri 10 yıl ve altında olanların %65,4'ü (n=106) yarım ekmek ve daha fazla tüketmekte olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=3,866$, **p=0,049**).

HT süresi 10 yıl ve üstünde olanların %81,0'ı (n=111) tuzu azaltmanın kalp krizi ve inmeye engel olacağını düşünmekte ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=14,253$, **p=0,007**).

HT süresi 10 yıl ve üzerinde olanların %82,6'sının (n=109) HT ilaç sayısı iki ve daha fazla olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=8,445$, **p=0,015**).

HT süresi 10 yıl ve altında olanların ilaç uyumu ile HT süresi 10 yılın üstünde olanlar kıyaslandığında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=1,487$, $p=0,223$).

4.11. Tuz Alışkanlıkları İle Kıyaslama

Tencereye tuz katmayanların %65,5'i (n=36) hazır gıdaların tuz içeriklerini kontrol ettiklerini belirtmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=10,533$, **p=0,001**).

Konserveyi hiç tüketmeyen ya da nadir tüketenlerin ise %66,1'i (n=37) tencereye tuz katmadıklarını ve %61,6'sı (n=69) sofrada tuz bulundurmadıklarını ifade etmiş olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=9,749$, **p=0,008**; $\chi^2=14,201$, **p=0,001**).

Tuz tüketimini azaltmanın kalp krizi-inmeye engel olmayacağını düşünenlerin %66,7'si (n=4) haftanın bir ile üç günü konserve-turşu tüketimleri

mevcut olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=15,287$, $p=0,004$). Bu konuda fikri olmayanların ise %84,1'i (n=53) yarım ekmek ve daha fazla tüketmekte olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=13,178$, $p=0,001$).

Görme bozukluğuna yol açmadığını düşünenlerin ise %51,1'i (n=68) sofrada tuz bulundurmakta ve istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($\chi^2=5,126$, $p=0,024$).

Kontrolsüz HT'ye bağlı ortaya çıkabilecek sonuçlar hakkında fikri olmadığını söyleyenlerin %73,9'u (n=17) hazır gıdaların tuz içeriklerini kontrol etmedikleri görülmüş ve istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($\chi^2=3,957$, $p=0,047$).

HT ilaç sayısı iki ve üzerinde olanların %77,0'ı (n=154) evde tansiyon aleti bulunduğunu belirtmiş olup istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($\chi^2=4,303$, $p=0,038$).

4.12. İlaç Uyumu İle Kıyaslama

65 yaşın altındaki bireylerin %25,3'ü (n=44) HT ilaçlarını geçmiş dönemde bıraktığını belirtmiş olup 65 yaş üstü bireylerle kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=4,375$, $p=0,036$).

İlacı bırakanların %27,5'i (n=14) son bir yılda yüksek tansiyon nedeniyle acile başvurmuş ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=3,918$, $p=0,048$). İlacı bırakanların %37,0'ı (n=20) bir ilaç kullanmakta olup iki ve üzerinde ilaç kullananlara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($\chi^2=5,025$, $p=0,025$).

Retinopatiye sahip olduğunu söyleyenlerin %13,3'ü (n=6) daha önce HT ilacını bırakmış olduklarını belirtmiş olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=6,810$, $p=0,009$).

İlaç uyumu ile komplikasyonları bilmek arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($\chi^2=4,833$, $p=0,305$). Hastaların özelliklerine göre ilaç uyumları Tablo 4.7'de gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların Özelliklerine Göre İlaç Uyumları

	İlaç uyumu				P
	Uyumsuz		Uyumlu		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
65 yaş<	44	78,6	130	63,7	0,036
Acile başvuran	14	27,5	27	15,3	0,048
İlaç sayısı <1	20	37,0	43	22,1	0,025
Retinopati (+)	6	13,3	6	3,4	0,009

4.13. Toplam Tuz Tüketim Puanı İle Kıyaslama

Toplam tuz tüketimi puanı ortalaması $4,71 \pm 2$ (min=0, maks=10) olarak bulunmuştur.

Toplam tuz tüketim puanı altı ve üzerinde olanların %64,9'unun (n=63) toplam puanı 10 ve altında olup istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($\chi^2=6,130$, **p=0,013**).

Tuzu azaltmanın kalp krizi ve inmeye engel olacağını düşünenlerin %79,3'ünün (n=130) toplam tuz tüketimleri beş ve altında olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=7,947$, **p=0,019**).

Toplam en fazla alınması gereken tuz miktarı konusunda herhangi bir fikre sahip olmayan hastaların %59,2'sinin (n=59) toplam tuz tüketim puanı altı ve üzerinde bulunmuş olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=21,453$, **p<0,001**).

Daha önce ilacını hiç bırakmadığını söyleyenlerin %82,2'si (n=134) toplam tuz puanı beş ve altında olup anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=4,167$, **p=0,041**).

Daha önce düzenli yürüyüş yaptığını söyleyenlerin %65,4'ü (n=106) toplam tuz puanı beş ve altında olup istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($\chi^2=9,550$, **p=0,002**).

Evde tansiyon aleti bulunduranların %84,1'inin (n=138) toplam tuz puanı beş ve altında olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=4,217$, **p=0,040**).

Toplam tuz puanı ile HT ilaç sayısı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=1,885$, p=0,170).

Sigara içmeyenlerin %59,6'sı (n=59) altı ve daha fazla toplam tuz puanına sahip olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=6,395$, **p=0,041**).

Meslek ve medeni durum ile toplam tuz puanı arasında anlamlılık bulunamamıştır ($\chi^2=7,424$, p=0,060; $\chi^2=1,807$, p=0,405).

Düşük eğitim seviyesine sahip olan grubun %72,7'sinin (n=72) toplam tuz puanı altı ve üzerinde olup anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=12,123$, **p<0,001**).

Cinsiyet ile toplam tuz puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=0,712$, p=0,399).

Tuzu azaltmanın kalp krizi-inmeye engel olduğunu düşünenlerin %84,1'i (n=74) HT sonucu oluşabilecek komplikasyonlar konusunda tam puan almış olup istatistiksel olarak anlamlılık göstermektedir ($\chi^2=24,583$, **p=0,002**). Hastaların özelliklerine göre tuz tüketim puanları tablo 4.8'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Hastaların Özelliklerine Göre Tuz Tüketim Puanı

	Tuz tüketim puanı				P
	1-6 Puan		≥6 Puan		
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Toplam puan ≤10	77	49,0	63	64,9	0,013
Tuzu azaltmanın kalp krizi ve inmeye engel olduğunu düşünenler	130	79,3	63	64,3	0,019
Toplam alınması gereken tuz miktarı hakkında fikri olmayanlar	63	38,9	59	59,2	<0,001
Düzenli ilaç kullananlar	134	82,2	70	71,4	0,041
Yürüyüş yapanlar	106	65,4	45	45,9	0,002
Evinde kan basıncı ölçüm cihazı olanlar	138	84,1	73	73,7	0,040
Sigara içmeyenler	94	57,7	59	59,6	0,041
Eğitim seviyesi (ortaokul ve altı)	83	50,9	72	72,7	<0,001

4.14. Kan Basıncı Kontrol Oranları İle Kıyaslama

Toplam tuz puanı ile ortalama SKB ve DKB arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=0,579$, $p=0,447$; $\chi^2=0,549$, $p=0,459$).

İlacı bırakmak ile SKB ve DKB kontrol oranları arasında ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=0,076$, $p=0,783$; $\chi^2=0,020$, $p=0,880$).

Kan basıncı ölçüm öncesi yeterli dinlenme süresi yapanların sırasıyla %74,3'ünün ($n=70$) ve %83,7'sinin ($n=77$) ev ölçüm ortalama SKB ve DKB'leri kontrol altında olup istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2=9,068$, $p=0,003$; $\chi^2=5,653$, $p=0,017$).

Toplam puan ile SKB-DKB kontrol oranları ve kontrollere gitme sıklığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=0,958$, $p=0,328$; $\chi^2=2,308$, $p=0,129$; $\chi^2=3,380$, $p=0,496$).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda, dünyada ölüm nedenlerinin başında gelen KVH'nın nedeni olan henüz yeterince kontrol altına alınmamış HT hastalığının, bu hastalığa sahip bireyler tarafından ne kadar bilindiğini, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilere uyumlarını ve özellikle tuz tüketim alışkanlıklarını ve bu konudaki farkındalıklarını ölçmeye çalıştık.

5.1. Kardiyovasküler Risk Faktörleri

Bulaşıcı olmayan hastalıklar grubuna dahil edilmiş olan obezite dünyada ve ülkemizde yaygınlığı giderek artan ve başta gelen ölüm nedenleri arasında kabul edilen önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir (32).

TURDEP-2 çalışmasında ülkemizde ortalama VKİ değerinin 28,6 kg/m²'ye, bel çevresi ortalamasının ise 94,5 cm'ye yükseldiği görülmüştür. Hipertansif bireylerde ortalama VKİ değeri %30,1'dir. Obezite prevalansı ise %31,2'ye ulaşmıştır (33).

NHANES 2011-2014 sonuçlarına göre ABD'de obezite (VKİ≥30) prevalansı %36,5 bulunmuştur (34).

Hipertansif bireylerde VKİ ortalaması 29,8 kg /m², normotansiflerde 25,1 kg /m² olması VKİ ile hipertansiyon prevalansı arasında ilişki olduğunu düşündürmüştür (5).

Abdul-razak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaklaşık 11.000 bireyin takiplerinde HT gelişme oranları VKİ değeri obezite sınırları içinde olanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (35).

Ülkemizde obezite prevalansı yıllar içinde artış göstermekte olup (32) çocukluktan yaşlılığa sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlığının kazandırılması ve artırılmasına yönelik çalışmalara hız verilmelidir.

Yuki ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada yaş ortancası 22 olan sigara ve egzersiz alışkanlıkları arasında fark olmayan yaklaşık 17.000 erkeğin 27 yıllık izlemi sonucunda VKİ değerleri ile HT gelişme sonuçları değerlendirildiğinde, VKİ değeri

24 ve üzerinde olan grubun diğerlerine kıyasla HT gelişme oranı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (36).

Zou ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada VKİ ile DKB arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (37). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak VKİ değeri ile ortalama DKB arasında pozitif korelasyon saptanmıştır.

Hong Ji Song ve arkadaşlarının hipertansif olmayan ve antihipertansif olmayan yaklaşık 6.000 bireyi 12 yıl boyunca takip ettikleri bir çalışmada HT gelişenlerin VKİ ortalama değeri anlamlı olarak daha yüksek görülmüştür (38).

Çalışmamızda VKİ ortalamasının (30,2 kg/m²) yüksek olması, diğer çalışmalarla birlikte değerlendirildiğinde HT gelişimi ile VKİ arasında ilişki olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamızda VKİ ile HT ilaç sayısı arasında pozitif korelasyonun olması bu fikri destekleyebilir.

Zou ve arkadaşlarının çalışmasında düzenli egzersiz yapanların oranı %21 bulunmuştur (37). Başka bir çalışmada hiç fiziksel egzersiz yapmayanların oranı %51,5'tir. Düşük fiziksel aktivite, VKİ ve bel çevresinin fazla olması ile HT arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (39).

Bizim çalışmamızda herhangi bir zamanda kan basınçlarının düzene girmesi için düzenli yürüyüş yapanların oranı literatürle uyumlu olarak düşük seviyelerde (%58,1) bulunmuştur. HT yönetiminin en önemli bileşenlerinden biri ve sağlıklı yaşamın bir parçası olan fiziksel aktivitenin hastalar tarafından yapılmıyor olması çocukluktan itibaren alışlagelen hareketsiz yaşamın bir sonucu ve sağlıklı yaşlanmanın önünde büyük bir engel olarak ortaya çıkmaktadır.

5.2. Kontrol Oranları

PATENT-2 çalışmasına göre tedavi alan HT tanılı bireylerin kan basınç kontrol oranları %53,9'dur (6). Çalışmamızda hastaların %59,7'sinin kan basınçları kontrol altında (<140/90 mmHg) olup literatürle uyumludur. Ülkemizde kan basınç kontrol oranları yıllar içinde artış göstermiş olmakla birlikte henüz yeterli seviyeye ulaşmamıştır.

Nirupama ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastane ziyaret sıklığı arttıkça HT kontrol oranlarının arttığı gösterilmiştir. Başka bir çalışmada kontrol oranlarının eğitim seviyesi ile ilişkisi bulunamamıştır (39). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak kontrollere gitme sıklığı ve eğitim seviyesi ile SKB-DKB kontrol oranları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Nirupama ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada tedavi altındaki hastaların HT kontrolünün yaşla ilişkili olduğu gösterilmiş ve 65 yaş üstü bireylerde kontrolsüz HT'nin daha sık olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak 65 yaşın altındaki bireylerin %73,8'inin ortalama SKB 140 mmHg'nin altında olup 65 yaş üstü bireylere göre anlamlı farklılık göstermektedir. Yaşla birlikte artış gösteren SKB'nin ileri yaşta kontrolünün düşük olması beklenen bir sonuçtur.

5.3. Hipertansiyon Bilgi Düzeyi

Xia Li ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hipertansif hastaların %63,8'i 120/80 mmHg kan basıncı seviyesinin normal, %70,7'si 160/100 mmHg kan basıncının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (40). Başka bir çalışmada normal kan basıncı seviyesini bilenlerin oranı %77, yüksek kan basıncını bilenlerin oranı %70 olarak bulunmuştur (41).

Marta ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada 140/90 mmHg'nin altındaki kan basıncına normal diyen hastaların oranı %17,74 (42), Oliveria ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise yaklaşık %65 bulunmuştur. Yaklaşık %22 hasta bu konu hakkında fikirleri olmadığını belirtmişlerdir (43).

Almas ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada sırasıyla erkeklerin %79,4'ü kadınların %60,5'i SKB'nin 140 mmHg'nin ve %78,6'sı, %58,3'ü DKB'nin 90 mmHg'nin altında olması gerektiğini söylemişlerdir (44).

Çalışmamızda kan basıncı seviyesini doğru bilenlerin oranı literatüre kıyasla düşük oranda (%38,9) bulunmuştur.

Xia Li ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hastaların %44,7'si (40), Almas ve arkadaşlarının çalışmasında yaklaşık %75'i (44), başka bir çalışmada %61,4'ü HT hastalığının ömür boyu süreceğini söylemişlerdir (43).

Shakti ve arkadaşlarının çalışmasında ilaçlarını ömür boyu kullanmalarını gerektiğini düşünenlerin oranı %95,5 olarak bulunmuştur (41).

Jie Gu ve arkadaşlarının yapmış olduğu yaklaşık 3500 kişiden oluşan %30,9'unun yüksek okul mezunu olduğu HT hastalarının %98,2'si hastalığının kronik olduğunu, %97,8'i ilaçları ömür boyu kullanmak gerektiğini söylemişlerdir (45).

Bizim çalışmamızda benzer eğitim seviyesine sahip olmasına rağmen %71,4 hasta tedavinin ömür boyu süreceğini, %24,4 oranında hasta bu konuda fikrinin olmadığını belirtmiştir.

Sağlık okuryazarlığının çoğu ülkede yeterince gelişmemiş olması ve eğitim seviyesi ile direkt ilişkisinin olmaması dikkat çekicidir.

Çin'de yapılmış çalışmada hastaların %36,5'i HT'nin inmeye, %38,9'u kalp krizine, %18'i böbrek problemlerine, %27,9'u göz problemlerine yol açabileceğini belirtmişlerdir (40).

Oliveria ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlıklı yaşam için yüksek kan basıncının düşürülmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %90,2, yüksek kan basıncının fazlasıyla tehlikeli olduğunu düşünenlerin oranı ise %70,2'dir (46). Başka bir çalışmada komplikasyonlar konusunda fikri olanlar %62,0 bulunmuştur (41). Demaio ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada hastaların %54,2'si yüksek kan basıncının beyin, kalp, böbrek gibi organlara zarar vereceğini düşünmektedir. Yüksek okul mezunlarının bu konuda en bilgili olduğu görülmüştür (47).

Almas ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada kadınların %91,2'si, erkeklerin %88,8'i sağlıklı yaşam için düşük kan basıncının gerekli olduğunu bildirmişlerdir (44).

Johnson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 40 yaş altı geç erişkin HT tanılı 38 bireyin hiçbiri HT'nin böbrek hastalığı yapabileceğini duymamıştı (48).

Tanzanya’da öğretim üyelerinin %30,2’si böbrek yetmezliğine, %65,5’i görme bozukluğuna ve %71,2’si kalp krizi ve inmeye yol açabileceğini söylemişlerdir. %50,4 yüksek tuz alımının, %60,4 kilolu olmanın risk olduğunu söylemişlerdir (49).

Başka bir çalışmada %74,8 hasta inmeye, %65,4 hasta kalp krizine, %38,2 hasta böbrek yetmezliğine ve %25,2 hasta ise göz rahatsızlıklarına yol açabileceğini belirtmiştir (42).

Bizim çalışmamızda hastaların %91,4’ünün bu konuda bir fikre sahip oldukları görülmüştür. %67,2’si kalp krizine, %82,5’i inmeye, %49,1’i böbrek yetmezliğine ve %50,2’si görme bozukluğuna yol açacağını söylemiştir. Literatürle uyumlu olarak hastaların ortaya çıkabilecek sonuçlar hakkında fikirleri olduğu, göz ve böbrek hasarının diğer komplikasyonlara göre biraz daha geri planda kalmış olduğu görülmektedir. Bu durumun hastalara doktor tarafından verilen bilgiyle ilişkili olabileceğini, bireylerin çevrelerinde ve ailelerinde şahit oldukları olayların da etkisi ile kalp ve beyin gibi önemli organların rahatsızlığının akılda kalıcılığının yüksek olması nedeniyle olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmalarda hastalar kilolu olmanın ve sigara içmenin HT kontrolünde eksiklik oluşturacağını belirtmişlerdir. Yaşam tarzı değişikliğinin, egzersizin ve tuzu azaltmanın gerekliliğini düşünenler yüksek oranda bulunmuştur. Özellikle tuz kısıtlama konusunda hastaların bilgisinin yüksek olduğu görülmüştür (40,41,43,44). Bizim çalışmamızda literatürle uyumlu olarak hastaların yaklaşık dörtte üçü yürüyüşün-kilo vermenin, sigara-alkolden kaçınmanın, sarımsak gibi doğal besinlerin ve büyük bir çoğunluğu (%89,6) ise tuzu azaltmanın faydalı olacağını düşünmektedirler.

Çalışmalarda yaş, HT süresi ve eğitim seviyesi ile HT bilgi düzeyi arasındaki ilişki anlamlı görülmüştür (50,51). Başka bir çalışmada bilgi ve tutum değerlendirildiğinde yüksek okul mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (41).

Levinthal ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada sağlık okuryazarlığı seviyesinin eğitim seviyesi ile ilişkili olduğu anlamlı bulunmuştur (52). Bizim

çalışmamızda literatürün aksine eğitim seviyesi ve HT süresi ile toplam puan arasında anlamlı ilişki olmaması doktor kontrolü sırasında ve okullarda geçirilen zamanlarda bireylerin yeterli sağlık eğitimi almadıklarının göstergesi olabilir. Çalışmamızda eğitim seviyesi ve sağlık okuryazarlığının birbirinden bağımsız olduğu görülmektedir.

David ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada sağlık okuryazarlığının yüksek olması ile kan basıncı kontrolü arasında ilişki kurulamamıştır (50,53). Başka bir çalışmada HT bilgi düzeyi ile kan basınç kontrolü arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (40). Sağlık okuryazarlığının yüksek olması kan basınç sonuçlarında anlamlı değişikliğe yol açmamıştır (50).

Farklı bir çalışmada ise kontrollü ve kontrolsüz hipertansif hastaların HT bilgi düzeyleri arasında anlamlı farklılık mevcuttu (44).

Bizim çalışmamızda kan basıncı kontrol oranları ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ancak aynı çalışmada yüksek eğitim düzeyinin daha düşük kan basıncı ile ilişkili olduğu gösterilirken (53), bizim çalışmamızda eğitim seviyesi ile kan basınç kontrol oranları arasında fark yoktu. Ortaya çıkan farklı sonuçlar sağlık okuryazarlığının davranışlara etkisinin derecesi ve farmakolojik tedavilerin etkinliğiyle ilişkili olabilir.

Cuspidi ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada HT hastalığına sahip olan hastalara sorulan HT'nin tanımı, kan basıncını yükselten ilaçlar ve fiziksel egzersizin etkisi ile ilgili sorulara verilen doğru cevap oranı %70'in altındaydı. HT'nin sebep olabileceği hastalıklar konusunda verilen doğru cevap oranı %80'in üzerindeydi (51). Bizim çalışmamızda kan basıncında yükselmeye sebep olabilecek ilaçlar sorulduğunda; hastaların %59,7'si bu konu hakkında fikirleri olmadığını belirtmişlerdir.

5.4. Tuz Bilgisi Ve Tuz Tüketim Alışkanlığı

Çalışmamızın amaçlarından biri HT hastalarının diyetteki tuz alışkanlıklarını ve tuz konusundaki bilgi düzeylerini ölçmektir. Ana bulgu olarak HT hastalarının tuz tüketimi ile ilgili yetersiz bilgi-davranış değişiklikleri ve yüksek tuz alımı olduğu

görülmüştür. DSÖ'ye göre alınan tuzun önemli kaynağını evde yemek yapılma sırasında katılan, masada eklenen ve işlenmiş gıdalardan alınan tuz oluşturmaktadır (54).

Webster ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada etiket kontrolü yapanların oranı %51, masada ve yemekte tuz katanların her birinin oranı %21 olarak görülmüştür (55). Bizim çalışmamızda hastaların %79'u tencereye tuz kattığını, %57,9'u masalarında tuz bulduklarını ve %46'sı etiket kontrolü yapmadığını belirtmiştir.

Tuz tüketiminin başlıca kaynaklarından istemli tuz alımının bileşenlerinden olan sofradaki tuz ve yemek pişirme sırasında katılan tuzun hastalarımızda yüksek oranlarda olması ülke genelinde tuz tüketim miktarının normalin üç katı değere ulaşmış olmasının nedenlerini göstermektedir (56).

İspanya'da yapılmış bir çalışmada HT hastalığına sahip bireylerin tuz kaynağının önemli bir kısmının (%35) ekmek olduğu görülmüştür (57). Ülkemizde yüksek oranda tuz alımına sebep olan başlıca besinlerden biri ekmektir. Kişi başına tüketilen günlük ekmek miktarı 400 gr olarak raporlanmıştır ve yaklaşık 7 gr tuza karşılık gelmektedir (58,59).

Ülkemizde yapılmış olan diğer bir çalışma olan SALTURK-2 çalışmasında Türk toplumunun ana tuz kaynağı ekmek (%34) olarak bulunmuştur. Sırasıyla tuz kaynaklarını yemek pişirme sırasında katılan (%30), işlenmiş gıdalardan alınan (%21) ve masada katılan tuz (%11) oluşturmaktadır. Ayrıca bu çalışmada tuz tüketim miktarı 14,8 gr/gün olarak hesaplanmıştır (56).

Başka bir çalışmada tuz tüketiminin hedef değerlere ulaşamamış olmasında konserve tüketimi, hazır gıda tüketimi gibi farkında olmadan alınan tuzun önemli rol oynadığı görülmüştür. Bizim çalışmamızda hastaların %67,1'i günde en az yarım ekmek, %45,6'sı ise haftada en az bir gün konserve-turşu tüketmektedir. Literatürle uyumlu olarak ekmek ve fazla tuz içeren besinler hastalar tarafından sık ve fazla tüketilmektedir. Buna bağlı olarak tuz tüketiminde hedef değerlere ulaşamamış olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmalarda düşük Na alımıyla karşılaştırıldığında yüksek Na alanların ofis ve 24 saatlik kan basınçları daha yüksek bulunmuştur (61,62). İtalya'da yapılmış bir çalışmada hipertansif hastaların üriner Na atılımı ile kan basınçları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (63).

Bizim çalışmamızda ise toplam tuz tüketimi ile ortalama SKB-DKB'leri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çalışmalardan çıkan sonuçların farklı olmasının nedeni, HT ilaçlarının kullanımının tuz ile kan basıncı arasındaki ilişkiyi örtmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Avusturalya'da yapılmış olan tüketicilerin tuz tüketim alışkanlıklarının incelendiği bir çalışmada tuzun sağlığa zararlı etkisi olduğunu düşünenlerin oranı %67, sırasıyla yüksek kan basıncına, kalp krizine, inmeye, böbrek yetmezliğine sebep olur diyenlerin oranı %87, %75, %77 ve %44 bulunmuştur. Alınması gereken tuz miktarına 6 gr diyenlerin oranı ise %14, bu konuda fikri olmayanların oranının ise %52 olduğu görülmüştür (55).

Grimes ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların %27,8'i toplam alınması gereken tuz miktarının bir çay kaşığı olduğunu, %28,3'ü bu konuda fikirlerinin olmadığını belirtmişlerdir (64).

Newson ve arkadaşlarının yaptığı 8 ülkenin dahil edildiği bir çalışmada bireylerin %55,0'ı günlük alınması gereken toplam tuz miktarını bilmemektedir (65).

Bizim çalışmamızda toplam tuz miktarı konusunda hastaların %46,2'sinin herhangi bir bilgisi yoktu. Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda hastaların tuz hakkında yetersiz bilgiye sahip oldukları görülmektedir.

Gana ve Güney Afrika bölgesinde yapılmış bir çalışmada %31,3 oranında birey tuzun sağlık için zararlı olduğunu bilmemekteydi. %18'i masada tuz ekliyor, %91'i yemek yapılma sırasında tuz katıyordu. Eğitim seviyesi yüksek olan grup tuz tüketimi konusunda anlamlı derecede daha dikkatli bulunmuştur. Tuz hakkındaki bilgiyle tuz tüketimi kontrolü arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur (66).

Başka bir çalışmada tuzu azaltmanın kan basıncını düşürdüğünü söyleyenlerin %66,1'i, yanlış cevap verenlerin ise %70,1'i son hafta içinde birden fazla tuzlu sebze yediklerini belirtmişlerdir (40).

SALTURK çalışmasında günlük tuz alımı kırsal kesimde yaşayanlarda yüksek bulunmuştur (56).

Bizim çalışmamızda düşük eğitim seviyesine sahip olan grubun toplam tuz puanı anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimin düşük eğitim seviyesine sahip olduğu varsayılırsa tuz alımı ile eğitim seviyesi arasındaki ilişkinin önemi ortaya çıkacaktır. Literatürle uyumlu olarak tuz bilgisinin artması tuz tüketim miktarını azalmaktadır.

Önceki dönemlerinde yürüyüş yapmış olanların toplam puanının yüksek ve tuz tüketimlerinin düşük olması anlamlı bulunmuştur. Hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve hastalıklarını yönetme konusundaki farkındalıkları ve öz bakımlarının yüksek olması hastalığın yönetimine yardımcı olmaktadır.

Ayrıca ilaç uyumu yüksek olanların ve evinde tansiyon aleti bulunduranların tuz tüketim miktarının anlamlı derecede düşük bulunması hastaların kendi hastalıklarını yönetme becerilerinin artırılması konusunda destekleyici yönde fikir vermiştir.

5.5. İlaç Uyumu

Nguyen ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların ilaç uyum oranı %49,8 bulunmuştur (67). Zou ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada %16 oranında hasta herhangi bir zamanda ilaç alımını kaçırdıklarını belirtmişlerdir (37).

Farklı çalışmalarda ilaç dozunu hiç kaçırmadığını söyleyenlerin oranı ise %46, %77 bulunmuştur (41,42). Çalışmamızda %22 gibi yüksek diyebileceğimiz oranda hastanın ilaçlarını doktora sormadan bırakmış olmaları literatürle uyumlu görülmektedir. Kronik hastalıkların sonucu olarak uzun süreli ilaç kullanımının zor olması hastaların ilaç uyum oranlarının düşük olmasına sebep olmuş olabilir.

Violet ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada HT'nin asemptomatik seyri, bilgi düzeylerinin azlığı (68), farklı çalışmalarda hipertansiyon hastalığının geçici olduğunun düşünülmesi, şikayetlerinin olmaması, ilaç yan etkileri ve kan basıncının normale inmesi gibi durumların ilaç uyumunu zorlaştırdığı görülmüştür (60,67,69,70).

Başka bir çalışmada hastaların %70,0'ı şikayet ve rahatsızlıklarının olmamasına rağmen ilaçlarını düzenli kullanmaları gerektiğinin farkında değillerdi (42). Bunun aksine hipertansiyonun tehlikeli ve öldürücü olduğunun bilinmesi, komplikasyonların farkında olunması ilaç kullanımını konusunda hastaların uyumunu kolaylaştırmaktadır (60,67). Bizim çalışmamızda ise hastaların unuttuğu, rahatsızlık hissetmediği ve yan etkisinden korktuğu için ilaçlarını bırakmış olmaları literatürle uyumlu görülmektedir. HT'nin asemptomatik ve uzun seyri ilaç uyumsuzluğuna sebep olmaktadır. Hastaların bilgi düzeyinin artırılması ve teşvik edilmesi bu konuda yarar sağlayacaktır.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

HT ilerleyici ve yaşam boyu süren hedef organ hasarıyla giden, yaşamı tehdit eden komplikasyonlara ve ölüme yol açabilen bulaşıcı olmayan hastalıklar içinde sıklığı giderek artan ve sessiz katil olarak adlandırılan bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. HT gibi kronik hastalıkların ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişikliklerinin ömür boyu sürecektir olması bireylerin bu hastalığa uyumunu zorlaştırmaktadır. Bireylerin HT hakkındaki farkındalıklarının artırılması bu hastalığın yönetimi konusunda yardımcı olacaktır (71).

HT gibi kronik hastalıkların başarılı kontrolünün sağlanması ve ortaya çıkacak kötü sonuçların engellenmesi için hasta eğitimi gereklidir. Hastalar yeterli kontrolü sağlamak için nasıl ilaç kullanacaklarını ve yaşam tarzı değişikliklerine nasıl uyum sağlayacaklarını anlamaya ihtiyaç duyarlar (50). Uzun süreli ilaç kullanımının getirdiği fiziksel-psikolojik yük ve HT'nin sessiz giden kliniği nedeniyle hastaların ilaç uyumlarının düşük olduğu görülmekte ve hasta yönetiminde gerek yan etki gerekse hastalığın gidişatı konusunda hastalar bilgilendirilmeli ve desteklenmelidirler.

Kronik hastalığa sahip bireylerin memnuniyeti, sağlık hizmetini sürekli kullanıyor olmaları ve hasta memnuniyetinin onların hastalık durumlarının kontrolünde etkili olması nedeniyle önemlidir. Aile hekimi ve hasta arasındaki yakın ilişki bu bakımın bel kemiğini oluşturmaktadır. Bu durum aile hekiminin hastanın durumunu daha iyi bilmesine ve hastalığın yönetimine izin verir. Hastaların iyi bilgilendirilmesi hastanın tedaviye uyumunu artırmaktadır (72).

Yaşam boyu gelişme riski çok yüksek olan HT hastalığına karşı halk sağlığı stratejileri geliştirilerek yüksek kan basınçları düşürülmeli ve bilinen risk faktörleri azaltılarak bu hastalıktan kaynaklanan mortalite ve morbidite sebepleri azaltılmalıdır (1). Örneğin üç mmHg SKB düşüşü inmeden kaynaklanan ölümleri %8, koroner arter hastalığından kaynaklanan ölümleri %5 ve tüm sebeplere bağlı ölümleri %4 azaltmaktadır (1).

Tuz kısıtlı diyetle hastaların uyumunun sağlanması için hastaların farkındalıklarının artırılması, tuzun kan basıncı kontrolündeki rolü ve KVS açıdan olumlu sonuçları anlatılmalıdır (14).

Ana besin kaynağı olarak ekmeğın kullarıldığı toplumlarda alınan tuz miktarındaki azalmanın sağlanması için ekmeğın içerdiği tuz oranının azaltılması önemli rol alacaktır.

Hastaların HT hakkında, komplikasyonlar ve neler yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmeleri hastalık yönetimi konudaki motivasyonlarını artıracaktır (73).

Sağlığa yönelik olumlu davranışların oluşmasında katkı sağlayan ve eğitin seviyesi ile direk ilişkisi olmayan sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi kronik hastalık yönetimine katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Chobanian, A.V., et al., *The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report*. Jama, 2003. **289**(19): p. 2560-2571.
2. Weber, M.A., et al., *Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community*. The journal of clinical hypertension, 2014. **16**(1): p. 14-26.
3. NICE, H., *Clinical management of primary hypertension in adults*. NICE Clinical Guidelines, London: NICE, 2011.
4. Riley, L. and M. Cowan, *World Health Organization Noncommunicable Diseases Country Profiles*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, Geneva, Switzerland, 2014: p. 7.
5. ARICI, M., et al., *Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması*. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği i. İnternet erişimi: http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf.
6. Sengul, S., et al., *Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012*. Journal of hypertension, 2016. **34**(6): p. 1208.
7. ONAT, A., et al., *On yıllık TEKHARF çalışması verilerine göre Türk erişkinlerinde koroner kökenli ölüm ve olayların prevalansı yüksek*. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2001. **29**(1): p. 8-19.
8. Muntner, P., et al., *Potential US Population Impact of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline*. Journal of the American College of Cardiology, 2017.
9. Leung, A.A., et al., *Hypertension Canada's 2016 Canadian Hypertension Education Program Guidelines for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension*. Canadian Journal of Cardiology, 2016. **32**(5): p. 569-588.
10. Dağistan, A. and S. Gözüm, *Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kardiyovasküler hastalık riskinin belirlenmesi ve yönetimi*. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2016. **15**(6).
11. James, P.A., et al., *2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)*. Jama, 2014. **311**(5): p. 507-520.
12. Khosravizade, A., A. Hassanzadeh, and F. Mostafavi, *The impact of self-efficacy education on self-care behaviours of low salt and weight setting diets in hypertensive women covered by health-care centers of Dehaghan in 2013*. J Pak Med Assoc, 2015. **65**(5): p. 506-11.
13. Mattila, R., et al., *Effectiveness of multidisciplinary lifestyle intervention for hypertension: a randomised controlled trial*. Journal of human hypertension, 2003. **17**(3): p. 199.
14. Strazzullo, P., et al., *Recommending Salt Intake Reduction to the Hypertensive Patient*. High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention, 2012. **19**(2): p. 59-64.
15. Khosravi, A., et al., *Advocacy strategies and action plans for reducing salt intake in Iran*. Archives of Iranian medicine, 2012. **15**(5): p. 320.
16. Muthuri, S.K., et al., *Salt reduction interventions in sub-Saharan Africa: a systematic review*. PloS one, 2016. **11**(3): p. e0149680.

17. Whelton, P.K., et al., *Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program*. *Jama*, 2002. **288**(15): p. 1882-1888.
18. He, F.J., et al., *Effect of modest salt reduction on blood pressure, urinary albumin, and pulse wave velocity in white, black, and Asian mild hypertensives*. *Hypertension*, 2009. **54**(3): p. 482-488.
19. Ärnlöv, J., et al., *Low-grade albuminuria and incidence of cardiovascular disease events in nonhypertensive and nondiabetic individuals*. *Circulation*, 2005. **112**(7): p. 969-975.
20. Nakano, M., et al., *Effect of Intensive Salt-Restriction Education on Clinic, Home, and Ambulatory Blood Pressure Levels in Treated Hypertensive Patients During a 3-Month Education Period*. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2016. **18**(5): p. 385-392.
21. Lu, C.-H., et al., *Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies*. *BMC public health*, 2015. **15**(1): p. 33.
22. Ribeiro, A.G., et al., *Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition*. *BMC Public Health*, 2011. **11**(1): p. 637.
23. Hacıhasanoğlu, R., *Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler*. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009. **8**(2).
24. Whelton, P.K., et al., *Sodium, blood pressure, and cardiovascular disease*. *Circulation*, 2012. **126**(24): p. 2880-2889.
25. Gardener, H., et al., *Dietary sodium and risk of stroke in the Northern Manhattan study*. *Stroke*, 2012. **43**(5): p. 1200-1205.
26. Tomonari, T., et al., *Is salt intake an independent risk factor of stroke mortality? Demographic analysis by regions in Japan*. *Journal of the American Society of Hypertension*, 2011. **5**(6): p. 456-462.
27. O'donnell, M.J., et al., *Urinary sodium and potassium excretion and risk of cardiovascular events*. *Jama*, 2011. **306**(20): p. 2229-2238.
28. Yang, Q., et al., *Sodium and potassium intake and mortality among US adults: prospective data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey*. *Archives of internal medicine*, 2011. **171**(13): p. 1183-1191.
29. Moore, K., B.J. Smith, and K. Reilly, *Community understanding of the preventability of major health conditions as a measure of health literacy*. *Australian Journal of Rural Health*, 2013. **21**(1): p. 35-40.
30. Das, S., et al., *Health literacy in a community with low levels of education: findings from Chakaria, a rural area of Bangladesh*. *BMC public health*, 2017. **17**(1): p. 203.
31. Zhang, Q., et al., *Cross-Cultural Validation of the High Blood Pressure Health Literacy Scale in a Chinese Community*. *PloS one*, 2016. **11**(4): p. e0152182.
32. Satman, I., et al., *Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults*. *Eur J Epidemiol*, 2013. **28**(2): p. 169-80.
33. Satman, I., et al., *Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults*. *European journal of epidemiology*, 2013. **28**(2): p. 169-180.
34. Ogden, C.L., et al., *Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011-2014*. 2015: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics.

35. Abdul-Razak, S., et al., *Prevalence, awareness, treatment, control and socio demographic determinants of hypertension in Malaysian adults*. BMC public health, 2016. **16**(1): p. 351.
36. Someya, Y., et al., *Slightly increased BMI at young age is a risk factor for future hypertension in Japanese men*. PloS one, 2018. **13**(1): p. e0191170.
37. Zou, G., et al., *Use of medications and lifestyles of hypertensive patients with high risk of cardiovascular disease in rural china*. PloS one, 2015. **10**(5): p. e0124484.
38. Song, H.J., et al., *High consumption of salt-fermented vegetables and hypertension risk in adults: a 12-year follow-up study*. Asia Pacific journal of clinical nutrition, 2016.
39. Khanal, M.K., et al., *Prevalence, associated factors, awareness, treatment, and control of hypertension: Findings from a cross sectional study conducted as a part of a community based intervention trial in Surkhet, Mid-western region of Nepal*. PloS one, 2017. **12**(10): p. e0185806.
40. Li, X., et al., *Health literacy in rural areas of China: hypertension knowledge survey*. International journal of environmental research and public health, 2013. **10**(3): p. 1125-1138.
41. Shrestha, S., et al., *Knowledge, Attitude and Practice on Hypertension Among Antihypertensive Medication Users*. JNMA; journal of the Nepal Medical Association, 2016. **55**(204): p. 86-92.
42. Michalska, M., et al., *The knowledge and awareness of hypertension among patients with hypertension in Central Poland: A pilot registry*. Angiology, 2014. **65**(6): p. 525-532.
43. de Oliveira, C.M., et al., *Association between anthropometric indicators of adiposity and hypertension in a Brazilian population: Baependi Heart Study*. PloS one, 2017. **12**(10): p. e0185225.
44. Almas, A., et al., *Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan*. BMC research notes, 2012. **5**(1): p. 579.
45. Gu, J., et al., *Hypertension knowledge, awareness, and self-management behaviors affect hypertension control: a community-based study in Xuhui District, Shanghai, China*. Cardiology, 2014. **127**(2): p. 96-104.
46. Oliveria, S.A., et al., *Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population*. Journal of general internal medicine, 2005. **20**(3): p. 219-225.
47. Demaio, A.R., et al., *Hypertension and hypertension-related disease in mongolia; findings of a national knowledge, attitudes and practices study*. BMC Public Health, 2013. **13**(1): p. 194.
48. Johnson, H.M., et al., *"I have to live like I'm old." Young adults' perspectives on managing hypertension: a multi-center qualitative study*. BMC family practice, 2016. **17**(1): p. 31.
49. Mbuya, F.E., F. Fredrick, and B. Kundi, *Knowledge of diabetes and hypertension among members of teaching staff of higher learning institutions in Dar es Salaam, Tanzania*. Tanzania journal of health research, 2014. **16**(2).
50. Williams, M.V., et al., *Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes*. Archives of internal medicine, 1998. **158**(2): p. 166-172.
51. Cuspidi, C., et al., *Improvement of patients' knowledge by a single educational meeting on hypertension*. Journal of human hypertension, 2001. **15**(1): p. 57.

52. Levinthal, B.R., et al., *Cognition and health literacy in patients with hypertension*. Journal of general internal medicine, 2008. **23**(8): p. 1172.
53. Willens, D.E., et al., *Association of brief health literacy screening and blood pressure in primary care*. Journal of health communication, 2013. **18**(sup1): p. 129-142.
54. Magalhães, P., et al., *Knowledge, attitude and behaviour regarding dietary salt intake among medical students in Angola: cardiovascular topic*. Cardiovascular journal of Africa, 2015. **26**(2): p. 57-62.
55. Webster, J.L., et al., *Consumer awareness and self-reported behaviours related to salt consumption in Australia*. Asia Pacific journal of clinical nutrition, 2010. **19**(4): p. 550-554.
56. Erdem, Y., et al., *Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II*. Nutrients, 2017. **9**(9): p. 933.
57. Guallar-Castillón, P., et al., *Food sources of sodium, saturated fat and added sugar in the Spanish hypertensive and diabetic population*. Atherosclerosis, 2013. **229**(1): p. 198-205.
58. Erdem, Y., et al., *The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study*. Blood pressure, 2010. **19**(5): p. 313-318.
59. Akpolat, T., R. Kadi, and C. Utaş, *Hypertension, salt, and bread*. American Journal of Kidney Diseases, 2009. **53**(6): p. 1103.
60. Odusola, A.O., et al., *Perceptions of inhibitors and facilitators for adhering to hypertension treatment among insured patients in rural Nigeria: a qualitative study*. BMC health services research, 2014. **14**(1): p. 624.
61. Whelton, P.K., et al., *Sodium, blood pressure, and cardiovascular disease: further evidence supporting the American Heart Association sodium reduction recommendations*. Circulation, 2012. **126**(24): p. 2880-2889.
62. Pimenta, E., et al., *Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial*. Hypertension, 2009. **54**(3): p. 475-481.
63. Venezia, A., et al., *Dietary sodium intake in a sample of adult male population in southern Italy: results of the Olivetti Heart Study*. European journal of clinical nutrition, 2010. **64**(5): p. 518.
64. Grimes, C.A., et al., *Knowledge, attitudes and behaviours related to dietary salt among adults in the state of Victoria, Australia 2015*. BMC public health, 2017. **17**(1): p. 532.
65. Newson, R., et al., *Barriers for progress in salt reduction in the general population. An international study*. Appetite, 2013. **71**: p. 22-31.
66. Menyanu, E., et al., *Salt use behaviours of Ghanaians and South Africans: A comparative study of knowledge, attitudes and practices*. Nutrients, 2017. **9**(9): p. 939.
67. Schulling-Veninga, C.C., et al., *Adherence to hypertension medication: Quantitative and qualitative investigations in a rural Northern Vietnamese community*. PloS one, 2017. **12**(2): p. e0171203.
68. Naanyu, V., et al., *Barriers influencing linkage to hypertension care in Kenya: qualitative analysis from the lark hypertension study*. Journal of general internal medicine, 2016. **31**(3): p. 304-314.
69. Adams, O.P. and A.O. Carter, *Diabetes and hypertension guidelines and the primary health care practitioner in Barbados: knowledge, attitudes, practices and barriers-a focus group study*. BMC family practice, 2010. **11**(1): p. 96.

70. Legido-Quigley, H., et al., *Patients' knowledge, attitudes, behaviour and health care experiences on the prevention, detection, management and control of hypertension in Colombia: a qualitative study*. PloS one, 2015. **10**(4): p. e0122112.
71. Baliz Erkoc, S., et al., *Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): a study on development, validity and reliability*. International journal of environmental research and public health, 2012. **9**(3): p. 1018-1029.
72. Doubova, S.V., et al., *Satisfacción en pacientes con diabetes mellitus o hipertensión arterial atendidos en clínicas de medicina familiar en México*. Salud Pública de México, 2009. **51**(3): p. 231-239.
73. Rimando, M., *Perceived barriers to and facilitators of hypertension management among underserved African American older adults*. Ethnicity & disease, 2015. **25**(3): p. 329.



8. ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Emine SÜER

Doğum yeri ve tarihi: Samsun-07.10.1989

Uyruğu-Medeni durumu: Türkiye Cumhuriyeti-Bekar

İletişim adresi: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Altındağ/Ankara

Telefonu: 0 (312) 508 40 00

e-posta: eminesuer2008@hotmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

2015- 2018 Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği

2008-2014 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakóltesi

2004-2007 Samsun Anadolu Lisesi

1999-2004 Belediye İlköğretim Okulu

1996-1999 Atatürk İlköğretim Okulu

III- Ünvanları

2014-2015 Pratisyen Hekim

2015-2018 Aile Hekimi Asistanı

IV- Mesleki Deneyimi

2014-2015 Samsun Kadın Hastalıkları Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Acil Servis Hekimliği

2015-2018 Ankara Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

V- Diğer Bilgiler

Eğitim programı haricinde aldığı kurslar

1. Aile Planlaması ve RİA Eğitimi
2. Sigara Biraktırma Kursu
3. Anne sütü eğitimi
4. Kupa uygulama



9. EKLER

Anket

Adı-Soyadı:

Tel:

Yaşı:

Cinsiyeti: Erkek

Kadın

Boy: cm

Kilo: kg

Bel çevresi: cm

Eğitim durumu: Okuryazar değil

Okuryazar

İlkokul Ortaokul

Lise Yüksekokul

Medeni durum:

Bekar Evli

Dul

Meslek:

Sigara içiyor mu?

Evet paket/yıl

Hayır

Bırakmış

paket/yıl

Alkol kullanıyor mu? Evet

/günde/haftada

Hayır

Bırakmış

yıl önce

Kaç yıldır yüksek tansiyon hastası:

Ofis kan basıncı:

Ev ölçümleri ortalaması:

Ek hastalık:

Geçirilmiş hastalık:

Ailede kardiyovasküler hastalığa bağlı erken ölüm: Evet Hayır

Son bir yıl içerisinde hipertansiyon nedenli acile başvuru: Evet Hayır

Hipertansiyon end organ hasarı:

Kardiyovasküler hastalık:

Serebrovasküler hastalık:

Nefropati:

Retinopati:

Nöropati:

Periferik arter hastalığı:

Kullandığı ilaçlar: 1.

2.

3.

4.

5.

1) Bir kişinin hipertansiyon tanısı alabilmesi için kan basıncı hangi seviyenin üzerinde olmalıdır?

- a) 130/80 b) 140/90 c) 150/90 d) 160/100 e) Fikrim yok

2) Hipertansiyon hastalığına sahip olan bir kişinin tedavisi sizce ne kadar sürer?

- a) 1 yıl b) 5 yıl c) 10 yıl d) Ömür boyu e) Fikrim yok

3) Hipertansiyon hastalığınız için ne kadar sıklıkta doktor kontrolüne gidersiniz?

- a) Her ay b) 3 ayda bir ilaçlarım bittikçe c) 6 ayda bir
d) Yılda bir ilaç raporum bittikçe e) Tansiyonum yükseldikçe

4) Evinizde tansiyon aleti var mı?

- a) Evet b) Hayır

5) Tansiyonunuzu ölçmeden önce kaç dakika dinlenirsiniz?

- a) Dinlenmeden ölçerim b) 5-10 dk.
c) 15-20 dk. d) Tansiyonumu ölçmem

6) Aşağıdaki ilaçlardan hangisi/hangileri tansiyonu yükseltebilir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Soğuk algınlığı ilaçları b) Şeker hastalığı ilaçları
c) Ağrı kesiciler d) Burun spreycileri
e) Kortizonlu ilaçlar f) Doğum kontrol hapları
g) Fikrim yok

7) Aşağıdakilerden hangisi/hangileri yüksek tansiyonun sonucunda ortaya çıkabilir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Kalp krizi b) İnme-beyin kanaması (felç)
c) Böbrek yetmezliği d) Görme bozuklukları e) Fikrim yok

8) Aşağıdakilerden hangisini/hangilerini uygulamak hipertansiyon için faydalıdır? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Düzenli tempolu yürüyüş b) Tuz tüketiminin azaltılması
c) Kilo vermek d) Sigara ve alkolden kaçınmak
e) Doğal besinler (sarımsak, limon...)

9) Kan basıncınızın düzene girmesi için düzenli yürüyüş yaptığınız oldu mu? (Haftada 3-4 gün yarım saat)

a) Evet b) Hayır

10) İlaçlarınızı doktorunuza sormadan kullanmadığınız zamanlar oldu mu?

a) Evet b) Hayır

11) 10.soruya cevabınız evet ise nedeni aşağıdakilerden hangisidir? (*Birden fazla seçenek işaretlenebilir*)

- a) Kan basıncım normal seviyede olduğunda
- b) Herhangi bir rahatsızlık/şikâyet hissetmediğim zaman
- c) İlaç yan etkisinden korktuğum için
- d) İlaçların bağımlılık yapacağı korkusu
- e) İlaç sayımın fazla olması
- f) İlaç kullanma fikrinin sıkıntı vermesi
- g) İlaç içmeyi unuttuğumda
- h) Hastalığım kaderim olduğunu düşündüğüm için
- i) Üşengeçliğimden

12) Hipertansiyon hastaları için günlük alınan tuz miktarı en fazla ne kadar olmalıdır?

- a) 10 gr (Yaklaşık iki tepeleme çay kaşığı)
- b) 5-6 gr (Yaklaşık bir tepeleme çay kaşığı)
- c) 1.5 gr (Bir silme çay kaşığı)
- d) 15 gr (Yaklaşık üç tepeleme çay kaşığı)
- e) Fikrim yok

13) Tuz tüketimini azaltmanın ileride gelişebilecek kalp krizi ya da inme gibi hastalıklara engel olacağı konusundaki fikriniz nedir?

a) Engel olur b) Engel olmaz c) Fikrim yok

14) Evde yemeği yapan kişi yemeğin yapılma sırasında yemeğe tuz katar mı?

a) Evet b) Hayır

15)Sofrada mutlaka tuz/ tuzluk bulundurur musunuz?

- a) Evet b) Hayır

16) Hazır gıdalar alırken (market alışverişinde) tuz içeriklerini kontrol eder misiniz?

- a) Evet b) Hayır

17)Konserve-turşu türü (tuz içerikleri çok yüksek) gıdaları ne kadar sıklıkta tüketirsiniz?

- a) Her gün yerim b) Haftanın dört- beş günü yerim
c) Haftanın iki -üç günü yerim d) Haftada bir gün yerim
e) Hiç yemem f) Ayda birkaç kere yerim

18)Günlük yediğiniz toplam ekmek miktarı ne kadardır?

- a) Hiç ekmek yemem b) 2-3ince dilim c) Yarım ekmek
d) Yarım ekmek- bir ekmek e) Bir ekmekten fazla

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1777/2018	Tarih: 14.02.2018					
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Numune SUAM Aile Hekimliği Kliniği'nden Uzm.Dr.İsmail Kasım sorumluluğunda yapılması planlanan ve Dr.Emine Süer'in tezi olan "Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Hastalıkları ile İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof. Dr. Hürrem BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast.ve Kl.Mikrobiyoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>H. Bodur</i>
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Tıbbi Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahi	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Ahmet Deniz Belen</i>
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Adem Özkara</i>
Prof. Dr. Işıl ÖZKOÇAK TURAN	Anestezi ve Reanimasyon	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Işıl Özkoçak Turan</i>
Prof. Dr. Sezer KULAÇOĞLU	Patoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Sezer Kulaçoğlu</i>
Prof.Dr. Özlem EVREN KEMER	Göz Hastalıkları	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Özlem Evren Kemer</i>
Prof. Dr. Altuğ TUNCEL	Üroloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Altuğ Tuncel</i>
Doç. Dr. Doğan UNCU	Tıbbi Onkoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Doğan Uncu</i>
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>İsmail Karabulut</i>
Doç. Dr. Tanju TÜTÜNCÜ	Genel Cerrahi	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Tanju Tütüncü</i>
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Dilek Kanyılmaz</i>
Uzm.Dr.Şeniz S. SULUBULUT	Tıbbi Farmakoloji	SBÜ Ankara Numune SUAM	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	RAPORLU
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selma KOBAL	İş İdaresi	Emekli	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR

İmza:

H. Bodur