



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HİPERTANSİYON TANISI OLAN HASTALARIN YAŞAM
DOYUMLARININ VE KRONİK HASTALIĞA UYUM
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Mahmut Alaçam

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç.Dr. Burcu KAYHAN TETİK**

MALATYA-2021



**T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**HİPERTANSİYON TANISI OLAN HASTALARIN YAŞAM
DOYUMLARININ VE KRONİK HASTALIĞA UYUM
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

**Mahmut Alaçam
ORCID ID: 0000-0001-7327-3286**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Danışmanı
Doç.Dr. Burcu KAYHAN TETİK**

MALATYA-2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ- AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Epidemiyoloji.....	3
2.1.1. Beyaz Önlük hipertansiyonu	7
2.1.2. Maskeli Hipertansiyon.....	7
2.1.3. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği.....	8
2.1.4. Yaşam Doyumu Ölçeği	8
3. MATERYAL VE METOD.....	10
3.1. Araştırmanın Amacı, Yeri, Şekli Süresi.....	10
3.2. Araştırmamızın Veri Toplama Araçları	10
3.3. Araştırmanın Veri Analizi.....	10
4. BULGULAR.....	11
5. TARTIŞMA	25
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	29
KAYNAKLAR	30
EKLER.....	34
EK-1. Etik Kurul Onayı	34

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanması ve uzmanlık eğitimim sürecinde yaptıkları katkılarından dolayı Doç. Dr. Burcu Kayhan Tetik Hocamıza teşekkür ederim.

Uzmanlık eğitimi süresince yaptıkları katkılarından dolayı Doç. Dr. Engin Burak Selçuk Hocamıza teşekkür ederim.

Aile hekimliğinde beraber uyum içinde çalıştığım asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Bu süreçte beni destekleyen aileme teşekkür ederim

Dr. Mahmut Alaçam

Temmuz 2021

ÖZET

Hipertansiyon Tanısı Olan Hastaların Yaşam Doyumlarının Ve Kronik Hastalığa Uyum Durumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Hipertansiyon; sürekli kan basıncı yüksekliğinin olduğu, ciddi komplikasyonların görüldüğü tüm dünyada sıklığı giderek artan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Özellikle vücudumuzdaki tüm damar sistemlerini etkileyebildiğinden oldukça hayati komplikasyonlara neden olabilmektedir. Yaşam kalitesi kişilerin hedefleri ve beklentileri ile bağlantılı olarak, yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimidir. Özellikle kronik hastalık varlığı bireylerin yaşam kalitesini bozabilmektedir. Bu çalışmada da 65 yaş üzeri HT tanısı olan hastalarının kronik hastalığa uyum durumlarını ve mevcut hastalıklarının yaşam doyumlarını nasıl etkilediği değerlendirilmektedir.

Materyal ve Metot: Kesitsel olarak planlanan çalışmada yürütücüler tarafından literatür baz alınarak oluşturulmuş sosyodemografik veri formu ile Yaşam Doyum Ölçeği ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanılmıştır. Çalışmaya, Mart-Aralık 2020 döneminde, Malatya Yeşilyurt TECDE Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı Hipertansiyon hastalarında 201 gönüllü katılmıştır Veriler ortanca (min-maks) ve sayı (yüzde) ile verildi. Normal dağılıma uygunluk Shapiro Wilk testi ile yapıldı. İstatistik analizlerde Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Pearson ki-kare testi, Yatesin düzeltilmeli ki-kare testi ve Fisher' in kesin ki-kare testi uygun olan yerlerde kullanıldı. $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Analizlerde IBM SPSS Statistics 25.0 programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan kadın hastaların yaş ortalaması 65.56 ± 11.42 ve erkek hastaların yaş ortalaması ise 73.25 ± 11.82 yıl idi. Katılımcıların 66 (%32,84) emekli, 90 (%44,78) 10 yıl üzerinde hipertansiyon hastası idi. Katılımcıların 99 (%49,25) u en az bir ilaç kullanmakta idi. Katılımcıların 194'ü (%96,52) düzenli olarak tansiyon ilaçlarını aldıklarını, 174'ü (%86,57) düzenli hekim kontrolüne gittiklerini bildirdi. Katılımcıların 104 (%51,74) en az yarım saat günlük yürüyüş yaptıklarını ve 163 (%81,09) düzenli beslenmeye dikkat ettiklerini söyledi. Katılımcıların 102'si (%50,75) verilen ilaçlarını düzenli olarak kullandıklarını ve yine 102 (%50,75)i hastalığı ile baş edebilmek için verilen eğitimlere katılmadığını, 88 (%43,78) kendisi gibi hipertansiyon tanısı olan hastalarla hastalığı ile ilgili iletişim halinde olduğunu beyan etti. Hastalığından dolayı aile için ilişkilerinde bozulma olup olmadığı sorulduğunda katılımcıların 100 (%49,75) aile ilişkilerinin bozulmadığını ve 111 (%55,22) si geleceğe dair plan yapmakta zorlanmadığını söyledi. Katılımcıların 81 (%40,30) hasta olsa dahi sosyal aktivitelere katıldığını, 59 (%29,35) i tamamen iyileşeceğini düşündüğünü ve 116 (%57,71) i hastalığının uzun süreli kontrol altında olması gerektiğini düşündüğünü beyan etti. Yine 125 (%62,19) katılımcı hastalığına yönelik aldığı tedavinin etkili olduğunu düşündüğünü belirtti. 87 (%43,28) katılımcı verilen egzersizlerini düzenli yaptığını, 104 (%51,74) kişi vücudunda olan değişiklikleri

önemsediğini ve 81 (%40.30) kişi düzenli sağlık kuruluşu muayenelerine gittiğini ve 99 (%49.25) kişi ailesine hastalığı nedeniyle yük olmadığını düşünüyordu. 108 (%53.73) kişi sağlık çalışanlarına oldukça güvendiğini, 123 (%61.19) kişi hastalığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi olduklarını, 113 (%56.22) hastalığının tedavisi ile ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunu ifade etti. Yaşamından memnun olup olmadıkları sorgulandığında 45 (%22.39) kişi memnun olduğunu, 6 (%2.99) kişi tamamen katılarak memnun olduğunu söyledi.

Sonuç: 65 Yaş üzeri hipertansiyonu olan hastaların kronik hastalıklarına uyumunu ve yaşam doyumunu araştırdığımız çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun düzenli ilaç kullandığı, düzenli doktor kontrolüne gittikleri ve hastalığa uyumuna ilişkin herhangi bir sorunları olmadığı bulundu. Ancak yaşam doyumlarını araştırdığımız ölçekteki sorulara verilen yanıtlara bakıldığında yarıdan biraz fazla katılımcıların yaşam doyumlarının yetersiz olduğu bulundu. Bu veriler ışığında özellikle kırılğanlığın daha fazla olduğu ve fiziksel aktivite olarak kısıtlı bir hayat süren 65 yaş üzeri bireylerin yaşam doyumlarını artıracak bir yaşam tarzının oturtulabilmesi için hasta ile birlikte günlük aktivite planı oluşturulmalı ve plana uyabilmeleri için motivasyonlarının artırılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Kronik Hastalık Uyumu, Yaşam Doyumu

ABSTRACT

The Evaluation of Chronic Illness Adaptation and Life Satisfaction of Patients Who Have Hypertension Diagnosis

Aim: Hypertension in which persistent high blood pressure and serious complications are seen is an important public health problem increasingly in the World. As it affects whole vascular system, it may cause pretty serious vital complications. Quality of life is the way that people perceive their situation in connection with their goals and expectation within the whole of their culture and value judgments. Especially the presence of chronic diseases can impair the quality of life of individuals. In this study, how hypertension affects adaptation status and life satisfaction of patients over 65 years were evaluated.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, sociodemographic form and the Life Satisfaction and Chronic Diseases Adaptation Scales based on the literature were used. Two hundreds and one (201) volunteer hypertensive patients who were registered in Yeşilyurt Tecde Family Health Center and applied between March and December 2020 were included in the study. Data were given as median (min-max) and percentage. The conformity to normal distribution was made by Shapiro Wilk test. For statistical analysis, Kruskal Wallis test, Mann-Whitney U test, Pearson chi-square test, Yatesin corrected chi-square test and Fisher's exact chi-square test were used where appropriate. $p < 0.05$ was accepted meaningful statistically. IBM SPSS Statistics 25.0 programme was used in analyses.

Results: The average age of patients was 65.56 ± 11.42 for females, and 73.25 ± 11.82 for males. 66 (32.84%) of patients were retired and 90 (44.78%) of patients had hypertension over ten years. 99 (49.25%) of patients were using at least one medication. 194 (96.52%) of patients indicated that they were using antihypertensive medications regularly, and 174 of patients (86.57%) reported that they went to regular physician control. 104 (51.74%) of the participants stated that they walk for at least half an hour a day, and 163 (81.09%) of the participants pay attention to regular nutrition. 102 (50.75%) of participants indicated that they were using their medications regularly, and again 102 (50.75%) stated that they did not attend the trainings given to cope with their illness. 88 (43.78%) of patients stated that they were in contact with patients with hypertension diagnosis about their illness. When it's asked if they had any problem in family relations due to their illness; 100 (49.75%) of the participants stated that their family relations were not impaired and 111 (55.22%) of them stated that they had no difficulty in planning for the future. 81 (40.30%) of the patients stated that they participated in social activities even if they were sick, 59 (29.35%) thought that they would recover completely, and 116 (57.71%) stated that their disease should be under long-term control. Again, 125 (62.19%) of participants said that they thought the treatment they received was efficient. 87 (43.28%) participants said that they did given exercises regularly, 104 (51.74%) people care about changes in their body, 81 (40.30%)

patients stated that they went to regular health institution examinations, and 99 (49.25%) people thought that their family was not burdened because of their illness. 108 (53.73%) participants declared that they highly trust healthcare workers, 123 (61.19%) participants said they had enough knowledge about their illness, and 113 (56.22%) of patients said that they had enough knowledge about the treatment of their illness. When it was questioned if they were satisfied with their life or not; 45 (22.39%) participants said they were satisfied, 6 (2.99%) of them stated they were completely satisfied.

Conclusion: In this study, which we researched the adaptation of chronic illnesses and life satisfaction of patients having hypertension over 65 years, it was found that most of participants were used to their medications regularly and didn't have any problem about their illness adaptation. However, when looking at the answers given to the questions in the scale where we investigated their life satisfaction, it was found that a little more than half of the participants had insufficient life satisfaction. In the light of the findings, a daily activity plan should be created with the patient in order to establish a lifestyle that will increase the life satisfaction of individuals over the age of 65 who do limited physical activity and especially have a more fragile life and the individuals should be supported with motivation to follow this plan.

Key Words: Hypertension, Chronic Illness Adaptation, Life Satisfaction

SİMGELER VE KISALTMALAR

AKBÖ	: Ambulatuvar kan basıncı ölçümü
DASH	: Dietary Approaches To Stop Hypertension
EKBÖ	: Evde kan basıncı ölçümü
HT	: Hipertansiyon
KB	: Kan basıncı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2.1. Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırılması	5
Tablo 2.2. Ofis ya da klinikte kan basıncı ölçümü.....	6
Tablo 2.3. Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon kavramlarını anlamak için karşılaştırmalı Değerlendirme.....	7
Tablo 2.4. Ofis ölçümlerinden elde edilmiş olan kan basıncı seviyelerine göre kan basıncı tanımlaması	7
Tablo 4.1. Demografik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistik tablosu.....	11
Tablo 4.2. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin tanımlayıcı istatistik tablosu.....	13
Tablo 4.3. Yaşam doyumu ölçeğinin tanımlayıcı istatistik tablosu	16
Tablo 4.4. Düzenli ilaç kullanımı ile demografik değişkenlerin ilişki tablosu	17
Tablo 4.5. Düzenli hekim bilgisi ile demografik değişkenlerin ilişki tablosu	18
Tablo 4.6. Beslenmeye dikkat etme ile demografik değişkenlerin ilişki tablosu.....	19
Tablo 4.7. Yaş değişkeni açısından düzenli ilaç değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu.....	19
Tablo 4.8. Yaş değişkeni açısından düzenli hekim değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu.....	20
Tablo 4.9. Yaş değişkeni açısından Beslenmeye dikkat etme değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu	20
Tablo 4.10. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Cinsiyet değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu	20
Tablo 4.11. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Meslek değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu	21
Tablo 4.12. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Kaç Yıl Hipertansiyon değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu	21

Tablo 4.13. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından İlaç değişkeninin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu	22
Tablo 4.14. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Düzenli İlaç değişkeninin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu	22
Tablo 4.15. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Düzenli Hekim değişkeninin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu	23
Tablo 4.16. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Günlük yürüyüş ve spor değişkeni grupları arasındaki karşılaştırma tablosu	23
Tablo 4.17. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Beslenmeye dikkat etme değişkeninin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu	24

1. GİRİŞ- AMAÇ

Hipertansiyon (HT); sürekli kan basıncı yüksekliğinin olduğu, ciddi komplikasyonların görüldüğü tüm dünyada sıklığı giderek artan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Özellikle vücudumuzdaki tüm damar sistemlerini etkileyebildiğinden oldukça hayati komplikasyonlara neden olabilmektedir. Hipertansiyon prevalansı ülkelere, ırklara, yaşam tarzına, cinsiyete ve yaşa bağlı olmasına rağmen tüm dünyada oldukça sık görülmektedir. Ülkemizde yaklaşık 15 milyon insanda hipertansiyon olduğu bildirilmektedir. Ancak ilaç kullanmayan veya hipertansiyon hastası olduğunu bilmeyenlerde dahil edildiğinde bu sayının çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (1). Özellikle endüstrileşmenin artması nedeniyle daha tuzlu ve kalorili besinler tüketilmesi hipertansiyon sıklığını artırmaktadır.

Hipertansiyon; tekrarlanan ofis ölçümlerinde arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg den daha yüksek olması olarak tanımlanır. Tedavi edilmeyen hipertansiyonun, kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu ve ölüm oranını artırdığı ortaya konmuştur. Hipertansiyonun komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranı, kan basıncı yüksekliği ile doğru orantılı olarak artmaktadır.

Hipertansiyon beslenme ve yaşam stilimizdeki değişiklikler nedeniyle son yüzyılın sık görülen kronik hastalıkları arasındadır. Ülkemizde geniş katılımlı çalışmalardan olan PATENT 2 çalışmasında HT prevalansı %30.3 TEKHARF çalışmasında da %33.7 gibi yüksek oranlar bulunmuştur. Erzurum bölgesinde 2019 yılında yapılan çalışmada HT prevalansı %47.6 olarak bildirilmiştir (2). Her geçen gün yeni vakaların eklendiği HT hastalığı toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir.

Ülkemiz için bilinen bir gerçek ise HT hastalarının tanısı konulsa dahi hastaların ilaç kullanmadıkları ve ilaçları sadece kendilerini kötü hissettiklerine aldıklarıdır. Yapılan çalışmalarda bu durum günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlama yaşamamak ve kendilerini hasta psikolojisine sokmamak olarak açıklanmıştır (3). Ancak HT her ne kadar sessiz bir başlangıç yapsa da ilerleyen yıllarda damarlarda yaptığı değişiklikler nedeniyle bireyin yaşam kalitesini azaltmaktadır. HT yönetiminde başarılı olmak için hastaların ilaç tedavisine uymaları ve hayat stilini değiştirmeleri sağlanmalıdır (4).

Bu çalışmada da 65 yaş zeri HT tanısı olan hastalarının kronik hastalığa uyum durumlarını ve mevcut hastalıklarının yaşam doyumlarını nasıl etkilediği değerlendirmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

Hipertansiyonun tanımı; sistolik kan basıncı değerinin 140 mmHg, diyastolik kan basıncı değerinin 90 mmHg ve üzerinde bulunması veya antihipertansif ilaç kullanıyor olmak şeklinde tanımlanmaktadır (5-8). Tedavi edilmeyen hipertansiyonun, kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu ve ölüm oranını artırdığı ortaya konmuştur. Hipertansiyonun komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranı, kan basıncı yüksekliği ile doğru orantılı olarak artmaktadır. 2012 yılı Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre; hipertansiyon görülme oranı, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yüksek bulunmuştur (9). Literatür incelendiğinde de 2025 yılında hipertansiyon tanısı alan birey sayısının %29.2' ye çıkacağı düşünülmektedir (10,11). Hipertansiyon sadece kendisi değil diğer hastalıklara zemin hazırladığı için de oldukça dikkat edilmesi gereken kronik hastalıklardandır. 40 lı yaşlarda sistolik kan basıncının 20 mmHg veya diyastolik kan basıncının 10 mmHg artması koroner arter hastalık riskini 2 kat artırmaktadır (12).

2.1. Epidemiyoloji

Hipertansiyon sıklığı obezite, sağlıksız beslenme, daha az yapılan fiziksel aktivite ve ortaya çıkan kronik ek hastalıklar, nedeniyle yaşla birlikte artmaktadır. Ayrıca hipertansiyon komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranının olması nedeniyle mutlaka tedavi edilmesi gerekmektedir. Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmasında hipertansiyon hastalarının oranı %40.7 ve ilaç kullananların oranı %31.1, kan basıncı kontrol oranı ise %8.1 bulunmuştur (13). 2012 yılında yapılan PatenT2 çalışmasında hipertansiyon prevalansı %30.3 ve antihipertansif ilaç kullanmayanlar %47.5 bulunmuştur. Türkiye'de yapılan değişik çalışmalarda erişkin yaş grubunda hipertansiyon prevalansı %33 (Türk Kardiyoloji Derneği), %35.9 (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği) ve %30.3 (Türk HT ve Böbrek Hastalıkları Derneği) arasında değişmektedir. "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasında, hipertansiyon prevalansı %33.7 ve yaş ilerledikçe prevalansın arttığı saptanmıştır. Türk toplumunda hipertansiyonun yaygın görülmesinin sebepleri olarak; tedavinin ve yaşam tarzı değişikliğinin hasta bilgilendirilmesinde etkili önerilmemesi, bireylerin kan basıncı yüksekliğini

algılayamadıkları ve kan basıncının kontrol altında tutulmasının güçlüğü gösterilmektedir (14).

Sanayileşmenin artmasıyla birlikte hipertansiyon sıklığı özellikle sistolik tansiyon yüksekliği oldukça sık görülmektedir. Diyastolik tansiyon ise 50 yaşına kadar yükselip 50 yaşından sonra düşme eğilimine girer (15). 50 yaşından önce ortaya çıkan hipertansiyon da hem sistolik hem diastolik tansiyon yüksekliği görülür. Bu durumda koroner arter hastalığı ve inme riskinin daha çok artmasına neden olmaktadır (16). 50 yaşından sonra ortaya çıkan tansiyonda izole sistolik tansiyon yüksekliği görülür. İzole sistolik hipertansiyonda sistolik basınç 140 mmHg'nın üzerinde, diastolik tansiyonun ise 90 mmHg'nın altında olmasıdır.

Hipertansiyon olgularının yaklaşık %80-90'ı primer (esansiyel) hipertansiyondur. Primer hipertansiyon kesin mekanizması bilinmeyen, herhangi bir ikincil hastalığa bağlı oluşmamış, sistemik arteriyel kan basıncının sürekli yüksekliğidir. Primer hipertansiyon oluşumunda genetik oldukça önemli yer işgal etmektedir. Tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre daha fazla görülmesi, aile üyelerinde daha sık görülmesi özellikle öz kardeşlerde üvey kardeşlerden daha fazla aile öyküsü olması nedeniyle genetik risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Sempatik sinir sisteminin aşırı aktif olması ve parasempatik sistemin aktivitesinin azalması hipertansiyon riskini azaltır.

Hastaların %10-20'inde ise aşırı aldosteron salınımı, feokromositoma, hipertiroidi, Cushing, hiperparatiroidi, hipotiroidi, akromegali, uyku apnesi, parankimal böbrek hastalığı, renal arter stenozu ve aort koarktasyonu gibi bir nedene bağlı sekonder hipertansiyon mevcuttur. 20 yaşından önce veya 50 yaşından ortaya çıkan hipertansiyonda, ailede hipertansiyon anamnezi olanlarda ve >180/110 mmHg'nın üzerindeki değere sahip hipertansiyonlarda, belirgin hipertansif hedef organ hasarı olanlarda, sekonder hipertansiyon nedenleri düşünülmelidir. (17).

Hipertansiyon etiyolojisinde pek çok neden suçlanmaktadır. Hipertansiyon etiyolojisinde suçlanan nedenler tablo 2.1' de verilmiştir (17).

Tablo 2.1. Hipertansiyon için etyolojik sınıflama (17).

Primer Hipertansiyon	Sekonder Hipertansiyon
Nedenleri: • Genetik özellikler • Besinlerle aşırı tuz alımı • Obezite • İnsülin Direnci • Renin-angiotensin hormon sistemi bozuklukları • Renal hastalıklar • Anksiyöz kişilik ve stresli yaşam Artıran faktörler: - Alkol tüketiminin fazla olması - Sigara tüketimi - Hareketsiz yaşam - Polisitemi vera - NSAİİ kullanımı	A. Endokrin nedenler 1. Doğum Kontrol İlaçları kullanımı 2. Adrenal bezin fazla çalışması a. Cushing sendromu b. Primer hiperaldosteronizm c. Konjenital adrenal hiperplazi 3. Akromegali4. Feokromositoma5. Hipotiroidi, hipertiroidi6. HiperparatiroidiB. Renal Hastalıklar • Kronik böbrek yetmezliği • Kronik piyelonefrit • Glomerulonefritler • Renal arter stenozu • Diyabete bağlı böbrek hastalıkları C. Uyku- apne sendromuD. Nörolojik nedenler

Hipertansiyon tanısı kan basıncı ölçümü ile konulmaktadır. Kan basıncı ölçümünde düzenli kalibrasyonları yapılmış sfigmomanometre cihazı ile ölçülmelidir. Kan basıncı, ölçen kişiye ve hastaya bağlı çok fazla durumdan etkilenmektedir. Kan basıncı günün herhangi bir saatinde yapılabilir. Ancak dikkat edilmesi gereken kahve, sigara, çay gibi içecekler ile egzersiz ve yemek yenilmesi gibi kan basıncını değiştirebilecek durumlarda 30 dk sonra ölçüm yapılmasına dikkat edilmelidir (17). Ölçümlere, hasta sessiz bir odada en az 5 dakika dinlendikten sonra uygun oda ısı ve aydınlatması olan ortamda yapılmalıdır. Hastanın tansiyon ölçülecek kolu çıplak olmalı, ölçüm sırasında konuşmamalı, dik oturmalıdır. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde ve tansiyon aletinin manşonunun alt ucu dirsek çukurunun 2.5-3 cm üzerine olacak şekilde yerleştirilmelidir. Ölçüm sırasında stetoskopun kadrının manşonun altına sıkıştırılmamasına dikkat edilmelidir. Ölçüm her iki koldan birden yapılmalı ve kaydedilmelidir. Eğer her iki kol arasında fark varsa 10 dk dinledikten sonra ölçüm tekrarlanmalı hala fark devam ediyorsa bir daha ki ölçüm yüksek olan koldan başlanarak yapılmalıdır.

Tablo 2.2. Ofis ya da klinikte kan basıncı ölçümü (17)

Ofis ölçümünde dikkat edilecekler
a) Ölçüm yapılacak oda sessiz, rahat ve normal ısıda olmalıdır.
b) Hasta en az 5 dakika oturur veya yatar pozisyonunda dinlenmelidir.
c) Ölçüm öncesi hastanın duyu durumu, egzersiz, dolu mesane, yemek yenmiş olması, sigara içimi, kafeinli içeceklerin tüketilmesi, ilaç alımı, ağrı hissedilmesi, şok, dehidratasyon gibi kan basıncını olumsuz yönde etkileyecek faktörlerin değerlendirilmesi gereklidir.
d) Hastanın kilo ve yaşına uygun, daha önceden kalibre edilmiş manşona sahip kan basıncı ölçüm aleti kullanılmalıdır.
e) Hasta eğer oturtulacak ise sırtı yaslanmalı ve ayakları yere basmalıdır.
f) Ölçüm yapılacak kol kalp hizasında olacak şekilde desteklenmelidir ve ölçülecek kolu sıkacak hiçbir giysi giymemelidir.
g) Genelde dominant olmayan koldan ölçüm alınarak başlanır.
h) Klinikte veya evde elektronik alet kullanılacaksa mutlaka önce nabız muayenesi yapıp normal ritimde olup olmadığı kontrol edilmelidir. Atrial fibrilasyon gibi bir aritmi mevcut ise elektronik aletler vuruları kaçırabilir. Bu durumda oskültasyon ile ölçümler alınmalıdır.
i) Ölçüm için öncelikle manuel olarak brakial arter nabzının kaybolduğu basıncı tesbit etmek ve sonra oskültasyonda bu noktanın 20 mmHg üzerine kadar manşonu şişirmek yöntemi tercih edilmelidir. Aksi taktirde sistolik kan basıncı değerini bilmeden manşonun aşırı fazla şişirilmesi yüksek sistolik kan basıncı ölçümlerine yol açabilir.
j) Sistolik ve diyastolik KB'nı belirlemek için faz I ve faz V Korotkoff sesleri kullanılmalıdır.
k) Manşon 2-3 mmHg/sn hızında indirilmelidir. Daha hızlı indirmelerden kaçınılmalıdır.
l) Kan basıncı ölçümü mutlaka her iki koldan yapılmalıdır. Her iki kol arası kan basıncı farkı <10 mmHg ise normal kabul edilebilirken kan basıncı farkının > sistolik 20 mmHg ve diastolik >10 mmHg olduğu durumlarda ise mutlaka ileri araştırma yapılmalıdır.
m) İlk muayenede risk faktörleri olsun olmasın mutlaka ortostatik hipotansiyon varlığına bakılmalıdır. Sistolik kan basıncı >20 mmHg düşerse ileri sorgulama ve araştırma yapılmalıdır.
n) Kan basıncı takipleri yüksek çıkmış olan koldan ölçümlere devam edilerek yapılmalıdır.
o) Yaşlı ve diyabetik hastalarda mutlaka ortostatik hipotansiyon tespiti için hastaları normal kan basıncı ölçümünden sonra ayakta 3 dk bekleterek KB ölçülmelidir. Sistolik ≥ 20 mmHg veya diyastolik KB ≥ 10 mmHg düşmesi durumunda ortostatik hipotansiyon varlığı kabul edilir. Bu durum özellikle diyabetik hastalarda artmış mortalite ile ilişkilidir.

Bazı durumlarda kan basıncının evde ve ofiste ölçümlerinde farklı sonuçlar bulunabilmektedir. Böyle durumlarda hastanın evde kullandığı tansiyon aletini hastaneye getirerek kıyaslama yapılması uygun olacaktır. Eğer tansiyon aletinin her ikisi de benzer sonuçları buluyorsa o zaman Beyaz önlük hipertansiyonu veya maskeli hipertansiyon akla getirilmelidir.

2.1.1. Beyaz Önlük hipertansiyonu

Evde ölçülen kan basıncı değerlerinin normal değerlerde yani 130/80 mmHg'nın altında iken hastanede gerçekleştirilen ölçümlerin daha yüksek değerler olması ve bu durumun en az 3 kez tekrarlamasıdır. Bu durumun tedavi edilip edilmeyeceği tam olarak netleşmiş değildir. Ancak son literatüre göre ek hastalık varlığında yaşam tarzı değişikliği yanında ilaç tedavisi başlanırken, ek hastalık yokluğunda sadece yaşam tarzı değişikliği önerisinin yeterli olacağı düşünülmektedir. (17)

2.1.2. Maskeli Hipertansiyon

Beyaz önlük tansiyonunun tam tersi olarak söylemek mümkündür. Evde yapılan ölçümlerde kan basıncı 130/80 mmHg'nın üzerinde iken hastanede gerçekleşen ölçümlerde kan basıncının normal düzeylerde çıkmasıdır. Toplumdaki görülme sıklığı %10'lar civarındadır. (17)

Tablo 2.3. Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon kavramlarını anlamak için karşılaştırmalı Değerlendirme (17)

Ofis dışı KB ölçümü	<140/90 mmHg	≥140/90 mmHg
EKBÖ<130/80 AKBÖ<130/80	Normal Kan Basıncı	Beyaz önlük HT
EKBÖ≥130/80 AKBÖ≥130/80	Maskeli HT	Hipertansiyon

KB: Kan basıncı, EKBÖ: Evde kan basıncı ölçümü, AKBÖ: Ambulatuvar kan basıncı ölçümü, HT: Hipertansiyon

Tablo 2.4. Ofis ölçümlerinden elde edilmiş olan kan basıncı seviyelerine göre kan basıncı tanımlaması

Kategori	Sistolik (mmHg)	Diyastolik (mmHg)
Normal	<120	ve <80
Artmış kan basıncı	120-139	ve/veya 80-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya 90-99
Evre 2 HT	≥160	ve/veya ≥100
Evre 3 HT	≥180	ve/veya ≥110

Hala günümüzde hipertansiyonun tam etkili bir tedavisi uygulanamamaktadır. Bunun nedenleri arasında hastaların hastalıklarını tam olarak kavrayamaması, ilaçlarını düzenli kullanmaması, yemeklerde tuz kullanma alışkanlıklarını ve yaşam tarzı değişikliklerini tam oturtamamasından kaynaklanabilir. Çoğu hastalıklarda olduğu gibi hasta uyumu, tedavinin devamlılığını etkilemekte ve hastaların yaşam kalitesini bozarak hastalığına uyumu zorlaştırmaktadır.

Kronik hastalıklar, bireyin alışmasının zor olduğu sürekli ve ilerleyici hastalıklardır. Bireyin bu durumu kabullenmesi verilen tedaviye uyumunu artırmaktadır. Kronik hastalıklara uyum oldukça önemli kavramdır. Kronik hastalıklara uyum, hastanın davranışının ilaç kullanma, gerekli diyeti uygulama veya diğer yaşam tarzı değişikliklerini yapma gibi klinik önerilere uyma düzeyidir (18). Özellikle kronik hastalık yaşanması durumunda bireyin beden imajı ve yaşam biçiminde ki bozulma kronik hastalıkların yönetimini, fizyolojik ve psiko-sosyal problemlerin yönetimini etkileyebilmektedir (19).

2.1.3. Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği

Kronik hastalığın şikayetleri, komplikasyonları ve yaşadığı psikososyolojik değişiklikler kişide stres yaratabilir ve adaptasyon kapasitesini bozabilir. Bu amaçla 2016 yılında Atik ve Karatepe tarafından Kronik Hastalık Uyum ölçeği geliştirilmiştir. 25 maddelik ölçeğin fiziksel, sosyal ve psikolojik uyum olmak üzere 3 alt ölçeği vardır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 125'tir. Alt ölçeklerden ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların artması, hastaların hastalığa uyum düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir (20). Üç alt boyutlu ve 25 maddeli olan ölçekte; 1., 9., 10., 13., 14., 15., 16., 18., 22., 23., 24. maddeler fiziksel uyumu; (maksimum 55, minimum 11 puan), 2., 3., 5., 7., 17., 19., 25. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan), sosyal uyumu; 4., 6., 8., 11., 12., 20., 21. maddeler (maksimum 35, minimum 7 puan), psikolojik uyumu ölçmektedir. Puanlama yapılırken 1., 2., 3., 4., 7., 8., 9., 10., 11., 13., 14., 15., 16., 18., 21., 22., 23. maddeler normal sırası ile 5., 6., 12., 17., 19., 20., 24., 25. maddeler tersten yani 5, 4, 3, 2, 1 şeklinde puanlanmaktadır.

2.1.4. Yaşam Doyumu Ölçeği

Diener ve ark tarafından 1985 yılında geliştirilen Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe geçerlilik güvenilirliği 2016 yılında Dağlı ve Baysal tarafından yapılmıştır. Diener ve ark geliştirdikleri ölçek beş maddeden ve 7'li likert tipinde (1: Kesinlikle

Katılmıyorum – 7: Tamamen Katılıyorum) ölçektir. 1991 yılında Köker (1991) tarafından Türkçeye uyarlanmış ölçeğin bazı sorularının Türk yaşantısına uygun olmadığı düşünülerek 7’li derecelendirme 5’ li likert (1: Kesinlikle Katılmıyorum – 5: Tamamen Katılıyorum) olarak değiştirilmiştir. 2016 yılında Dağlı ve Baysal tarafından Türkçeye modifiye edilen ölçek tekrar analiz edilmiş ve 5’ li likert olarak bulunan formun toplumumuza uygun olduğu ve geçerli bir ölçek olduğu bildirilmiştir (21).

Hipertansiyon yönetiminde başarılı olmak için hastaların ilaç tedavisine uymaları ve hayat stilini değiştirmeleri sağlanmalıdır (22).

Bu çalışmada da 65 yaş üzeri HT tanısı olan hastalarının kronik hastalığa uyum durumlarını ve mevcut hastalıklarının yaşam doyumlarını nasıl etkilediği değerlendirilmektedir.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Amacı, Yeri, Şekli Süresi

Kesitsel olarak planlanan çalışmada yürütücüler tarafından literatür baz alınarak oluşturulmuş sosyodemografik veri formu ile Yaşam Doyum Ölçeği ve Kronik Hastalıklara Uyum Ölçeği Kullanılmıştır. Malatya Yeşilyurt TECDE Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı Hipertansiyon hastaları içinden çalışmaya katılmayı kabul edenlere uygulanmıştır. Güç analizi ile örneklem büyüklüğü; I. Tip hata miktarı (alfa) 0.05, testin gücü (1-beta) 0.8, etki büyüklüğü 0.21 ve alternatif hipotez (H1) iki yönlü iken bu test kullanılarak anlamlı bir fark bulunabilmesi için gerekli olan minimum örneklem büyüklüğü 178 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya, Mart-Aralık 2020 döneminde, Malatya Yeşilyurt TECDE Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı Hipertansiyon tanısı olan 65 yaş üstü 201 gönüllü katılmıştır. 18.02.2020 tarihinde İnönü Üniversitesi Bilimsel Araştırma Yayın Etiği Kurulu (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)'ndan 2020/4-426 numaralı etik kurul onayı (EK-1) alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, araştırma hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra onamları alındı.

3.2. Araştırmamızın Veri Toplama Araçları

Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Kronik hastalıklar uyum ölçeği ve Yaşam Doyumu ölçeği yüz yüze görüşme tekniğiyle dolduruldu. Çalışmamızda Hipertansiyon tanısı olan 65 yaş üzeri ve Tecde Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı olan hastalar dahil edildi.

3.3. Araştırmanın Veri Analizi

Veriler ortanca ve sayı ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Kruskal Wallis testi, Mann-Whitney U testi, Pearson ki-kare testi, Yatesin düzeltilmeli ki-kare testi ve Fisher' in kesin ki-kare testi istatistiksel analizlerde gerekli yerlerde kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ değeri kabul edildi. Tüm istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 25.0 programı kullanıldı.

4. BULGULAR

Çalışmaya, Mayıs-Aralık 2020 döneminde, Malatya Yeşilyurt TECDE Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı Hipertansiyon tanısı olan 65 yaş üzeri 201 gönüllü katılmıştır. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 65.84 ± 11.56 yıl idi. Çalışmaya katılan kadın hastaların yaş ortalaması 65.56 ± 11.42 ve erkek hastaların yaş ortalaması ise 73.25 ± 11.82 dir. Katılımcıların 66 (%32.84) emekli, 90 (%44.78) 10 yıl bir gün ve üzerinde hipertansiyon hastası idi. Katılımcıların 99 (%49.25) u en az bir ilaç kullanmakta idi. 194 (%96.52) i düzenli olarak tansiyon ilaçlarını aldıklarını, 174 (%86.57) ü düzenli hekim kontrolüne gittiklerini bildirdi. Katılımcıların 104 (%51.74) en az yarım saat günlük yürüyüş yaptıklarını ve 163 (%81.09) düzenli beslenmeye dikkat ettiklerini söyledi.

Tablo 4.1. Demografik değişkenlere ait tanımlayıcı istatistik tablosu

Değişkenler		n (%)
Cinsiyet	Kadın	121 (%60.20)
	Erkek	80 (%39.80)
Meslek	Emekli	66 (%32.84)
	Ev hanımı	111 (%55.22)
	Memur	9 (%4.48)
	İşçi	4 (%1.99)
	Serbest Meslek	11 (%5.47)
Kaç Yıl Hipertansiyon	0-5 yıl	53 (%26.37)
	5 yıl 1gün-10 yıl	58 (%28.86)
	10 yıl 1gün ve üzeri	90 (%44.78)
İlaç	1	99 (%49.25)
	2	85 (%42.29)
	3	17 (%8.46)
Düzenli İlaç	Evet	194 (%96.52)
	Hayır	7 (%3.48)
Düzenli Hekim	Evet	174 (%86.57)
	Hayır	27 (%13.43)

Günlük yürüyüş ve spor	Yürüyüş ve spor yapmıyorum	66 (%32.84)
	En az yarım saat yürüyüş yapıyorum	104 (%51.74)
	En az yarım saat yürüyüş ve orta tempolu spor yapıyorum	7 (%3.48)
	Haftada en az 3 gün yürüyüş ve orta tempolu spor yapıyorum	24 (%11.94)
Beslenmeye dikkat etme	Evet	163 (%81.09)
	Hayır	21 (%10.45)
	Fikrim yok	17 (%8.46)

Katılımcıların 194 (%96.52) i verilen ilaçlarını düzenli olarak kullandıklarını, 102 (%50.75)i hastalığı ile baş edebilmek için verilen eğitimlere katılmadığını, 88 (%43.78) kendisi gibi hipertansiyon tanısı olan hastalarla hastalığı ile ilgili iletişim halinde olduğunu beyan etti. Hastalığından dolayı aile için ilişkilerinde bozulma olup olmadığı sorulduğunda katılımcıların 100 (%49.75) i herhangi bir bozulma olmadığını, 111 (%55.22) si geleceğe dair plan yapmakta zorlanmadığını söyledi. Katılımcıların 81 (%40.30) hasta olsa dahi sosyal aktivitelere katıldığını, 59 (%29.35)'i tamamen iyileşeceğini düşündüğünü ve 116 (%57.71) i hastalığının uzun süreli kontrol altında olması gerektiğini düşündüğünü beyan etti. Yine 125 (%62.19) katılımcı hastalığına yönelik aldığı tedavinin etkili olduğunu düşündüğünü belirtti. Katılımcılara sorulan “Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.” sorusuna 81 (%40.30) kişi katılmadığını, “Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.” sorusuna 95 (%47.26) kişi katıldığını söyledi. 87 (%43.28) katılımcı verilen egzersizlerini düzenli yaptığını, 104 (%51.74) kişi vücudunda olan değişiklikleri önemseydiğini ve 81 (%40.30) kişi düzenli sağlık kuruluşu muayenelerine gittiğini ve 99 (%49.25) kişi ailesine hastalığı nedeniyle yük olmadığını düşünüyordu. 108 (%53.73) kişi sağlık çalışanlarına oldukça güvendiğini, 123 (%61.19) kişi hastalığı ile ilgili yeterince bilgi sahibi olduklarını, 113 (%56.22) hastalığının tedavisi ile ilgili yeterince bilgi sahibi olduğunu ifade etti. Katılımcılara sorulan Kronik hastalıklara Uyum Ölçeğinde bulunan sorulara verilen cevaplar Tablo 4.2 de verilmiştir.

Tablo 4.2. Kronik hastalıklara uyum ölçeğinin tanımlayıcı istatistik tablosu

Hastalığım için verilen ilaçları düzenli kullanıyorum.	Katılmıyorum	8 (%3,98)
	Kararsızım	3 (%1,49)
	Katılıyorum	88 (%43,78)
	Tamamen Katılıyorum	102 (%50,75)
Hastalığımla baş etmemde bana destek olacak eğitimlere katılıyorum.	Hiç katılmıyorum	38 (%18,91)
	Katılmıyorum	102 (%50,75)
	Kararsızım	42 (%20,90)
	Katılıyorum	13 (%6,47)
Benimle aynı hastalığı olan kişilerle iletişim halindeyim.	Tamamen Katılıyorum	6 (%2,99)
	Hiç katılmıyorum	21 (%10,45)
	Katılmıyorum	58 (%28,86)
	Kararsızım	28 (%13,93)
Vücudumda ortaya çıkan değişiklikleri (şişlik, kilo artışı vb.) önemsiyorum.	Katılıyorum	88 (%43,78)
	Tamamen Katılıyorum	6 (%2,99)
	Hiç katılmıyorum	14 (%6,97)
	Katılmıyorum	30 (%14,93)
Hastalığımdan dolayı aile içi ilişkilerim olumsuz etkilendi.	Kararsızım	16 (%7,96)
	Katılıyorum	104 (%51,74)
	Tamamen Katılıyorum	37 (%18,41)
	Hiç katılmıyorum	37 (%18,41)
Hastalığım geleceğe yönelik planlar yapmamı engelliyor.	Katılmıyorum	100 (%49,75)
	Kararsızım	41 (%20,40)
	Katılıyorum	18 (%8,96)
	Tamamen Katılıyorum	5 (%2,49)
Hasta olsam da sosyal aktivitelere katılıyorum	Hiç katılmıyorum	29 (%14,43)
	Katılmıyorum	111 (%55,22)
	Kararsızım	37 (%18,41)
	Katılıyorum	17 (%8,46)
Tamamen iyileşeceğimi düşünüyorum	Tamamen Katılıyorum	7 (%3,48)
	Hiç katılmıyorum	15 (%7,46)
	Katılmıyorum	44 (%21,89)
	Kararsızım	34 (%16,92)
Tamamen cinsel yaşamımı etkilemiyor	Katılıyorum	81 (%40,30)
	Tamamen Katılıyorum	27 (%13,43)
	Hiç katılmıyorum	18 (%8,96)
	Katılmıyorum	32 (%15,92)
	Kararsızım	63 (%31,34)
	Katılıyorum	59 (%29,35)
	Tamamen Katılıyorum	29 (%14,43)
	Hiç katılmıyorum	8 (%3,98)
	Katılmıyorum	54 (%26,87)
	Kararsızım	99 (%49,25)
	Katılıyorum	34 (%16,92)
	Tamamen Katılıyorum	6 (%2,99)

Hastalığım uzun süreli olarak kontrol altında olmamı gerektiriyor	Hiç katılmıyorum	7 (%3,48)
	Katılmıyorum	13 (%6,47)
	Kararsızım	24 (%11,94)
	Katılıyorum	116 (%57,71)
	Tamamen Katılıyorum	41 (%20,40)
Hastalığım nedeniyle aldığım tedavinin etkili olacağını düşünüyorum.	Hiç katılmıyorum	3 (%1,49)
	Katılmıyorum	16 (%7,96)
	Kararsızım	19 (%9,45)
	Katılıyorum	125 (%62,19)
	Tamamen Katılıyorum	38 (%18,91)
Hastalığım sebebiyle temkinli/tedbirli yaşamak bana çok zor geliyor.	Hiç katılmıyorum	18 (%8,96)
	Katılmıyorum	81 (%40,30)
	Kararsızım	44 (%21,89)
	Katılıyorum	42 (%20,90)
	Tamamen Katılıyorum	16 (%7,96)
Hasta olsam da evdeki işlerimi yapıyorum.	Hiç katılmıyorum	5 (%2,49)
	Katılmıyorum	15 (%7,46)
	Kararsızım	12 (%5,97)
	Katılıyorum	114 (%56,72)
	Tamamen Katılıyorum	55 (%27,36)
Hastalığımla ilgili evde takip etmem gereken ölçümleri (tansiyon, kan şekeri vb.) yapıyorum.	Hiç katılmıyorum	16 (%7,96)
	Katılmıyorum	22 (%10,95)
	Kararsızım	9 (%4,48)
	Katılıyorum	95 (%47,26)
	Tamamen Katılıyorum	59 (%29,35)
Hastalığım sebebiyle verilen diyeti düzenli uyguluyorum.	Hiç katılmıyorum	18 (%8,96)
	Katılmıyorum	40 (%19,90)
	Kararsızım	31 (%15,42)
	Katılıyorum	87 (%43,28)
	Tamamen Katılıyorum	25 (%12,44)
Hastalığım sebebiyle verilen egzersizleri düzenli yapıyorum.	Hiç katılmıyorum	31 (%15,42)
	Katılmıyorum	64 (%31,84)
	Kararsızım	48 (%23,88)
	Katılıyorum	49 (%24,38)
	Tamamen Katılıyorum	9 (%4,48)
Hastalığımdan dolayı arkadaş ilişkilerim olumsuz etkilendi.	Hiç katılmıyorum	36 (%17,91)
	Katılmıyorum	114 (%56,72)
	Kararsızım	27 (%13,43)
	Katılıyorum	18 (%8,96)
	Tamamen Katılıyorum	6 (%2,99)
Düzenli olarak sağlık kuruluşuna kontrole gidiyorum.	Hiç katılmıyorum	5 (%2,49)
	Katılmıyorum	21 (%10,45)
	Kararsızım	15 (%7,46)
	Katılıyorum	79 (%39,30)
	Tamamen Katılıyorum	81 (%40,30)

Hastalığım sebebiyle aileme yük olduğumu düşünüyorum.	Hiç katılmıyorum	48 (%23,88)
	Katılmıyorum	99 (%49,25)
	Kararsızım	27 (%13,43)
	Katılıyorum	17 (%8,46)
	Tamamen Katılıyorum	10 (%4,98)
Hasta olmak beni endişelendiriyor.	Hiç katılmıyorum	19 (%9,45)
	Katılmıyorum	91 (%45,27)
	Kararsızım	50 (%24,88)
	Katılıyorum	32 (%15,92)
	Tamamen Katılıyorum	9 (%4,48)
Sağlık çalışanlarına güveniyorum.	Katılmıyorum	9 (%4,48)
	Kararsızım	6 (%2,99)
	Katılıyorum	78 (%38,81)
	Tamamen Katılıyorum	108 (%53,73)
Hastalığım ile ilgili yeterince bilgi sahibiyim.	Hiç katılmıyorum	2 (%1,00)
	Katılmıyorum	20 (%9,95)
	Kararsızım	31 (%15,42)
	Katılıyorum	123 (%61,19)
	Tamamen Katılıyorum	25 (%12,44)
Tedavilerimle ilgili yeterince bilgi sahibiyim.	Hiç katılmıyorum	3 (%1,50)
	Katılmıyorum	28 (%14,00)
	Kararsızım	48 (%24,00)
	Katılıyorum	100 (%50,00)
	Tamamen Katılıyorum	21 (%10,50)
Hastalığınız için gereken maddi kaynakları temin etmede zorluk çekiyorum.	Hiç katılmıyorum	19 (%9,45)
	Katılmıyorum	113 (%56,22)
	Kararsızım	42 (%20,90)
	Katılıyorum	22 (%10,95)
	Tamamen Katılıyorum	5 (%2,49)
Hastalığımın dolaylı çalışma hayatım olumsuz etkilendi.	Hiç katılmıyorum	53 (%26,37)
	Katılmıyorum	103 (%51,24)
	Kararsızım	23 (%11,44)
	Katılıyorum	15 (%7,46)
	Tamamen Katılıyorum	7 (%3,48)

Yaşam Doyum Ölçeğinin her bir sorusuna verilen cevaplar irdelendiğinde; katılımcıların ideallerine yakın bir yaşantısı olup olmadığı sorgulandığında 131 (%65.17) kişi kararsız kaldığını, 125 (%62.19) kişi yaşam koşullarının mükemmelliği konusunda kararsız kaldığını söyledi. Yaşamından memnun olup olmadıkları sorgulandığında 45 (%22.39) kişi memnun olduğunu, 6 (%2.99) kişi tamamen katılarak memnun olduğunu söyledi. “Şimdiye kadar yaşamında istediği her şeye sahip olup olmadığı sorgulandığında 59 (%29.35) kişi sahip olmadığını söyledi. Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hiçbir şeyi değiştirmezdim diye sorulduğunda 111 (%55.22) kişi

kararsız olduğunu söyledi. Yaşam Doyum Ölçeğinin sorularına verilen cevaplar Tablo 4.3 de verilmiştir.

Tablo 4.3. Yaşam doyumu ölçeğinin tanımlayıcı istatistik tablosu

	Hiç katılmıyorum	10 (%4,98)
	Katılmıyorum	23 (%11,44)
	Kararsızım	131 (%65,17)
	Katılıyorum	32 (%15,92)
	Tamamen Katılıyorum	5 (%2,49)
Yaşam koşullarım mükemmeldir	Hiç katılmıyorum	7 (%3,48)
	Katılmıyorum	37 (%18,41)
	Kararsızım	125 (%62,19)
	Katılıyorum	30 (%14,93)
	Tamamen Katılıyorum	2 (%1,00)
Yaşamımdan memnunum	Hiç katılmıyorum	5 (%2,49)
	Katılmıyorum	23 (%11,44)
	Kararsızım	122 (%60,70)
	Katılıyorum	45 (%22,39)
	Tamamen Katılıyorum	6 (%2,99)
Şimdiye kadar yaşamdan istediğim önemli şeylere sahip oldum	Hiç katılmıyorum	13 (%6,47)
	Katılmıyorum	59 (%29,35)
	Kararsızım	98 (%48,76)
	Katılıyorum	28 (%13,93)
	Tamamen Katılıyorum	3 (%1,49)
Tekrar dünyaya gelsem hayatımdaki hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim	Hiç katılmıyorum	24 (%11,94)
	Katılmıyorum	34 (%16,92)
	Kararsızım	111 (%55,22)
	Katılıyorum	21 (%10,45)
	Tamamen Katılıyorum	11 (%5,47)

Düzenli hekim ve beslenmeye dikkat etme değişkenleri ile bağımlı/hedef değişkenin (düzenli ilaç) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Ancak cinsiyet ve meslek değişkenleri ile bağımlı/hedef değişkenin (düzenli ilaç) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). (Tablo 4.4)

Tablo 4.4. Düzenli ilaç kullanımı ile demografik değişkenlerin ilişki tablosu

Değişkenler	Düzenli İlaç		p-değeri
	Evet	Hayır	
	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	
Cinsiyet	Kadın	116 (%59,79)	0.705**
	Erkek	78 (%40,21)	
Meslek	Emekli	65 (%33,51)	0.081*
	Ev hanımı	107 (%55,15)	
	Memur	9 (%4,64)	
	İşçi	4 (%2,06)	
	Serbest Meslek	9 (%4,64)	
Düzenli Hekim	Evet	172 (%88,66)	0.001**
	Hayır	22 (%11,34)	
Beslenmeye dikkat etme	Evet	160 (%82,47)	<0.001*
	Hayır	21 (%10,82)	
	Fikrim yok	13 (%6,70)	

*: Pearson ki kare testi, **: Fisherin kesin ki-kare testi

Meslek, beslenmeye dikkat etme ve düzenli ilaç değişkenleri ile bağımlı/hedef değişkenin (düzenli hekim) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p < 0.05$). Ancak cinsiyet değişkeni ile bağımlı/hedef değişkenin (düzenli hekim) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p > 0.05$).

Tablo 4.5. Düzenli hekim bilgisi ile demografik değişkenlerin ilişki tablosu

Değişkenler		Düzenli Hekim		p-değeri
		Evet	Hayır	
		Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	
Cinsiyet	Kadın	103 (%59,20)	18 (%66,67)	0.59**
	Erkek	71 (%40,80)	9 (%33,33)	
Meslek	Emekli	63 (%36,21)	3 (%11,11)	0.003*
	Ev hanımı	94 (%54,02)	17 (%62,96)	
	Memur	7 (%4,02)	2 (%7,41)	
	İşçi	4 (%2,30)	0 (%0,00)	
	Serbest Meslek	6 (%3,45)	5 (%18,52)	
Beslenmeye dikkat etme	Evet	153 (%87,93)	10 (%37,04)	<0.001*
	Hayır	12 (%6,90)	9 (%33,33)	
	Fikrim yok	9 (%5,17)	8 (%29,63)	
Düzenli ilaç	Evet	172 (%98,85)	22 (%81,48)	0.001***
	Hayır	2 (%1,15)	5 (%18,52)	

*: Pearson ki kare testi, **:Yatesin düzeltilmeli testi; ***: Fisherin kesin ki-kare testi

Düzenli hekim ve düzenli ilaç değişkenleri ile bağımlı/hedef değişkenin (beslenmeye dikkat etme) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Ancak cinsiyet, meslek ve kaç yıl hipertansiyon değişkenleri ile bağımlı/hedef değişkenin (beslenmeye dikkat etme) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Beslenmeye dikkat etme ile demografik verilerin kıyaslanması Tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6. Beslenmeye dikkat etme ile demografik değişkenlerin ilişki tablosu

Değişkenler		Beslenmeye dikkat etme			p-değeri*
		Evet	Hayır	Fikrim yok	
		Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	Sayı (Yüzde)	
Cinsiyet	Kadın	95 (%58,28)	14 (%66,67)	12 (%70,59)	0.501
	Erkek	68 (%41,72)	7 (%33,33)	5 (%29,41)	
Meslek	Emekli	59 (%36,20)	4 (%19,05)	3 (%17,65)	0.158
	Ev hanımı	88 (%53,99)	13 (%61,90)	10 (%58,82)	
	Memur	6 (%3,68)	2 (%9,52)	1 (%5,88)	
	İşçi	4 (%2,45)	0 (%0,00)	0 (%0,00)	
	Serbest	6 (%3,68)	2 (%9,52)	3 (%17,65)	
	Meslek				
Düzenli İlaç	Evet	160 (%98,16)	21 (%100,00)	13 (%76,47)	<0.001
	Hayır	3 (%1,84)	0 (%0,00)	4 (%23,53)	
Kaç Yıl Hipertansiyon	0-5 yıl	45 (%27,61)	1 (%4,76)	7 (%41,18)	0.111
	5 yıl 1gün-10 yıl	45 (%27,61)	9 (%42,86)	4 (%23,53)	
	10 yıl 1gün ve üzeri	73 (%44,79)	11 (%52,38)	6 (%35,29)	
Düzenli Hekim	Evet	153 (%93,87)	12 (%57,14)	9 (%52,94)	<0.001
	Hayır	10 (%6,13)	9 (%42,86)	8 (%47,06)	

*: Pearson ki kare testi

Yaş değişkeni açısından bağımlı/hedef değişkenin (düzenli ilaç) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Yaş değişkeni açısından düzenli ilaç değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	Düzenli İlaç		p-değeri*
	Evet	Hayır	
	Median(min-max)	Median(min-max)	
Yaş	63 (31-95)	48 (31-82)	0.168

*: Mann Whitney U testi

Yaş değişkeni açısından bağımlı/hedef değişkenin (düzenli hekim) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.8. Yaş değişkeni açısından düzenli hekim değişkeninin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	Düzenli Hekim		p-değeri*
	Evet	Hayır	
	Median(min-max)	Median(min-max)	
Yaş	63 (31-95)	62 (31-84)	0.567

*: Mann Whitney U testi

Yaş değişkeni açısından bağımlı/hedef değişkenin (beslenmeye dikkat etme) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Yaş değişkeni açısından Beslenmeye dikkat etme değişkeninin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	Beslenmeye dikkat etme			p-değeri*
	Evet	Hayır	Fikrim yok	
	Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)	
Yaş	64 (31-95)	63 (48-80)	61 (31-72)	0.187

*: Kruskal Wallis testi

Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından bağımlı/hedef değişkenin (cinsiyet) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Cinsiyet değişkeninin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	Cinsiyet		p-değeri*
	Kadın	Erkek	
	Median(min-max)	Median(min-max)	
Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı	79 (56-111)	79 (60-105)	0.788
Yaşam doyumu ölçeği toplamı	15 (5-25)	15 (5-23)	0.604

*: Mann Whitney U testi

Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından bağımlı/hedef değişkenin (meslek) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Meslek değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	Meslek					p-değeri*
	Emekli	Ev hanımı	Memur	İşçi	Serbest Meslek	
	Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)	
Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı	79.5 (60-97)	79 (56-111)	78 (67-88)	74 (73-92)	77 (67-105)	0.997
Yaşam doyumu ölçeği toplamı	14 (5-21)	15 (5-25)	16 (9-19)	14 (10-17)	15 (11-23)	0.145

*: Kruskal Wallis testi

Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından bağımlı/hedef değişkenin (kaç yıl hipertansiyon) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Kaç Yıl Hipertansiyon değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	Kaç Yıl Hipertansiyon			p-değeri*
	0-5 yıl	5 yıl 1gün-10 yıl	10 yıl 1gün ve üzeri	
	Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)	
Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı	79.5 (60-96)	80 (61-97)	79 (56-111)	0.657
Yaşam doyumu ölçeği toplamı	15 (5-22)	14 (5-23)	15 (5-25)	0.248

*: Kruskal Wallis testi

Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından bağımlı/hedef değişkenin (ilaç) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.13. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından İlaç değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	İlaç			p-değeri*
	1	2	3	
	Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)	
Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı	79.5 (60-105)	79 (56-111)	79 (69-92)	0.505
Yaşam doyumu ölçeği toplamı	15 (5-25)	14 (5-20)	15 (12-21)	0.062

*: Kruskal Wallis testi

Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından bağımlı/hedef değişkenin (düzenli ilaç) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.14. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Düzenli İlaç değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	Düzenli İlaç		p-değeri*
	Evet	Hayır	
	Median(min-max)	Median(min-max)	
Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı	79 (56-111)	77 (67-105)	0.968
Yaşam doyumu ölçeği toplamı	15 (5-25)	11 (5-18)	0.061

*: Mann Whitney U testi

Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı değişkeni açısından bağımlı/hedef değişkenin (düzenli hekim) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Ancak yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkeni açısından bağımlı/hedef

değişkenin (düzenli hekim) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Düzenli Hekim değişkenin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	Düzenli Hekim		p-değeri*
	Evet	Hayır	
	Median(min-max)	Median(min-max)	
Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı	80 (56-111)	75 (61-105)	0.004
Yaşam doyumu ölçeği toplamı	15 (5-25)	15 (5-23)	0.576

*: Mann Whitney U testi

Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı değişkeni açısından bağımlı/hedef değişkenin (günlük yürüyüş ve spor) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Ancak yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkeni açısından bağımlı/hedef değişkenin (günlük yürüyüş ve spor) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Günlük yürüyüş ve spor değişkeni grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	Günlük yürüyüş ve spor				p-değeri*
	Yürüyüş ve spor yapmıyorum	En az yarım saat yürüyüş yapıyorum	En az yarım saat yürüyüş ve orta tempolu spor yapıyorum	Haftada en az 3 gün yürüyüş ve orta tempolu spor yapıyorum	
	Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)	
Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı	76.5 (61-111)	80 (62-105)	78 (70-95)	79 (56-93)	0.022
Yaşam doyumu ölçeği toplamı	15 (7-20)	15 (5-23)	15 (9-19)	15 (11-25)	0.600

*: Kruskal Wallis testi

Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından bağımlı/hedef değişkenin (beslenmeye dikkat etme) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.17. Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı ve Yaşam doyumu ölçeği toplamı değişkenleri açısından Beslenmeye dikkat etme değişkeninin grupları arasındaki karşılaştırma tablosu

Değişkenler	Beslenmeye dikkat etme			p-değeri*
	Evet	Hayır	Fikrim yok	
	Median(min-max)	Median(min-max)	Median(min-max)	
Kronik hastalıklara uyum ölçeği toplamı	79.5 (56-111)	75 (61-87)	76 (67-97)	0.057
Yaşam doyumu ölçeği toplamı	15 (5-25)	15 (7-23)	15 (5-20)	0.440

*: Kruskal Wallis testi

5. TARTIŞMA

Kronik hastalıklar ilk tanı aldığı andan itibaren uyum sağlanması ve yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasının en zor olduğu hastalık grubudur. Bu nedenle kronik hastalığına uyum sağlayamayan hastaların yaşam doyumları da azalmaktadır. Bu çalışmada da HT hastalarının kronik hastalığa uyum durumlarını ve yaşam doyumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Hipertansiyon hastalarında yaşam doyumunu araştıran çalışmada katılımcıların %62 sinin 51-70 yaş arasında olduğu, %66.3 ünün kadın olduğu ve %30 ilkokul mezunu olduğu bulunmuş. (23). Karadağ ve ark hipertansiyon hastalarında yaşam doyumuna baktığı çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısının 50 yaş üzerinde olduğu bulunmuştur (24). Erdem in yüksek lisans tezinde hipertansif hastaların yaşam doyumlarını incelemiş ve katılanların %51.6 mın kadınlar olduğu bulunmuştur (25). Özbayram ve ark hipertansiyon üzerine yaptıkları çalışmada da katılımcıların çoğunun kadın olduğu bulunmuştur (26). Çalışmamızda da literatür desteklenir şekilde kadın oranı %60 olarak bulunmuştur. Bu durum kadınlarda obezite sıklığının artmasına ve hipertansiyon görülme sıklığının artmasına bağlanmıştır. Ülkemizde yapılan prevelans çalışmalarında da görüldüğü gibi kadınlarda daha fazla hipertansiyon görülmesine bu şekilde açıklanabilir.

Literatür incelendiğinde hipertansiyon hastaları üzerinde yapılan İçyeroğlu ve ark çalışmalarında en çok 1 ila 5 yıl arasında hastalık tanılarının olduğu (27), Erci ve ark yapmış oldukları hipertansiyon tanılı hastalarda katılımcıların %55.3 ünün 1 ila 5 yıl arasında hastalık tanılarının olduğu bulunmuştur (4). Özdemir ve ark çalışmasında en fazla % 51.4 ünün 6 ila 15 yıldır tansiyon hastalığı tanısı olduğu bulunmuştur (28). Çalışmamızda ise en çok %44.8 inin 10 yıl ve üzerinde hipertansiyon tanısı olduğu bulunmuştur. Bu durum çalışmamızın 65 yaş üzeri bireylerde yapılması nedeniyle tanı süresinin uzun olmasına bağlanmıştır.

İçyeroğlu ve ark çalışmasında katılımcıların %77 sinin ilaçlarını düzenli kullandığı (27), İşcan Ayyıldız ve Ergüneyin çalışmasında katılımcıların %80.5 inin ilaçlarını düzenli kullandığını (23), Özbayram ve arkadaşlarının ilk 3 aylık dönemde düzenli ilaç kullanma durumu %62 olduğu bulunmuştur (29). ABD de hastalık tanısı ile antihipertansif tedavi düzenli kullanım durumunun incelendiği çalışmada ilk aylarda

düzenli ilaç kullanım oranı %45 iken bir yıl sonunda düzenli ilaç kullanım durumu %35 e gerilemiştir (30). Chapman ve Banner'in çalışmasında ise 10 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon tanısı olanların ilaç uyumlarının daha kısa sürelerdir tanı alanlara göre daha iyi olduğu bulunmuştur (31). Erci ve ark yapmış oldukları ilaçlarını düzenli kullanma durumu %77.2 si düzenli ilaç kullandığını bulmuşlar, yine çalışmalarında %55.3 ünün 1 ila 5 yıl arasında hastalık tanılarının olduğu bulunmuş katılımcıların %58.4 ünün en bir ilaç kullandığı bulunmuştur (4). Çalışmamızda düzenli ilaç kullandığını söyleyenlerin oranı %96.2 idi. 65 yaş üzerinde olan hastalarımızın artık ilaçlarını uzun yıllardır kullandığı için artık günlük rutinleri haline gelmesine bağlı olabilir.

Erdem in yapmış olduğu çalışmasında katılımcıların %74 ünün düzenli hekim kontrolüne gittiği bulunmuştur. (25). Özdemir ve ark 2012 yılında yaptıkları çalışmada düzenli hekim kontrolüne gitme oranları %56 olarak bulunmuştur (28). Çalışmamızda ise düzenli hekim kontrolüne gittiğini söyleyenlerin oranı %86 larda idi.

Literatürde hipertansiyon hastalarının bir günde birden fazla ilaç kullanması ve bunları farklı saatlerde alması bireyin ilaca uyumunu ve yaşam doyumunu bozduğundan bahsedilmektedir. (32). Çalışmamızda da katılımcıların %44.78 i tek, %8.46 sı 3 lü ilaç kullanmaktaydı. %65,17 kişi ideallerine yakın bir yaşantısı olduğunu, %65.2 kişi hayatından memnun olduğunu bildirdi. Yaşam doyumunun fazla olması literatürü destekler şekilde çalışmamızdaki bireylerin çoğunun tek ilaç kullanmasına bağlı olabilir.

İşcan Ayyıldız ve Ergüneyin çalışmasında hipertansiyon hastalarının zamanla günlük aktivitelerinde kısıtlılık olduğu ve bunun da yaşam doyumlarını bozduğunu bildirilmişlerdir. Ancak kendi çalışmalarına katılan hipertansiyon hastalarının yaşamlarından memnun olduklarını bulmuşlar (23). Özpancar ve Fescini çalışmasında da hipertansiyon hastalarında yapılan diyet ve egzersizin bireyin yaşam doyumunu olumsuz etkilediğini bulmuşlar (33). Çayır ve ark yapmış oldukları çalışmalarında ise yaş ilerledikçe yaşam doyumunun azaldığı bulunmuştur (34). İşcan Ayyıldız ve Ergüneyin yaşam doyum ölçeğine göre hipertansiyon hastalarının yaşam doyumunu inceledikleri çalışmalarında yaşam doyum puanı 21.81 ± 6.33 bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hipertansiyon dışında kronik hastalığı olan bireylerin yaşam doyumlarının sadece hipertansiyonu olan bireylerden daha düşük olduğu bulunmuş ve bu durum ilaç uyumundaki problem ve başka hastalığa bağlı semptomların da eklenmesine bağlanmıştır. Çalışmamızda ise yaşamından memnun olup olmadıkları sorgulandığında

%22.39 kişi memnun olduğunu, %2.99) kişi tamamen katılarak memnun olduğunu söyledi. Bulunmuştur (23). Çalışmamızda yaşam doyumunun yüksek olmaması 65 yaş üzeri bireylerin kendilerini motive edecek çok fazla aktivitelerinin olmamasına bağlanabilir.

Hipertansiyon tedavisinin ana unsurlarından birisi de yaşam tarzı değişikliğidir. Yaşam tarzı değişikliği ile tansiyon kontrol altına alındıktan sonra düzenli egzersiz programına alınması gerekir. Bu sayede bireyin kan basıncı azaltılarak kullandığı ilaç sayısı azaltılabilir. Özellikle orta tempolu egzersizlerin ağır tempolu egzersizlere göre daha iyi tansiyon düşürdüğü bilinmektedir (35). Erdem çalışmasında katılımcıların %67.6 si egzersiz yaptıklarını belirtmişlerdir (25). Tokem ve ark çalışmalarında da %65.2 kişi egzersiz yaptıklarından bahsetmiştir (36). Çalışmamızda katılımcıların %51.74 ünün günlük ortalama yarım saat yürüdükleri bulunmuştur. Bu kadar düşük oranda egzersiz yapılması katılımcılarımızın 65 yaş üzeri hipertansiyon hastaları olmasına bağlanmıştır.

Beslenme değişikliğinin yapılması hipertansiyon tedavisinde olmazsa olmazlardanır. Özellikle tuz kısıtlaması, DASH diyetinin uygulanması ve kilo kaybedilmesi tansiyon düzeylerinde 5-20 mmHg azalma sağlayabilmektedir (37). Çalışmamızda katılımcıların %81 u beslenmesine dikkat ettiğini belirtti. Düzenli beslendiğini belirtenlerin oranının bu kadar yüksek olması 65 yaş üstü bireyler olduğu için yanında bulunan bireyler tarafından dikkat edilmesine veya göreceli olarak kendileri dikkatli beslendiklerini düşünmelerinden kaynaklanabilir.

Emre ve ark. alışmasında katılımcıların sadece %17 si evde kendi tansiyonlarını ölçtüğünü bildirmişlerdir (38). Japonya’da yapılan bir çalışmada evde tansiyon takibi yapanların çalışmaya katılanların yaklaşık yarısı olduğu ve tedaviye uyumlarının da daha iyi olduğu bulunmuştur (39). Çalışmamızda katılımcıların %47 si evde tansiyon takibi yaptıkları bulunmuştur. Bu oranlar aslında istenilen düzeylerde olmayıp artırılabilmesi için yeni düzenlemelere ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda 65 yaş st HT tanısı olan bireylerin tedavilerine uyumu %96, verilen eğitimlere katılma oranları %50 ve kronik hastalık uyum lğinden aldıkları puan hem kadınlarda hem de erkeklerde 79 puan ile iyi kabul edilecek düzeylerde idi. st ve Uğurlunun çalışmasında da kronik hastalık uyumu iyi olanların tedaviden daha çok başarı sağlayacağı ve bu nedenle her vizitte hastanın tedaviye uymunu artırmak gerektiğinden bahsetmişlerdir (40).

Yine çalışmamızda hastaların yaşam doyumlarının iyi olduğunu söyleyenlerin oranı %22, kararsız olduğunu söyleyenlerin oranı ise %65 idi. Yaşam doyumu bireyin hayat kalitesini artıran geleceğe umutla bakmasını sağlayan bir durumdur. Özellikle emeklilik dönemine geline 65 yaş üzeri bireylerin rahat edecekleri ve huzurlu yaşayacakları bir dönemde yaşam doyumlarının düşük olması oldukça üzücüdür. Erdemin çalışmasında tedaviye uyumu fazla olan bireylerin yaşam doyumlarının da arttığı bulunmuştur (25). Çalışmamızda ise 65 yaş üzeri bireylerin tedaviye uyumlarının iyi olduğu ancak yaşam doyumlarının kötü olduğu bulunmuş olup bu konuda daha geniş katılımlı çalışmalar yapılmasının gerekli olduğunu düşünmekteyiz.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

65 Yaş üzeri hipertansiyonu olan hastaların kronik hastalıklarına uyumunu ve yaşam doyumunu araştırdığımız çalışmamızda katılımcıların çoğunluğunun düzenli ilaç kullandığı, düzenli doktor kontrolüne gittikleri ve hastalığa uyumuna ilişkin herhangi bir sorunları olmadığı bulundu. Ancak yaşam doyumlarını araştırdığımız ölçekteki sorulara verilen yanıtlara bakıldığında yarıdan biraz fazla katılımcıların yaşam doyumlarının yetersiz olduğu bulundu. Bu veriler ışığında özellikle kırılganlığın daha fazla olduğu ve fiziksel aktivite olarak kısıtlı bir hayat süren 65 yaş üzeri bireylerin yaşam doyumlarını artıracak bir yaşam tarzının oturtulabilmesi için hasta ile birlikte günlük aktivite planı oluşturulmalı ve plana uyabilmeleri için motivasyonlarının artırılması sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2003.
2. <https://2019.uhsk.org/ocs236/index.php/UHsk21/UHsk/paper/view/383>.
3. Özpancar N, Fesci H. Hipertansiyon ve yaşam kalitesi. Üniversite ve Toplum Dergisi 2008; 8(4): 4–7.
4. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018; 26(2): 79-92.
5. Öngen Z. Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. Klinik Gelişim 2005, 18, 47.
6. Badır A. Hipertansiyon, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (Genişletilmiş İkinci Baskı), Ayfer Karadakovan, Fatma Etiaslan, Adana, 2011, 585-605.
7. Whelton P.K, MB, MD, MSc, FAHA, Carey C, MD, FAHA, Chair V. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. Journal of the American College of Cardiology 2017, 1-193.
8. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement D.L, Coca A, Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen S.E, Kreutz R, Laurent S, Lip G.Y.H, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder R.E, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. European Heart Journal 2018, 39, 3021–3104.
9. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz HÖ, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği 2015, 43(4), 402-409.
10. Whitword A. 2003 World Health Organization (WHO) /İnternational Society of Hypertension (ISH) Statement on Management of Hypertension. Journal of Hypertension 2003, 21(11), 1983-1992.

11. Yıldız M, Küçükazman M. Hipertansiyon epidemiyolojisi. Güncel İç Hastalıkları Dergisi 2008, 1, 1-3; WHO, 2015.
12. ESANSİYEL HİPERTANSİYONLUNUN Khatip ve Oussama, 2005).
13. Arıcı, M, Altun, M, Erdem, Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2003). Patent çalışması. Türk Hipertansiyon Derneği, 1–27. Erişim adresi: http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_
14. (Öngen, 2005).
15. Burt V,Whelton P, Rocella EJ et al. Prevalence of Hypertension in the US Adult Population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1998-1991. Hypertension 1995;305-315.
16. Franklin S, Khan SA, Wong DH, et al. Is pulse pressure useful in predicting risk for coronary heart disease? Circulation 1999;100:354-60.
17. Hipertansiyon Tanı Ve Tedavi Kılavuzu 2018,1. Baskı TEMD Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu tarafından hazırlanmış tır. 2018–ANKARA
18. Vatansever Ö, Ünsar S. Determination of medical treatment adherence, self-efficacy levels of patients with Scale development study: adaptation to chronic illness Findings regarding Criterion Validity. essential hypertension and affecting factors. Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing 2014; 5(8): 66-74.).
19. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010: 99-111.
20. Atik D, Karatepe H. Scale development study: Adaptation to chronic illness. Acta Medica Mediterranea. 2016; 32: 135.
21. Dağlı A, Baysal N. Yaşam Doyumu Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2016;(59):1250-1262.

22. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018; 26(2): 79-92.
23. İşcan Ayıldız N, Ergüney S. Hipertansiyon hastalarında yaşam doyumu ve bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017;33(3):21-31.
24. Karadağ E, Akkuş Y, Karatay G. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012, 28 (3), 85-96.
25. Erdem, E., Kaya, C., Sarı A., Özen, F., Aslan, M. S., Dilek, M. Akpolat, T. (2012). Hipertansiyon hastalarına ait kan basıncı takiplerinin ve tansiyon aletlerinin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 6(2), 81–85.
26. Özbayram, A (2008). Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul.
27. İçyeroğlu D. (2012). Hipertansiyon hastaların tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi. (Yüksek Lisans Tezi). Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ
28. Özdemir, Ö., Akyüz, A. ve Doruk, H. (2016). Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Medical Journal of Bakırköy*, 12(4), 195–201.
29. Özbayram, A (2008). Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul.
30. Krousel-Wood, M. A., Muntner, P., Islam, T., Morisky, D. E., & Webber, L. S. (2009). Barriers to and determinants of medication adherence in hypertension management: Perspective of the cohort study of medication adherence among older adults (CoSMO). *Medical Clinics of North America*, 93(3), 753–769.
31. Chapman et al., (2005). Predictors of Adherence With Antihypertensive and Lipid-Lowering Therapy. *Archives Internal Medicine*, 165, 1147–1152.
32. Arslan E, Erdine S. Hipertansiyonda Karşılanmamış Gereksinimler. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2009; 37 Özel Sayı 7: 1-4.

33. Özpancar N, Fesci H. Hipertansiyon Ve Yaşam Kalitesi. Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi Aralık 2008, 8: 4-7.
34. Çayır M. Miyokard Enfarktüsü Geçiren Bireylerde Yaşam Doyumu Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2013. 29-33.
35. Sağlam M, Boşnak-Güçlü M, İnal İnce D, et al. Hipertansiyon ve Egzersiz Klasmat Matbaacılık 2008, Ankara p:10-29.
36. Tokem, Y., Taşçı, E. ve Yılmaz, M. (2013). Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. Turkish Social Cardiology Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 4(5), 30–34.
37. Şahin EM, Akaya A. Hipertansiyon ve Beslenme Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2017;8(6):474-81.
38. Emre N, Edirne T, Özşahin A ve ark. Hipertansiyon Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısıyla İlişkisi 2020; 14 (3):436-42.
39. Cheng, Hao- Min, et al. Asian management of hypertension: Current status, home blood pressure, and specific concerns in Taiwan. The Journal of Clinical Hypertension. 2020;22:511-514
40. Üstü Y, Uğurlu M. Hipertansiyona Pratik Yaklaşım Ankara Med J 2018;18, (3): 447-453.

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
18.02.2020	04	2020/426	
Karar No: 2020/426: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 18.02.2020 tarihinde İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi İbn-i Sina Toplantı Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'n da Doç. Dr. Burcu KAYHAN TETİK'in sorumlu araştırmacı olduğu; Arş. Gör. Mahmut ALAÇAM'ın yardımcı araştırmacı olduğu; "Hipertansiyon Tanısı Olan Hastaların Yaşam Doyumlarının ve Kronik Hastalığa Uyum Durumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı çalışması; üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raportör raporu görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde Kurum izin belgesinin sonradan dosyaya eklenmesi şartıyla çalışmanın etik açıdan uygun olduğuna; <u>oy birliği ile karar verilmiştir.</u>			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Başkanı	KATILDI	Prof. Dr. Barış OTLU Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Dinçer ÖZGÖR Etik Kurul Üyesi	KATILDI