



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

65 YAŞ ÜSTÜ HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN BİREYLERİN İLAÇ UYUM VE SAĞLIKLI YAŞAM KRİTERLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. İrem Önlen

TIPTA UZMANLIK TEZİ





T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ŞİŞLİ HAMİDİYE ETFAL SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

65 YAŞ ÜSTÜ HİPERTANSİYON TEDAVİSİ ALAN BİREYLERİN İLAÇ UYUM VE SAĞLIKLI YAŞAM KRİTERLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. İrem Önlen

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL 2021

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR i

KISALTMALAR ii

TABLO LİSTESİ iii

GRAFİK LİSTESİ iv

ÖZET v

ABSTRACT vii

1. GİRİŞ VE AMAÇ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1.Kan Basıncı 3

2.2. Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflandırılması 3

2.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi 4

2.4. Hipertansiyon Etyolojisi 4

2.4.1. Primer(Esansiyel,İdiyopatik) Hipertansiyon 4

2.4.2. Sekonder (İkincil) Hipertansiyon 5

2.5. Hipertansif Hasalarda Laboratuvar İncelemeleri 6

2.6. Hipertansiyonda Tedavi 6

3. GEREÇ VE YÖNTEM 9

3.1. ÇALIŞMA GRUBU 9

3.2. ÇALIŞMA ANKETİ 9

3.2.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 10

3.2.2. Hill-Bone İlaç Tedavisine Uyumu Ölçeği 10

3.3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ 11

3.4. ETİK KURUL İZNİ 11

4. BULGULAR 12

4.1. ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ 12

4.2. ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN FİZİKSEL ÖZELLİKLERİ 15

4.3. ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN KRONİK HASTALIK PROFİLİ 16

4.4. ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN BESLENME ÖZELLİKLERİ 18

4.5. ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN UYKU PROFİLİ 19

4.6. ÇALIŞMAYA ALINAN HASTALARIN SF-36 ÖLÇEĞİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ 19

4.7. ÇALIŞMAYA ALINAN HASTALARIN HILL BONE HİPERTANSİYON UYUM ÖLÇEĞİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ 25

5. TARTIŞMA 28

5.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN TARTIŞILMASI 28

5.1.1.Hipertansiyon Ve Özgeçmiş Verilerinin Tartışılması 29

5.2. BESLENME VE YAŞAM ŞEKLİ VERİLERİLERİNİN TARTIŞILMASI 30

5.3. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ İLE SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ VERİLERİNİN TARTIŞILMASI 30

5.4. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ İLE 33

HILL-BONE İLAÇ UYUMU ÖLÇEĞİ VERİLERİNİN TARTIŞILMASI 33

5.5.KATILIMCILARIN SF-36 ÖLÇEĞİ İLE HILL-BONE İLAÇ UYUMU ÖLÇEĞİNİN VERİLERİNİN TARTIŞILMASI 34

6. SONUÇ 35

KAYNAKÇA 36

EKLER 39

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca varlığını her zaman hissettiğim, hem bilimsel hem bireysel her türlü katkılarıyla bir ömür daha sağlam adımlar atacağımdan emin olduğum, saygıdeğer hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Güzin Zeren Öztürk' e,

Hayata, hekimliğe bambaşka bir açıdan bakmamı sağlayıp hekim olmayı sevdiren, ufkumu açan canım hocam Prof. Dr. Hüseyin Nazlıkul'a,

Kliniğimize olan katkıları ile yakınlıklarını bize hissettiren değerli hocalarımız Doç. Dr. Memet Taşgın Egici ve Prof. Dr. Seçil Arıca' ya,

Bir aile gibi hissettiren Şişli Hamidiye Etfal Aile Hekimliği Kliniği uzmanları, asistanları, hemşireleri ve yardımcı sağlık personellerine,

Rotasyonlarımız süresince bilgilerini cömertçe paylaşan, birlikte çalışma fırsatımız olduğu için kendimi şanslı hissettiğim tüm klinik hocaları, uzmanları ve asistan arkadaşlarıma,

Asistanlık süresi boyunca yol arkadaşım olan, tez süresince yazım düzeltmelerimi özveriyle yapan, çalışma arkadaşım değerli dostum Dr. Hilal Yalçın'a,

Deneyimlerini ve her türlü olanağını benle koşulsuz paylaşan, ablam, nöralterapi ekürim, biricik dostum Dt. Seçkin Yavuz'a,

Hayatım boyunca bana inancı ve desteği tam olan sevgi dolu annem Filiz Önlen'e, babam Mehmet Ali Önlen'e ve kız kardeşim İlayda Önlen'e

Dualarını hiç eksik etmeyen, sevgilerini kalbimde hissettiğim anneannem Şengül Tümer ve merhum dedem Halit Tümer'e,

Sonsuz saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. İrem ÖNLEN

İstanbul 2021

KISALTMALAR

ACC : Amerikan Kardiyoloji Koleji

ACE : Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim

AHA : Amerikan Kalp Derneği

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

DASH : Dietary Approaches to Stop Hypertension

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ESC : Avrupa Kardiyoloji Derneği

ESH : Avrupa Hipertansiyon Derneği

HBHTUÖ : Hill-Bone Hipertansiyon Uyum Ölçeği

HDL : Yüksek Dansiteli Lipoprotein

HT : Hipertansiyon

İBÖS : İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği/Skalası

JNC : Birleşik Ulusal Komite

NSAİD : Nonsteroid Antiinflamatuar İlaç

PatenT : Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey

TKrHRF : Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı

TURDEP : Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans

VKİ : Vücut kitle indeksi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 : Ofis Ölçümlerinden Elde Edilmiş Olan Kan Basıncı Seviyelerine Göre Kan Basıncı Tanımlanması……...3

Tablo 2 : Hipertansif Hastalarda Laboratuar İncelemeleri……...6

Tablo 3: Hastaların Yaş Boy Kilo Verilerinin Dağılım Aralığı…….13

Tablo 4: Hastaların Tedavi Takip Bilgileri…….....17

Tablo 5: SF 36 Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları Göstergesi Tablosu……..20

Tablo 6 : SF-36 Ölçeği İle Sosyodemografik Verilerin Ortalama Ve Medyan Değerleri…….....21

Tablo 7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Sosyodemografik Verilerin Medyan ve Ortalama Değerleri…….....24

Tablo 8 : Hill-bone HT Uyum Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları Göstergesi Tablosu……..……..25

Tablo 9: HBHTUÖ İle Sosyodemografik Verilerin Medyan ve Ortalama Değerleri……..26

Tablo 10 : SF-36 Ölçeği İle Hill-Bone HT Uyum Ölçeği Arasında Korelasyon Dağılımı Tablosu.……27

GRAFİK LİSTESİ

Grafik 1: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı …….12

Grafik 2: Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımı …….....13

Grafik 3: Katılımcıların Medeni Hale Göre Dağılımı …….....14

Grafik 4: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı …….....14

Grafik 5: Katılımcıların BKİ'e Göre Dağılımı ……..15

Grafik 6: Katılımcıların Ek Hastalık Durumuna Göre Dağılımı …….....16

Grafik 7: Katılımcıların Tuz Tüketim Durumuna Göre Dağılımı …….....18

Grafik 8 : Katılımcıların Kullandıkları Yağ Durumuna Göre Dağılımı ……....18

Grafik 9 : Katılımcıların Uyku Sürelerine Göre Dağılımı ……..19

ÖZET

Amaç: Hipertansiyon dünyada erişkin ölümlerin %6'sından sorumlu tutulmaktadır. Ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada olan hipertansiyon, büyük ölçüde önlenebilir bir risk faktörüdür. Bununla birlikte hipertansiyon kontrol oranlarının dünyanın birçok ülkesinde, toplumun genelini temsil eden örnek topluluklarda ve çeşitli sağlık hizmeti koşullarında tedavi alan hastalarda yetersiz olduğu bildirilmektedir. Dünyada ve ülkemizde bu durumun en önemli sebeplerinden biri tedaviye uyumsuzluktur. Hipertansiyon hastalar için hayat boyu ilaç kullandırmayı gerektiren önemli bir sağlık problemi olup, tedaviyi başarılı yönetmede farkındalık oluşturulması için toplumun bilgilendirilmesi önemlidir. Hipertansif hastaların yaşam şekli değişikliği ve medikal tedavi önerilerine uyum sağlaması tedavinin temelini oluşturur. Bu çalışmada, 65 yaş üstü hipertansiyon hastalarının sosyodemografik özelliklerini ve bu özelliklerle, ilaç uyumu arasındaki ilişkiyi değerlendirmek; bununla birlikte bireylerde, beslenme, egzersiz gibi parametreleri kapsayan yaşam kalitesi standardizasyonun sağlanmasının, hipertansiyon tedavisindeki öneminin gösterilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği Kliniği 'ne bağlı polikliniklere 01.02.2021-30.04.2021 tarihleri arasında herhangi bir sebeple başvuran 65 yaş üstü hipertansiyon hastalarından çalışmaya katılmayı kabul edenler alındı. Hastalara poliklinik başvurularında tarafımızca hazırlanan sosyodemografik verilerinin değerlendirildiği sorular, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Hill-bone ilaç uyumu ölçeklerinden oluşmuş anket yüz yüze sorgulama yöntemi ile uygulandı.

Bulgular: Çalışmamıza 31'i (%23,66) kadın, 100'ü (%76,34) erkek olmak üzere toplam 131 hipertansiyon hastası katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 68,74±5,6 saptanmıştır. Hastaların 99'u (%65,67) orta öğrenim ve altı iken, 32'si (%24,33) lise ve üzeri öğrenim durumuna sahiptir. Hastaların ek kronik hastalıkları incelendiğinde 55'inin (%50,93) diyabet, 28'inin (%25,93) kronik kalp hastalığı, 22'sinin (%20,37) hiperlipidemi ve 3'ünün (%2,78) kronik akciğer hastalığı tanısı olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların Sf-36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutları ve hill-bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği (HBHTUÖ) parametreleri ile medeni durum, öğrenim durumu, sigara kullanım durumu, hipertansiyon sınıf durumu ve tanı süresi ,aile öyküsü tuz tüketim durumu, yağ türü ve uyku süresi ile istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. SF-36'nın bazı alt parametreleri ile Hill Bone medikal uyum arasında güçlü korelasyon varken, beslenme ve doktora başvurma sıklığı arasında düşük korelasyon tespit edilmiştir. SF -36 ölçeğine göre genel sağlık algısı ile Hill Bone medikal uyum, beslenme ve doktorla görüşme parametreleri arasında zayıf korelasyon tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda 65 yaş üstü hipertansiyon hastalarının medikal uyumunu belirleyen temel faktörlerden biri olarak genel iyilik durumularının etkili olduğu gözlenmiştir. Genel iyilik durumunu belirlenmesinde sağlıklı beslenme ve içerisinde egzersiz,ruhsal durum paremetrelerini içeren yaşam kalitesi standardizasyonunun sağlanması etkilidir. Dolayısıyla hekimler daha çok hasta eğitimine yoğunlaşmalıdırlar.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, hill bone, SF 36, tedavi uyumu, yaşam kalitesi

ABSTRACT

Aim : Hypertension is responsible for 6% of adult deaths in the world. Hypertension, which is the third leading cause of death, is a largely preventable risk factor. However, it is reported that hypertension control rates are insufficient in many countries of the world, in sample populations representing the general population, and in patients receiving treatment in various health care conditions. One of the most important reasons for this situation in the world and in our country is non-compliance with treatment. Hypertension is an important health problem that requires lifelong medication for patients, and it is important to inform the society in order to raise awareness in successful management of treatment. Lifestyle changes and compliance with medical treatment recommendations of hypertensive patients form the basis of treatment. In this study, to evaluate the sociodemographic characteristics of hypertension patients over 65 years of age and the relationship between these characteristics and drug compliance; in addition, it was aimed to show the importance of providing quality of life standardization, which includes parameters such as nutrition and exercise, in the treatment of hypertension.

Materials and Methods: A total of 131 hypertension patients, 31 (23.66%) female and 100 (76.34%) male, participated in our study. The mean age of the participants was 68.74±5.6 years. While 99 (65.67%) of the patients were secondary education or below, 32 (24.33%) had high school or higher education. When the additional chronic diseases of the patients were examined, 55 (50.93%) had diabetes, 28 (25.93%) had chronic heart disease, 22 (20.37%) had hyperlipidemia and 3 (2.78%) had chronic He was diagnosed with lung disease.

The sub-dimensions of the Sf-36 quality of life scale and the hill-bone hypertension treatment compliance scale (HBHTUÖ) parameters of the participants, as well as marital status, education status, smoking status, hypertension class status and diagnosis time, family history, salt consumption status, fat type, and sleep duration. A statistically significant relationship was found with While there was a strong correlation between some sub-parameters of SF-36 and Hill Bone medical compliance, a low correlation was found between nutrition and the frequency of

consulting a doctor. According to the SF-36 scale, a weak correlation was found between general health perception and Hill Bone medical compliance, nutrition, and doctor consultation parameters.

Conclusion : In our study, it was observed that general well-being is one of the main factors determining the medical compliance of hypertensive patients over 65 years of age. In determining the general well-being, healthy nutrition and standardization of life quality, including exercise and mental state parameters, are effective. Therefore, physicians should focus more on patient education.

Keywords: Hypertension, hill bone , SF 36, treatment compliance, quality of life

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Rahatsızlıkları metabolik sistemlerindeki dinamik etkileşimlere dayanan bireylerin tanı ve tedavilerinde bir devrimin şafağındayız. Genetik ve çevre arasındaki karmaşık etkileşimde olan insan; nutrisyondaki yetersizlikler ,beslenme hataları ,sedanter yaşama, stres, kalitesiz uyku nedeniyle kronik hastalıklara yakalanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yetişkinlerde normal kan basıncını, sistolik için 120 mmHg ve diastolik için 80 mmHg olarak tanımlamıştır. Hipertansiyon kılavuzlarında sistolik kan basıncının (SKB) 140 mm/Hg, diyastolik kan basıncının (DKB) da 90 mm/Hg veya üzerinde bulunması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanması olarak tanımlanmaktadır(1). Hipertansiyon, sistemik bir hastalık olup, ciddi komplikasyonlara neden olmakta ve yaygın görülmesi nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Regüle edilmemiş hipertansiyonun; aort diseksiyonu, koroner arter hastalığı, böbrek yetmezliği, hemorajik ve trombotik inme, periferik arter hastalığı, kalp yetmezliği ve ölüm oranını artırdığı ortaya konmuştur. Hipertansiyonun komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranları, kan basıncı yüksekliği ile orantılı olarak artmaktadır(1).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2015 yılı itibariyle ülkemizde 18 yaş üstü erişkinlerde hipertansiyon prevalansı %20.3'tür (2). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışması 2009/'14 kohortuna göre erkek hipertansiyon hastalarının %63'ü, kadın hipertansiyon hastalarının ise %74'ü antihipertansif ilaç kullandıklarını ifade etmişlerdir. İlaç kullananların %48'inde tansiyonun kontrol altında olduğu tahmin edilmektedir (3).

Tedaviye uyum gösteren hastaların, tansiyonlarını kontrol altında tutmada daha başarılı olduğu bilinmektedir(4). Tedaviye uyum, hasta-hekim işbirliği, ilaç ve diyet planlarına uyum ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi başarılı tedavi sonuçlarının bazı belirleyicilerini ifade eder. Bu tanıma göre tedaviye uyum hekim tarafından reçete edilen ilaçların kullanılması, hastaların sağlık otoritelerince belirlenen beslenme,egzersiz,uyku ve stres yönetimi önerilerine uyma şeklinde daha kapsamlı düşünülmelidir (5).

Ülkemizde yaklaşık 15-16 milyon HT hastası olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de yapılan hipertansiyon prevalans çalışması (PatenT2) verilerine göre hipertansiyon prevalansı %30,3 olarak saptanmış ve kadınlarda hipertansiyon prevalansı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (6). Hipertansiyon tedavisinde başarılı olmak için, düzenli kan basıncı kontrolünün sağlanması, farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilere uymak çok önemlidir. Bu anlamda hipertansiyonlu hastaların öncelikle hastalığı hakkında bilgi sahibi olmaları sağlanmalı ve sağlık profesyonelleri tarafından hastalarda hipertansiyon farkındalığı oluşturulmalıdır. 2 Tedaviye rağmen kan basıncını kontrol altına alamamanın üç ana nedeni vardır. Bunlar; hasta uyumsuzluğu, tedavi yetersizliği ve dirençli hipertansiyon varlığıdır (1). Bu nedenler arasındaki 'tedaviye uyumsuzluk' dünya çapında hipertansiyon kontrolsüzlüğünün başlıca nedenidir (1).

Çalışmamızda 65 yaş üstü hipertansiyon tanılı hastaların tedaviye ve sağlıklı yaşam kriterlerine uyumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Kan Basıncı

Kanın kalp tarafından vücuda pompalanması sırasında arter duvarlarına uygulanan kuvvetin ölçümü ile elde edilen bir değere kan basıncı denir.. Arteriyel kan basıncı sistolik kan basıncı ve diastolik kan basıncı şeklinde ifade edilir. DSÖ yetişkinlerde normal kan basıncını, sistolik için 120 mmHg ve diastolik için 80 mmHg olarak tanımlamıştır (7).

2.2.Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflandırılması

Tekrarlanan ölçümlerde, erişkinlerde (>18 yaş) hekim tarafından yapılan standart ölçüm ile sistolik KB >140 mmHg ve/veya diyastolik KB > mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanır.120/80 mmHg ve/veya diyastolik KB'nın 80-89 mmHg olması artmış KB katagorisinde değerlendirilir (1). Değerler Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Ofis Ölçümlerinden Elde Edilmiş Olan Kan Basıncı Seviyelerine Göre Kan Basıncı Tanımlanması

Kategori	Sistolik(mmHg)		Diyastolik(mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Yükselmiş Kan Basıncı	120-139	ve / veya	80-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	ve / veya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	≥160	ve / veya	≥100
Evre 3 Hipertansiyon	≥180	ve / veya	≥110

Amerikan Kardiyoloji Koleji/Amerikan Kalp Derneği (ACC/AHA) tarafından Kasım 2017'de yayımlanan hipertansiyon kılavuzu; kan basıncı yüksekliğinin tanı, korunma, hastalığın yönetimi ve tedavi yönlerini farklı bir açıdan değerlendirmiştir. En dikkat çeken yaklaşım değişikliği; tedavide önemli bir yeri olan yaşam tarzı değişikliği

ve farmakolojik tedavi başlamak için sınır kan basıncı değerinin daha önce belirlenmiş olan 140/90 mmHg'den 130/80 mmHg'ye çekilmiş olmasıdır(7).

2.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2015 yılında dünyada hipertansiyon prevalansı; 18 yaş ve üstü kadınlarda %20, erkeklerde ise %24 civarındadır (8). Dünya Sağlık Örgütü 2015 verilerine göre, Türkiye'de 18 yaş ve üstü kadınların %20.1'inin, erkeklerin ise %20.3'ünün hipertansiyon hastası olduğu bildirilmiştir .Türkiye genelinde yapılan çalışmalardan; 2012 yılı Türk Hipertansiyon Prevalans (PatenT 2) çalışmasında 18 yaş ve üzeri hipertansiyon prevalansı %30.3, 2010 Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans (TURDEP II) çalışmasında 20 yaş ve üzeri prevalans %31.4, 2011 Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı (TKrHRF) çalışmasında 15 yaş ve üzeri prevalans %24 olarak bildirilmiştir (9).

Dünya Sağlık Örgütü verileri aksini gösterse de ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunda kadınlarda hipertansiyon prevelansı erkeklerden daha yüksektir. TEKHARF çalışmasının 2009/'14 kohortundan elde ettiği veriler hipertansiyon prevelansının erkeklerde %38, kadınlarda ise %53 olduğunu göstermiştir (TEKHARF çalışmasının kohortunu 33 yaş üstü katılımcılar oluşturmaktadır (3). 2012 yılı PatenT 2 çalışması da erkeklerde hipertansiyon görülme sıklığı %28.4 iken kadınlarda bu oranın %32.3 lere çıktığını göstermiştir (9). 2011 TKrHRF çalışması da erkeklerde %21, kadınlarda %26 olarak verdiği oranla bu görüşü desteklemektedir (3).

2.4.Hipertansiyon Etyolojisi

Hipertansiyon primer (esansiyel) ve sekonder hipertansiyon şeklinde iki grupta incelenir (1).

2.4.1. Primer(Esansiyel,İdiyopatik) Hipertansiyon

Primer hipertansiyon, tüm hipertansiyonların %80-90 nını oluşturur.Oluşumu birçok patafizyolojik mekanizma ile açıklanabilmektedir.Genetik yatkınlık artmış sempatik aktivite,sodyum, potasyum,kalsiyum dengesizliği,renin salınımı fazlalığı,buna bağlı anjiotensin 2 ve aldesteron fazlalığı,vazidilatörlerin azalmış üretimi,vasküler tonusu arttıran kallikrein-kinin sisteminin aktive olması,damar direnç artışı,diabetes

mellitus,insülin direnci, obezite gibi patolojiler esansiyel hipertansiyon oluşumunda rol almaktadır(1).

2.4.2. Sekonder (İkincil) Hipertansiyon

HT bilinen bir etiyolojik nedene bağlı ise sekonder HT olarak kabul edilmektedir(2). Sekonder HT tüm hipertansiyon olgularının %10-20'sini oluşturur (Aşık et al. 2019). 65 yaş üstü hastaların çoğunda(%90) primer hipertansiyon bulunur. Sekonder yani sebebi bulunduğunda tedavi edilen hipertansiyonun nedenleri araştırılırken; diastolik basınç artışı varsa renovasküler bir patoloji düşünülür. Özellikle birden başlayan diastolik hipertansiyon hastalarında, NSAİD ve glukokortikoidler gibi kan basıncını yükselten ilaç öyküsü sorgulanmalıdır. İleri yaş ve regüle olmayan hipertansiyonlularda uyku apne sendromu sıktır. Feokromasitoma nadirdir, fakat yaşla birlikte insidansı artmıştır.

Proteinüri ,böbrek fonksiyon problemleri, hipertansiyona bağlı retinopati , EKG anormallikleri, sol ventrikül büyümesi gibi end organ hasarı araştırılmalıdır. Tüm kardiyo-vasküler risk faktörlerinin varlığı, sigara ve alkol kullanımı, beslenmedeki tuz ve yağ miktarı, egzersiz düzeyi değerlendirilmelidir. Metabolik sendrom açısından abdominal obezite, insülin direnci, tip 2 diyabet varlığı, hiperlipidemi araştırılmalıdır. Demans, kronik böbrek hastalığı, KOAH ve diğer komorbid durumların varlığı ve hastanın psikolojik durumunun değerlendirilmesi antihipertansif tedavi amaçlarının çizilmesinde yol gösterici olacaktır (10).

2.5. Hipertansif Hasalarda Laboratuvar İncelemeleri

Hastanın kan basıncı düzenli kontrol edildikten sonra kan tetkikleri yapılmalıdır(2).

Tablo 2: Hipertansif Hastalarda Laboratuar İncelemeleri



2.6. Hipertansiyonda Tedavi

2013 ESC/EHS ve 2014 JNC 8 kılavuzlarında ileri yaştaki hipertansiyon hastalarda tedavi hedefi olarak 150/90 mm Hg gösterilmektedir. Hastalar bu aralıktan tutulduğunda inme, kardiyovasküler hastalık, kalp yetersizliği ve herhangi bir sebepten ölüm oranını azalttığı görülmüştür. İleri yaştaki hipertansif hastalarda tedavinin hastaya özgü düzenlenmesi gerekir(11).

2.6.1. Kim ve Ne Zaman Tedavi Edilmeli

Hipertansiyon tedavisine başlarken ilk önce kan basıncı hesaplanır. Ölçümlerde, 2. veya 3. evre hipertansiyonu olanların kardiyovasküler riski hesaplanarak tedavi başlanır. Bu hastalarda kan basıncı regülasyonu toplam risk düzeyinden bağımsız kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi, azaltır. Evre 1 hipertansif hastalarda tedavi sonuçları ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Medikal tedaviye başlama kararda toplam kardiyovasküler risk düzeyi çok önemlidir; örneğin yüksek riskli hipertansif hastalarda tansiyon regülasyonundaki gecikme olumsuz sonuçlar yaratır. Toplam kardiyovasküler riski orta düzeyde olan evre 1 ve 2 hipertansif hastalarda ilaç tedavisi birkaç hafta, başka risk faktörü olmayan evre 1 hipertansiyonu olanlarda öncelikle yaşam tarzı değişikleri yapılmakla birlikte, tansiyon regülasyonuna göre takip edilir.

Uç organ hasarı gelişmeden tedaviye başlamak önemlidir. Diyabetki hastalarda ölçülen kan basıncı yüksek normal olsa bile antihipertansif tedavi başlanması şu anda prospektif çalışma kanıtlarıyla desteklenmemektedir. Ama mikroalbuminüri ya da proteinüri varsa tedaviye başlanması sağduyulu bir yaklaşımdır. Bilinen diyabet ve kardiyovasküler hastalığı olmayan yüksek normal kan basınçlı bireylere yakın kan basıncı izlemi ve yaşam tarzı değişikliği önerilmelidir(12).

İleri yaş hipertansiyon tedavisinde başvurulan JNC 8 kılavuzunda, 65 yaş ve üstü hastalarda tedaviye, sistolik kan basıncı 150 mmHg ve üstü ve/veya diastolik kan basıncı 90 mmHg ve üstü ise başlanması önerilmektedir. Tedavide kan basıncının 150/90 mmHg altına düşürülmesi hedeflenmiştir.

ASH/ISH kılavuzunda ise >80 yaş hastalarda tedaviye SKB >= 150 mm ve/veya DKB >=90 mmHg ise başlanması ve tedavi hedefinin " çoğu hasta için" <140/90 olması önerilmiş. Fakat hasta tolere edemeyen daha yaşlı hastalarda hedef 150/90 mmHg altında olmalıdır(13).

2.7. Hipertansiyon ve Farmokolojik Tedavi Uyumu

Hipertansiyonda başarılı bir tedavi demek, hekim ve hasta tarafından onaylanmış bir rejim ve hasta uyumu demektir(14). Tedaviye uyum, hastanın davranışının; ilaçlarını kullanmak, yaşam tarzı değişikliklerini yerine getirmek anlamında klinik önerilerle ilgilidir(14). Tedavideki aksaklıklar, hem kan basıncı kontrolü yetersizliği hem de ilişkili komplikasyon sıklığının artmasında etkili bir faktördür. Yapılan geniş bir prevelans ve kontrol çalışmasında hipertansiyon farmokolojik tedaviye uyum oranının %30-%50 oranında gösterilmiştir (15). Tüm dünyada tedaviye uyumun yetersizliği nedeni ile kan basıncı kontrol oranı %25'in üzerine çıkarılamamakta, uyumu yüksek düzeyde olanların kan basınçları daha kolay regüle edilebilmektedir(14). Tedaviye uyumsuzluk; KVH riskinin artmasına, komplikasyonların oluşmasına, hastanede yatış süresi ve sıklığına bağlı bakım maliyetlerinin yükselmesine, mortalite ve morbidite oranlarının artmasına neden olmaktadır (16).Yapılan çalışmalar tedaviye yüksek derecede uyum sağlayan hastalarda inme riskinin %35-40, KVH riskinin ise %20-25 oranında azaldığını bildirmektedir (14).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ÇALIŞMA GRUBU

Bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile hekimliği Kliniği 'ne bağlı polikliniklerde yapılmıştır. Çalışmamız tek merkezli, tanımlayıcı niteliktedir. Çalışmaya Şubat 2021- Nisan 2021 tarihleri arasında herhangi bir sebeple polikliniğe başvuran 65 yaş üstü hipertansiyon tanısı olan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenler alındı. Hastalara poliklinik başvurularında tarafımızca hazırlanan sosyodemografik verilerinin değerlendirildiği sorular, SF-36 Yaşam Kalitesi ve Hill-bone ilaç uyumu ölçeklerinden yüz yüze sorgulama yöntemi ile uygulandı.

Dahil edilme kriterleri ;

1. 65 yaş üstü hipertansif erişkinler
2. İletişim engeli olmayan bireyler
3. Çalışmaya katılmayı kabul edenler

Dışlama kriterleri

1. Hipertansif olmayan veya dirençli hipertansiyonu olan bireyler
2. 65 yaş altı bireyler
3. İletişim engeli olan bireyler (mentalretarde vb.)
4. Çalışmayı kabul etmeyen bireyler

3 ay içerisinde polikliniğimize başvuran 65 yaş üstü hipertansiyon hastalarının sayısı 190 olup, bunun üzerinden örneklem büyüklüğünü %95 güvenirlik üzerinden minimum 128 sayısına ulaşmak hedeflenmiştir.

3.2. ÇALIŞMA ANKETİ

Dahil edilme kriterlerini karşılayan 131 hasta çalışmaya katıldı. Katılımcılara yönlendirilen anket formunda; sosyodemografik veriler olarak yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, kendisinde ek hastalık varlığı, ailede kanser, ani kardiyak ölüm varlığı konuları yer almaktaydı. Ek olarak hastaların sağlık ve sağlık sorunları hakkındaki davranışlarını değerlendirmek amacıyla; kendini ne kadar sağlıklı bulduğu, doktor

başvuru sıklığı, doktora gitmeden önce internetten araştırma yapma sıklığı ve ulaştığı bilgilere güvenirlik durumu sorgulandı.

Sağlıklı yaşam döngülerini araştırmak ve değerlendirmek amacıyla SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği,hipertansiyonun farmokolojik tedavisini değerlendirmek amacı ile de Hill-bone ilaç uyumu ölçeği kullanıldı.

3.2.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36, yasam kalitesi ölçekleri arasında jenerik ölçek özelliğindedir. Geniş perspektifli ölçüm sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (17). SF 36 ölçeğinin Koçyiğit ve ekibi tarafından Türkçe geçerliliği yapılmıştır. Ölçek sekiz alt boyutlu olarak; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlıkları, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılıkları, vitalite ve sağlığın genel olarak algılanmasına yönelik oluşturulmuştur. Her alt boyut için 0-100 arasında ayrı puanlar elde edilebilir. Pozitif yönelimli olan puanlar, arttıkça yaşam kalitesinin iyi olma halini gösterir. Yapılan güvenilirlik çalışmasında, SF 36 ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları (0,604 – 0,972) ayrı ayrı hesaplanmış ve 0.7324-0.7612 arasında olduğu saptanarak Türkçe için güvenilir ve geçerli olduğu belirtilmiştir. Böylelikle komorbidite hasta gruplarında kullanılabilirliği açıklanmıştır (18).

3.2.2. Hill-Bone İlaç Tedavisine Uyumu Ölçeği

Hill-Bone ilaç tedavisine uyumu ölçeğinin, 2009 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Karademir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır(19). Ölçek total puan ve görüşme, medikal, beslenme şeklinde dört alt boyut şeklinde oluşturulmuştur. HBİTUÖ'i 4'lü likert tipi 14 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar (3) "Her zaman", (2) "Çoğu zaman" , (1) "Bazen", ve (0) "Hiçbir zaman" seçeneklerini içerir. Ölçeğin büyük çoğunluğu olumsuz soru şeklindedir. Altıncı soru ters kodlanarak, değerlendirmede total puan için tüm soruların, medikal alt boyutu için 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. soruların, beslenme alt boyutu için 3, 4 ve 5. soruların, görüşme alt boyutu için ise 6, 7 ve 8. soruların toplamı alınır. Ölçek total puanı madde sayısı ile bağlantılıdır ve 0-42 arasındadır. Ölçek negatif eğimlidir, puan yükseldikçe uyum azalır. Total, medikal, beslenme ve görüşme alt toplamda "0" puan almış ise tam uyumlu olarak

değerlendirilirken, farklı puanlar ise uyumsuzluğu yansıtır (19). HBİTUÖ'nin bütünü için belirtilen Cronbach alfa değeri (0.83), bu çalışmada 0.741 olarak bulunmuştur (20).

3.3. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Çalışmamızda "Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği" ve alt boyutları ile "SF-36 Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği" ve alt boyutları ile bağımsız değişkenlerin istatistiksel analizi için SPSS 21.0 paket istatistik programı kullanılmıştır.

Çalışmamızdaki kategorik veriler kişi sayısı (n), yüzde (%) olarak, sayısal veriler ortalama ve medyan olarak verilmiştir. Ölçeklerin veri analizi için dağılımı normallik testleri, histogram ve çarpıklık basıklık değerleri ile incelenmiştir. Normal dağılım kriterlerini karşılamayan veriler için çalışmamıza non parametrik testler olan; Mann Whitney-U, Kruskall Wallis ve Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için %5 hata payı ile $p<0,05$ değeri kabul edilmiştir.

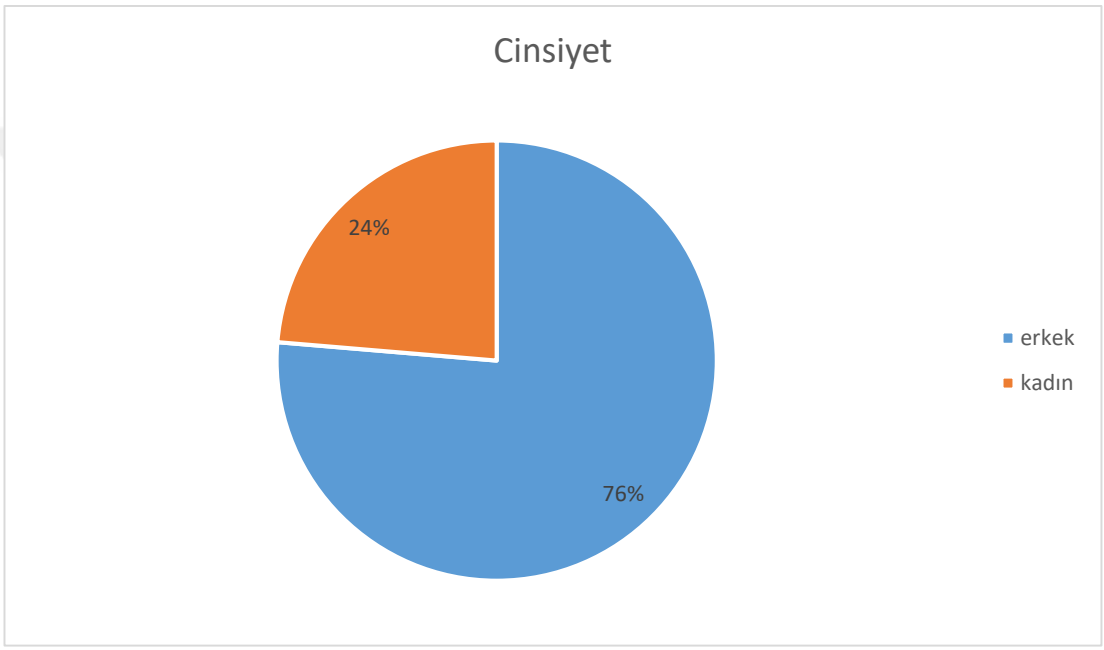
3.4. ETİK KURUL İZNİ

Bu çalışma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayı ile yapılmıştır (Tarih: 02.02.2021 ve Onay No: 3120)

4. BULGULAR

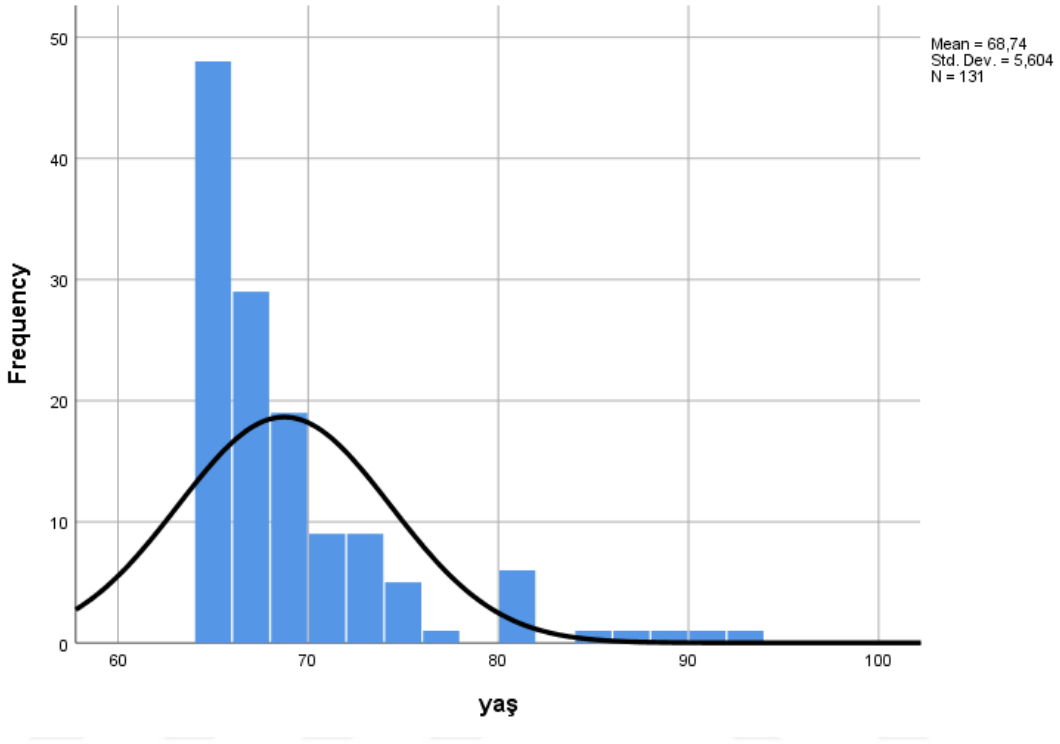
4.1. ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Çalışmamıza 31'i (%23,66) kadın, 100'ü (%76,34) erkek olmak üzere toplam 131 hipertansiyon hastası katılmıştır (Grafik 1).



Grafik 1: Katılımcıların Cinsiyete Göre Dağılımı

Katılımcıların yaş dağılımları incelendiğinde, yaş ortalaması 68,74±5,6 yıl olarak saptanmıştır. (Grafik 2) Hastaların yaş boy kilo dağılım aralıkları tablo 2'de verilmiştir.

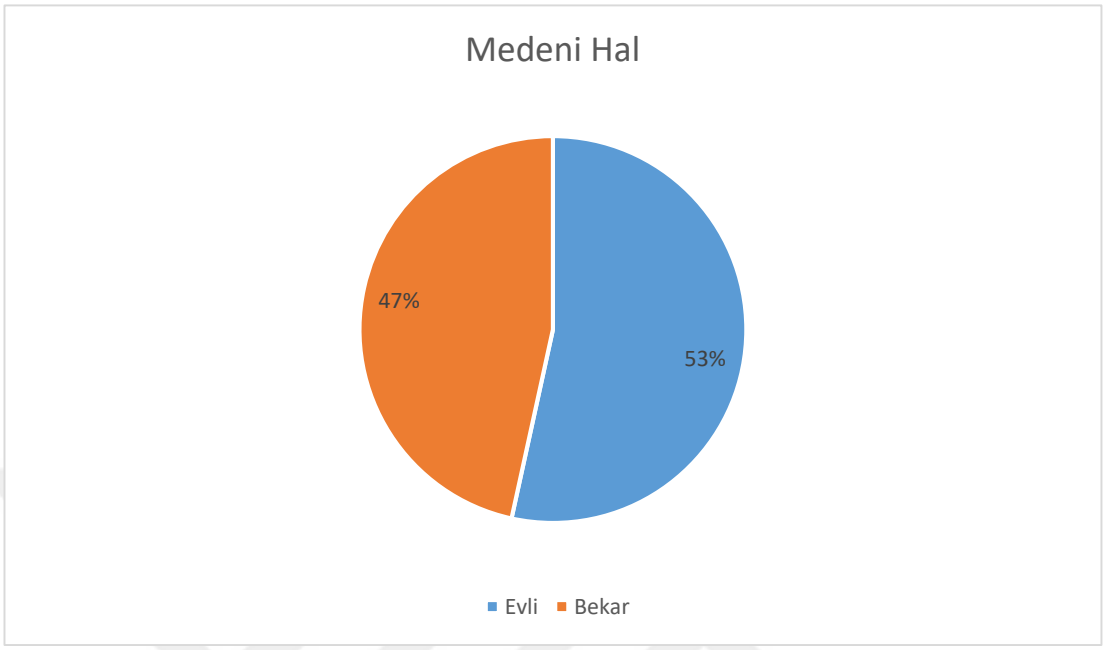


Grafik 2: Katılımcıların Yaşa Göre Dağılımı

Tablo 3: Hastaların Yaş Boy Kilo Verilerinin Dağılım Aralığı

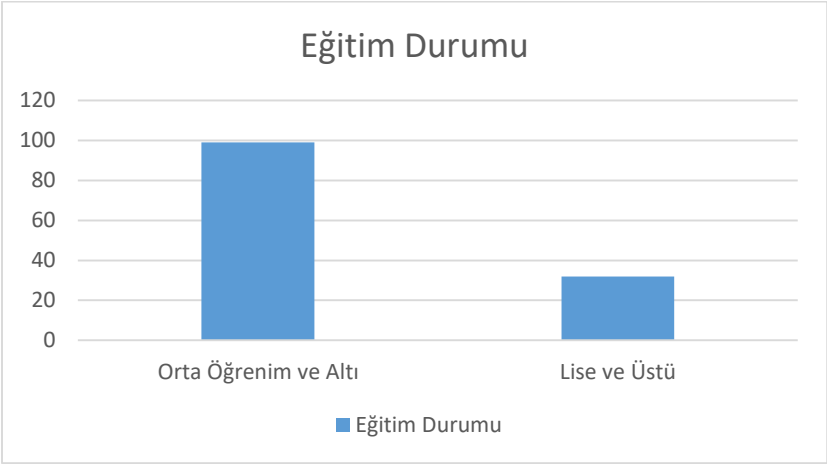
	Ortalama	**Medyan (minimum-maksimum)**
Yaş	68,74±5,6	66.00(65-92)
Boy (m)	1,64±0,05	23743(1,5-1,78)
Kilo (kg)	66,32±12,23	64.00(46-107)
BKİ (kg/m^2)	24,68±4,68	23.73(18,61-42,66)

Katılımcıların medeni durumları incelendiğinde hastaların 70'i (%53,44) evli, 61'i (%46,56) bekardır (Grafik3).



Grafik 3: Katılımcıların Medeni Hale Göre Dağılımı

Katılımcıların eğitim seviyeleri incelendiğinde, 99'unun (%65,67) orta öğrenim ve altı mezuniyet durumuna sahip iken, 32'sinin (%24,33) lise ve üzeri öğrenim durumuna sahip olduğu saptanmıştır. (Grafik 4)

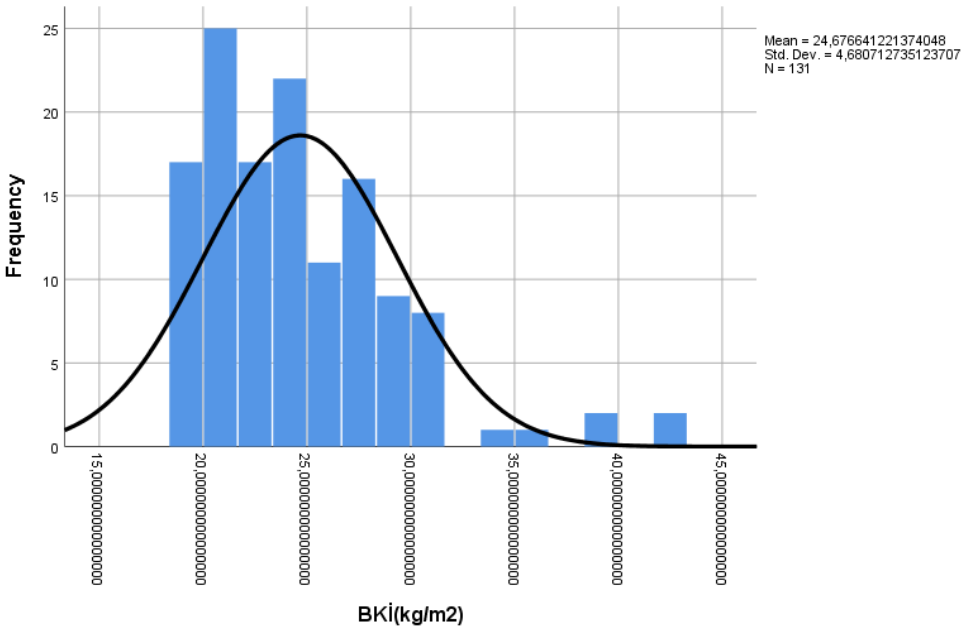


Grafik 4: Katılımcıların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

Hastaların 24'ünün (%18,32) sigara kullanırken, hiçbirinin alkol kullanmadığı saptanmıştır.

4.2.ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN FİZİKSEL ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların boy, vücut ağırlığı, BKİ ortalaması incelendi ve boy ortalaması 1,64±0,05 metre, vücut ağırlığı ortalaması 66,32±12,23 kilogram, BKİ ortalaması 24,68±4,68 kg/m^2 olarak saptandı.(Grafik 5)

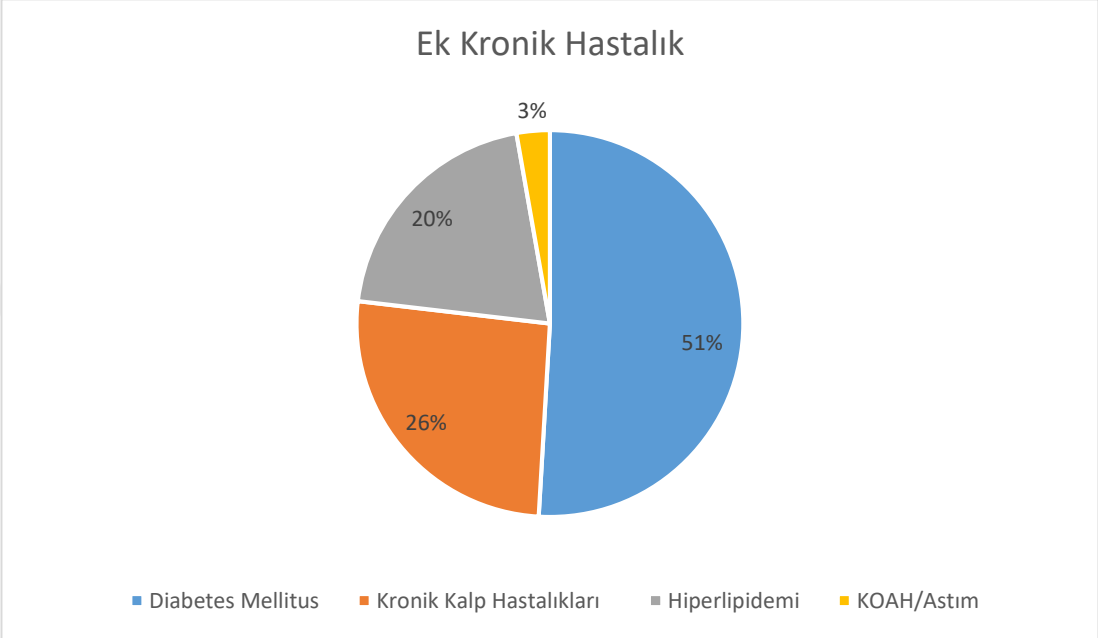


Grafik 5: Katılımcıların BKİ'e Göre Dağılımı

Hastaların BKİ kategorileri incelendiğinde 35'i (%26,72) fazla kilolu, 16'sı (%12,21) obezdir.

4.3.ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN KRONİK HASTALIK PROFİLİ

Hastaların ek kronik hastalıkları incelendiğinde 55'inin (%50,93) diyabet, 28'inin (%25,93) kronik kalp hastalığı, 22'sinin (%20,37) hiperlipidemi ve 3'ünün (%2,78) KOAH/astım tanısı olduğu saptanmıştır (Grafik 6).



Grafik 6: Katılımcıların Ek Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

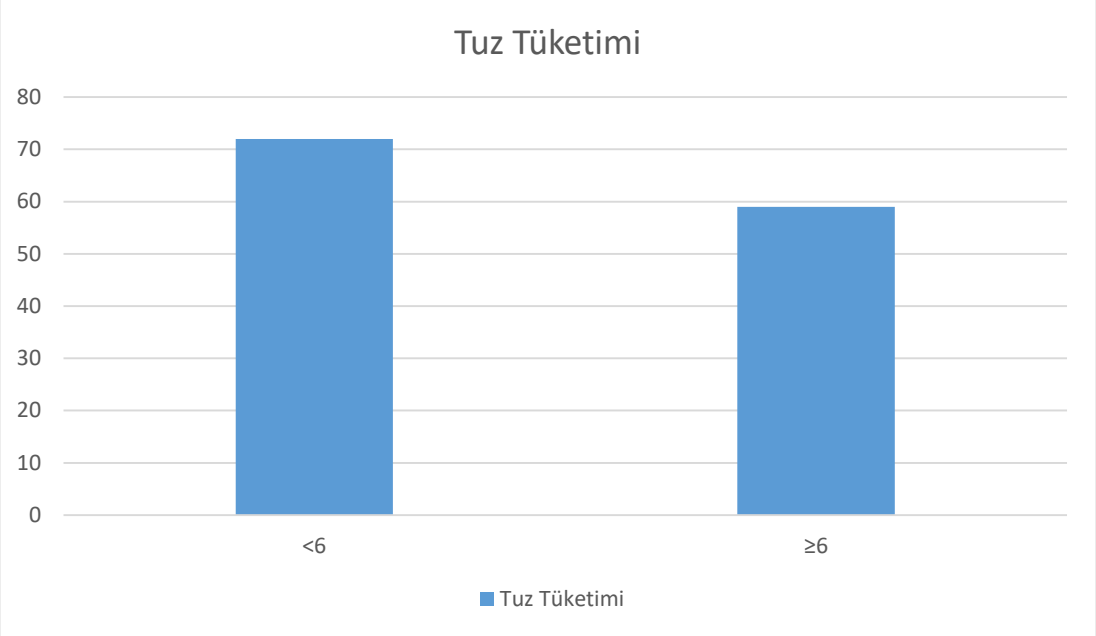
Hastaların hiç birinin hipertansiyon için takviye ürün kullanmadığı saptanmıştır. Hastaların 60'ının (%45,80) prehipertansiyon, 71'inin (%54,20) evre 1 hipertansiyon, 61'inin (%46,56) altı yıldan uzun süredir hipertansiyon tanısı olduğu ve 64'ünün (%48,85) aile öyküsü olduğu saptanmıştır. Hastaların tedavi takip ile bilgileri Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 4: Hastaların Tedavi Takip Bilgileri

Tedavi Takip Bilgileri		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Şu anki TA	Pre HT	60	45,80
	Evre 1	71	54,20
Birinci ve/veya ikinci derece akrabalarınızda HT tanısı	Yok	67	51,15
	Var	64	48,85
HT tanı süresi	6 yıldan az	70	53,44
	6 yıldan fazla	61	46,56
Kan basıncınızı hangi sıklıkla ölçüyorsunuz?	Her gün	2	1,53
	Haftada bir	3	2,29
	Kendini kötü hissedince	81	61,83
	Yalnızca doktor kontrolünde	45	34,35
Hipertansiyon için kontrol sıklığı	Üç ayda	76	58,02
	Altı ayda1	43	32,82
	Yılda 1	8	6,11
	Hiç gitmem	4	3,05
Yıllık doktor başvuru sayısı	Yok	4	3,05
	1-5 arası	110	83,97
	6-10 arası	11	8,40
	11-15 arası	3	2,29
	≥16	3	2,29
İlaç tedavinizde değişiklik yapıldı mı?	Evet	96	73,28
	Hayır	35	26,72
Değişikliğin nedeni	İlacın yan etkileri	34	35,42
	TA düşürmedi	20	20,83
	Doktor kararı	42	43,75

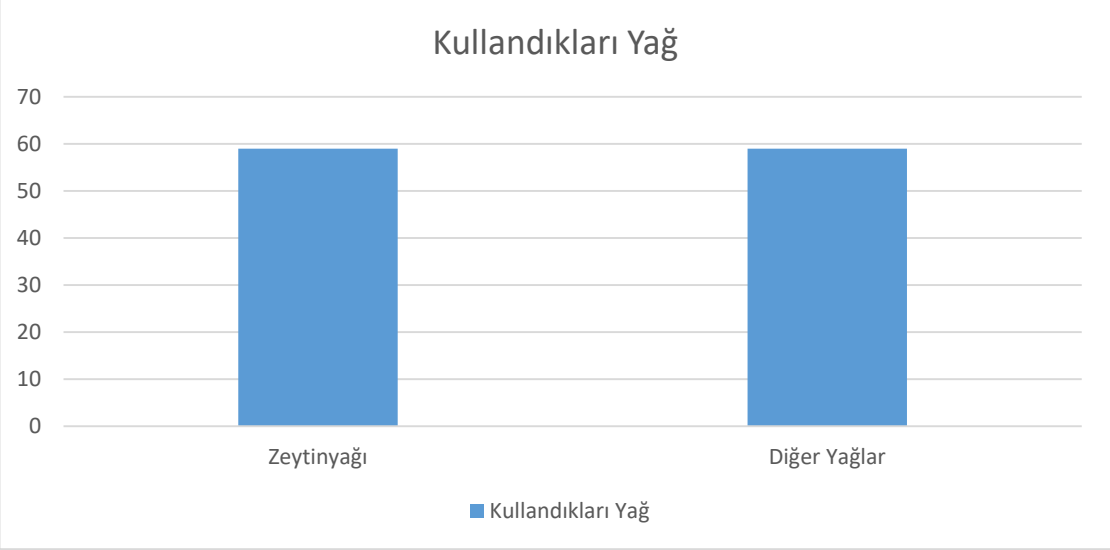
4.4. ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN BESLENME ÖZELLİKLERİ

Hastaların 72'sinin (%54,96) 5-6 gram/gün tuz tükettiği, 59'unun (%45,04) 6 gram ve üstünde tuz tükettiği saptanmıştır (Grafik 7).



Grafik 7: Katılımcıların Tuz Tüketim Durumuna Göre Dağılımı

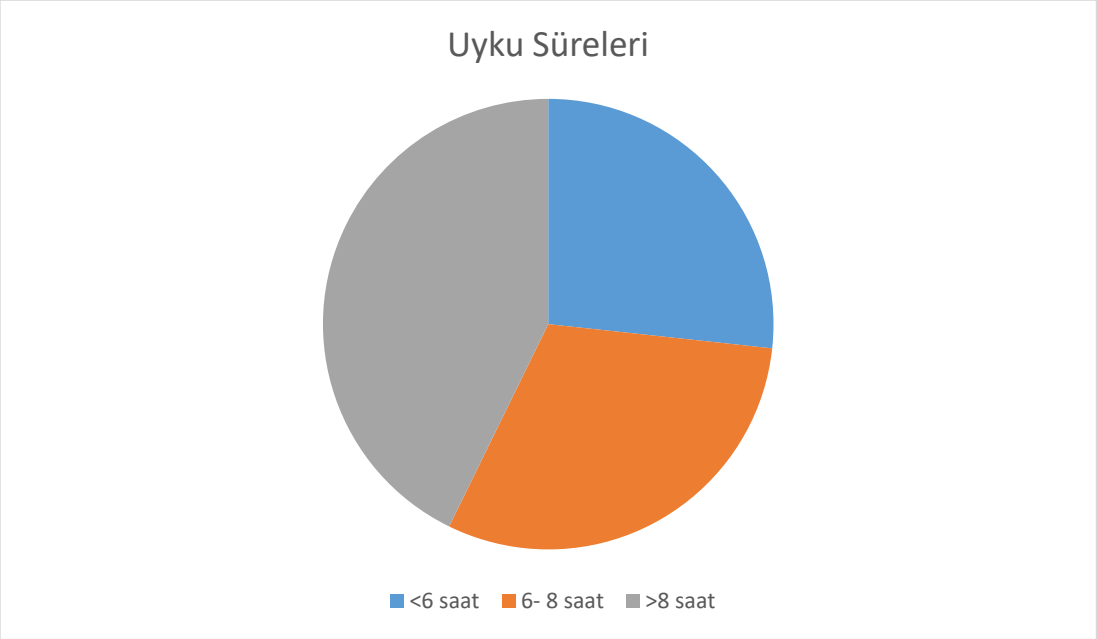
Hastaların kullandıkları yağ incelendiğinde 59'unun (%39,69) zeytinyağı kullandığı, 79'unun (%60,31) diğer yağları kullandığı saptanmıştır.(Grafik 8)



Grafik 8: Katılımcıların Kullandıkları Yağ Durumuna Göre Dağılımı

4.5.ÇALIŞMAYA ALINAN BİREYLERİN UYKU PROFİLİ

Hastaların uyku süreleri incelendiğinde 35'inin (%26,72) 6 saaten az, 40'ının (%30,53) 6-8 saat, 56'sının (%42,75) 8 saatten fazla uyuduğu saptanmıştır (Grafik 9).



Grafik 9: Katılımcıların Uyku Sürelerine Göre Dağılımı

4.6. ÇALIŞMAYA ALINAN HASTALARIN SF-36 ÖLÇEĞİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

SF-36 ölçeğine göre fiziksel fonksiyon ortalaması 72,27±11,71, fiziksel rol güçlüğü ortalaması 60,31±13,47, emosyonel rol güçlüğü ortalaması 75,06±25,93,enerji canlılık vitalite ortalaması 56,56±4,26, ruhsal sağlık ortalaması 68,98±6,47, sosyal işlevsellik ortalaması 71,85±15,45, ağrı ortalaması 68,23±14,78, genel sağlık algısı ortalaması 43,63±2,98 olarak saptanmıştır.

Medeni durum ile SF 36 alt boyutu fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Evlilerin fiziksel fonksiyon emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite skoru bekarlardan yüksek saptanmıştır. Bekarların fiziksel rol güçlüğü skoru evlilerden daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 5: SF 36 Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları ve Medyan Göstergesi Tablosu

	Ortalama	Medyan (minimum-maksimum)
Fiziksel fonksiyon	72,27±11,71	70.40(50-85)
Fiziksel rol güçlüğü	60,31±13,47	50.00(25-75)
Emosyonel rol güçlüğü	75,06±25,93	66.67(33,33-100)
Enerji canlılık vitalite	56,56±4,26	55.00(40-65)
Ruhsal sağlık	68,98±6,47	68.00(56-80)
Sosyal işlevsellik	71,85±15,45	75.00(37,5-87,5)
Ağrı	68,23±14,78	65.00(22,5-100)
Genel sağlık algısı	43,63±2,98	45.00(35-50)
Toplam	16,32±0,67	16.00(15-17)

Öğrenim durumu ile SF 36 alt boyutu fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Üniversite ve ilköğretim mezunlarının fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite skoru diğer hastalardan yüksek saptanmıştır.

Sigara kullanma durumu ile SF 36 alt boyutu fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Daha önce sigara içip bırakmış olanların fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü skorum diğer hastalardan daha yüksek saptanmıştır.

HT durumu ile SF 36 alt boyutu fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Prehipertansiyon olan hastaların fiziksel fonksiyon emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite skoru Evre 1 HT olan hastalardan yüksek saptanmıştır. Evre 1 HT olan hastaların fiziksel rol güçlüğü skoru prehipertansiyon olan hastalardan daha yüksek saptanmıştır.

Aile öyküsü ile SF 36 alt boyutu fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Aile öyküsü olan hastaların emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite skoru aile öyküsü olmayan hastalardan yüksek saptanmıştır. Aile öyküsü olmayan hastaların fiziksel rol güçlüğü skoru aile öyküsü olan hastalardan daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 6: SF-36 Ölçeği İle Sosyodemografik Verilerin Ortalama Ve Medyan Değerleri

		Ruhsal sağlık		p	Sosyal işlevsellik		p	Ağrı		p	Genel sağlık algısı		p
		Ortalama	Medyan		Ortalama	Medyan		Ortalama	Medyan		Ortalama	Medyan	
Cinsiyet	Kadın	70,3±6,2	72.0	0,204	73±14,8	75.0	0,660	70,6±17,4	77.5	0,314	43,4±2,7	45.0	0,660
	Erkek	68,6±6,5	64.0		71,5±15,7	75.0		67,5±13,9	65.0		43,7±3,1	45.0	
medeni durum	Evli	72,7±5,9	76.0	<0,001	63,8±14,5	62.5	<0,001	73,4±11,8	77.5	<0,001	44,2±2,6	45.0	0,860
	Bekar	64,7±4	64.0		81,1±10,6	87.5		62,3±15,7	65.0		43±3,2	45.0	
Öğrenim durumu	İlköğretim	72,4±6,1	76.0	<0,001	63,6±15,1	62.5	<0,001	73,6±9,7	77.5	<0,001	43,5±2,6	45.0	0,847
	Ortaöğretim	67±5,6	64.0		76,9±13,5	87.5		63,3±14,2	65.0		43,5±2,9	45.0	
	Lisans	68±6,5	64.0		72,8±16,3	75.0		71,3±19,9	77.5		43,9±3,7	45.0	
	Yüksek lisans	75,1±4,4	76.0		61,1±11,6	62.5		77,5±0	77.5		44,4±3	45.0	
BKİ	Normal	68,8±6,2	64.0	0,183	73±15,2	75.0	0,903	66,9±15,5	65.0	0,473	43,7±3,3	45.0	0,662
	Kilolu	69,5±6,9	72.0		68,6±15,6	62.5		69,9±14,4	77.5		43,3±2,7	45.0	
	Obez	68,8±7,2	70.0		73,4±16,4	81.3		71,4±11,1	71.3		44,1±2	45.0	
sigara	Evet içiyor	67,3±6,2	64.0	0,001	72,4±15,2	75.0	0,001	67,6±8,6	65.0	0,030	43,1±3,6	45.0	0,714
	hiç içmemiş	68,2±6,4	64.0		74,7±14,5	87.5		67,3±16	65.0		43,6±2,9	45.0	
	Eski içici	73,6±5,2	76.0		60,9±14,7	62.5		72,4±14,8	77.5		44,1±2,5	45.0	
Şu anki HT	Prehipertansiyon	72,4±5,7	76.0	<0,001	63,5±13,9	62.5	<0,001	72,5±10,4	77.5	<0,001	43,9±2,8	45.0	0,984
	Evre 1	66,1±5,6	64.0		78,9±13,1	87.5		64,6±16,9	65.0		43,4±3,1	45.0	
Hipertansiyon	DM	67,9±5,8	64.0	0,123	72,7±15,8	75.0	0,312	64,9±13,9	65.0	0,893	44,1±2,7	45.0	0,109
	KKH	67±6,1	64.0		78,1±13,4	87.5		67,9±14,6	65.0		42,7±3,2	45.0	
	HL	66,2±6,1	64.0		76,7±14,6	87.5		66,5±19,8	65.0		43,4±3,9	45.0	
	KOAH/Astım	74,7±2,3	76.0		66,7±19,1	62.5		70±13	77.5		45±0	45.0	
Aile öyküsü	yok	66,7±5,2	64.0	<0,001	75,9±15,7	87.5	0,002	64,1±15	65.0	<0,001	43,7±3,2	45.0	0,775
	var	71,4±6,8	76.0		67,6±14	62.5		72,5±13,4	77.5		43,6±2,7	45.0	
HT tanı süresi	6 yıldan az	72,7±5,8	76.0	<0,001	62,9±13,8	62.5	<0,001	73,9±12,8	77.5	<0,001	43,8±2,6	45.0	0,560
	6 yıldan fazla	64,7±4,2	64.0		82,2±9,8	87.5		61,8±14,4	65.0		43,4±3,4	45.0	
Tedavi değişikliği	Evet	69,3±6,7	68.0	0,428	71,5±15,8	68.8	0,713	70,8±12,7	77.5	0,003	43,6±3	45.0	0,647
	Hayır	68,2±5,9	64.0		72,9±14,7	75.0		61,2±17,8	65.0		43,6±2,9	45.0	
eğer cevabınız evet ise değişikliğin nedeni	ilacın yan etkileri	70,9±6,2	76.0	0,167	70,6±15	62.5	0,922	69,8±10,3	67.5	0,240	43,4±2,9	45.0	0,628
	ta düşürmedi	68,6±7,6	68.0		72,5±15	68.8		74,6±20,9	77.5		43,5±2,9	45.0	
	doktor kararı	68,2±6,5	64.0		71,7±17	75.0		69,8±8,7	65.0		43,9±3,2	45.0	
Tuz tüketimi	5-6 grdan az	73±5,7	76.0	<0,001	62,7±13,5	62.5	<0,001	74,2±10,4	77.5	<0,001	43,5±2,6	45.0	0,612
	6 grdan fazla	64,1±3	64.0		83,1±8,9	87.5		60,9±16,1	65.0		43,7±3,4	45.0	
Yağ tercihi	zeytinyağı	66±5,6	64.0	<0,001	78,6±12,5	87.5	<0,001	63,6±14,3	65.0	<0,001	43,8±2,9	45.0	0,550
	diğerleri	70,9±6,3	76.0		67,4±15,7	62.5		71,3±14,3	77.5		43,5±3	45.0	
Günlük Uyku süreniz?	6 sa az	64,2±5	64.0	<0,001	79,6±11,8	87.5	<0,001	62,4±15,2	65.0	<0,001	43,1±3,4	45.0	0,286
	6-8 sa	66±4,3	64.0		80,3±12,6	87.5		63,9±18,7	65.0		43,4±3,5	45.0	
	8 sa fazla	74,1±4,8	76.0		60,9±12,4	62.5		75±6,5	77.5		44,1±2,2	45.0	

HT tanı süresi ile SF 36 alt boyutu fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Tedavi değişikliği olan hastaların fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü skoru tedavi değişikliği olmayan hastalardan yüksek saptanmıştır. Tedavi

değişikliği olmayan hastaların fiziksel rol güçlüğü skoru tedavi değişikliği olan hastalardan daha yüksek saptanmıştır.

Tuz tüketimi ile SF 36 alt boyutu enerji canlılık vitalite, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Tuz tüketimi 5-6'dan az olan hastaların fiziksel fonksiyon emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite skoru 6 gramdan yüksek olan hastalardan yüksek saptanmıştır. 6 gramdan yüksek olan hastaların fiziksel rol güçlüğü skoru 5-6 gram olan hastalardan daha yüksek saptanmıştır.

Yağ tercihi ile SF 36 alt boyutu enerji canlılık vitalite, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Diğer yağları tüketen hastaların fiziksel fonksiyon emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite skoru zeytin yağını tercih eden hastalardan yüksek saptanmıştır. zeytin yağını tercih eden hastaların fiziksel rol güçlüğü skoru diğer yağları tercih eden hastalardan daha yüksek saptanmıştır.

Uyku süresi ile SF 36 alt boyutu enerji canlılık vitalite, fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. 8 saaten uzun uyuan hastaların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü ve enerji canlılık vitalite skoru diğer hastalardan yüksek saptanmıştır.

Medeni durum ile SF 36 alt boyutu ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Evlilerin ruhsal sağlık ve ağrı skoru kadınlardan yüksek saptanmıştır. Bekarların sosyal işlevsellik puanı evlilerden yüksek saptanmıştır.

Öğrenim durumu ile SF 36 alt boyutu ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. İlköğretim ve üniversite mezunlarının ruhsal sağlık ve ağrı skoru diğer öğrenim durumuna sahip hastalardan yüksek saptanmıştır. Diğer öğrenim durumuna sahip olanların sosyal işlevsellik puanı ilk öğretim ve üniversite öğrenim durumuna sahip olanlardan yüksek saptanmıştır.

Sigara kullanım durum ile SF 36 alt boyutu ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Sigara kullanıp bırakmış olanların ruhsal sağlık ve ağrı skoru diğer hastalardan yüksek

saptanmıştır. Sigara kullanıp bırakmış olanların sosyal işlevsellik puanı diğer hastalardan düşük saptanmıştır.

HT durum ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Prehipertansiyon olanların ruhsal sağlık ve ağrı skoru evre-1 HT hastalarından yüksek saptanmıştır. Evre 1 HT olanların sosyal işlevsellik puanı prehipertansiyon olan hastalardan yüksek saptanmıştır.

Aile öyküsü ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Aile öyküsü olanların ruhsal sağlık ve ağrı skoru aile öyküsü olmayan yüksek saptanmıştır. Aile öyküsü olmayanların sosyal işlevsellik puanı prehipertansiyon olan aile öyküsü olanlardan yüksek saptanmıştır.

Tanı süresi ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. 6 yıldan az olanların ruhsal sağlık ve ağrı skoru 6 yıldan uzun olanlardan yüksek saptanmıştır. 6 yıldan uzun süre tanısı olanların sosyal işlevsellik puanı prehipertansiyon olan 6 yıldan kısa tanısı olanlardan yüksek saptanmıştır.

Tuz kullanım miktarı ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. 5-6 gram tuz kullananların ruhsal sağlık ve ağrı skoru 6 gramdan fazla tüketenlerden yüksek saptanmıştır. 6 gramdan çok tuz kullananların sosyal işlevsellik puanı prehipertansiyon olan 5-6 gramdan az kullananlardan yüksek saptanmıştır.

Tedavi değişikliği ile SF36 ağrı alt boyutu arasında istatistikse olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Tedavi değişikliği olanların ağrı skoru daha yüksek saptanmıştır.

Yağ tercihi ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Diğer yağları kullananların ruhsal sağlık ve ağrı skoru zeytinyağı tüketenlerden yüksek saptanmıştır. Zeytinyağı kullananların sosyal işlevsellik puanı, pre-hipertansiyon olan diğer yağları kullananlardan yüksek saptanmıştır.

Uyku süresi ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Günde 8 saatten çok uyuyanların, ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı skoru daha az uyuyanlardan yüksek saptanmıştır.

Tablo 7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği İle Sosyodemografik Verilerin Medyan ve Ortalama Değerleri

		Fiziksel fonksiyon		p	Fiziksel rol güçlüğü		p	Emosyonel rol güçlüğü		p	Enerji canlılık vitalite		p
		Ortalama	Medyan		Ortalama	Medyan		Ortalama	Medyan		Ortalama	Medyan	
Cinsiyet	Kadın	72±13,5	75.0	0,936	55,6±15,4	50.0	0,055	71±28,2	66.7	0,365	56,1±4	55.0	0,396
	Erkek	72,3±11,2	70.0		61,8±12,5	50.0		76,3±25,2	66.7		56,7±4,3	55.0	
medeni durum	Evli	78,6±9,8	85.0	**<0,001**	56,1±13,1	50.0	**<0,001**	87,1±22,9	100.0	**<0,001**	58,1±3,3	60.0	**<0,001**
	Bekar	65±9,2	65.4		65,2±12,3	75.0		61,2±22,1	66.7		54,8±4,5	55.0	
Öğrenim durumu	İlköğretim	78,5±10	85.0	**<0,001**	59,1±12,2	50.0	0,055	87,9±20,1	100.0	**0,001**	57,4±3,6	60.0	**0,028**
	Ortaöğretim	69,1±10,7	70.0		62,7±14,1	75.0		70,3±23,7	66.7		55,8±4,6	55.0	
	Lisans	69,1±12,9	65.4		59,8±12,5	50.0		65,2±32,5	66.7		56,3±4,3	55.0	
	Yüksek lisans	80,6±10	85.0		50±12,5	50.0		88,9±23,6	100.0		59,4±1,7	60.0	
BKİ	Normal	71,2±11,6	70.0	0,305	60,9±13,7	50.0	0,364	72,1±26,2	66.7	0,175	56,1±4,5	55.0	0,183
	Kilolu	75,1±10,6	75.0		60,7±13,9	50.0		81,9±23,4	100.0		57,3±3,9	60.0	
	Obez	71,4±14,1	70.2		56,3±11,2	50.0		75±28,5	83.3		57,5±3,2	60.0	
sigara	Evet içiyor	72±11,4	70.0	**0,002**	59,4±16,2	50.0	0,094	69,4±23,9	66.7	**0,003**	55,8±4,1	55.0	0,061
	hiç içmemiş	70,2±11,6	67.7		61,9±13,1	50.0		72,2±26,8	66.7		56,3±4,5	55.0	
	Eski içici	80±9,4	85.0		55,4±10,5	50.0		91,3±18	100.0		58,3±2,9	60.0	
Şu anki HT	Prehipertansiyon	78,1±10,3	85.0	**<0,001**	55,4±13,1	50.0	**<0,001**	86,7±22,3	100.0	**<0,001**	57,6±3,9	60.0	**0,002**
	Evre 1	67,4±10,6	65.4		64,4±12,4	75.0		65,3±24,8	66.7		55,7±4,4	55.0	
Ek hastalık	DM	71,1±11,6	70.0	0,239	62,7±12,6	75.0	0,291	75,2±22,4	66.7	0,287	55,8±5	55.0	0,543
	KKH	69,9±10,1	67.7		64,3±12,6	75.0		71,4±25,2	66.7		56,6±3,6	55.0	
	HL	65,9±11,5	65.0		61,4±12,7	50.0		62,1±29,6	66.7		55,5±4,1	55.0	
	KOAH/Astım	75±17,3	85.0		50±0	50.0		77,8±38,5	100.0		55±0	55.0	
Aile öyküsü	Yok	68,4±10,7	65.4	**<0,001**	64,9±12,4	75.0	**<0,001**	68,7±24,5	66.7	**0,002**	55,6±4,8	55.0	**0,006**
	Var	76,3±11,4	85.0		55,5±13	50.0		81,8±25,8	100.0		57,6±3,3	60.0	
HT tanı süresi	6 yıldan az	78,5±10,6	85.0	**<0,001**	56,1±13,1	50.0	**<0,001**	84,8±25,8	100.0	**<0,001**	58,4±2,8	60.0	**<0,001**
	6 yıldan fazla	65,2±8,5	65.4		65,2±12,3	75.0		63,9±21,3	66.7		54,5±4,7	55.0	
Tedavi değişikliği	Evet	74±11	75.0	**0,006**	58,9±12,6	50.0	**0,020**	80,2±24	100.0	**<0,001**	56,6±4,1	55.0	0,807
	Hayır	67,6±12,4	65.4		64,3±15,2	75.0		61±26,2	66.7		56,4±4,8	55.0	
eğer cevabınız evet ise değişikliğin nedeni	ilacın yan etkileri	77,7±9,5	85.0	**0,044**	56,6±11,2	50.0	**0,012**	86,3±21,9	100.0	0,148	56,9±4,3	60.0	0,669
	ta düşürmedi	72,6±11,8	72.5		66,3±12,2	75.0		75±26,2	66.7		56±5	55.0	
	doktor kararı	71,7±11,3	70.0		57,1±12,7	50.0		77,8±24	66.7		56,7±3,4	55.0	
Tuz tüketimi	5-6 grdan az	79,1±10,4	85.0	**<0,001**	55,6±12,7	50.0	**<0,001**	86,1±24,9	100.0	**<0,001**	57,9±3,3	60.0	**<0,001**
	,6 grdan fazla	64±6,9	65.4		66,1±12,1	75.0		61,6±20,4	66.7		54,9±4,7	55.0	
Yağ tercihi	zeytinyağı	67,4±10,9	65.4	**<0,001**	63,9±12,5	75.0	**0,015**	67,3±26	66.7	**0,005**	55,8±4,2	55.0	**0,023**
	diğerleri	75,5±11,1	85.0		57,9±13,6	50.0		80,2±24,8	100.0		57,1±4,2	60.0	
Günlük Uyku süreniz?	6 sa az	63,5±8,4	65.0	**<0,001**	67,9±11,5	75.0	**<0,001**	61,9±24,4	66.7	**<0,001**	56,3±3,5	55.0	**<0,001**
	6-8 sa	66,2±9,9	65.4		61,9±12,6	50.0		64,2±24,3	66.7		54,4±5,6	55.0	
	8 sa fazla	82,1±6,1	85.0		54,5±12,7	50.0		91,1±18,5	100.0		58,3±2,6	60.0	

4.7.ÇALIŞMAYA ALINAN HASTALARIN HILL BONE HİPERTANSİYON UYUM ÖLÇEĞİNE GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ

Hill-bone HT uyum ölçeğine göre ilaç uyum ortalaması 8,99±0,9, beslenme düzeyi ortalaması 5,05±0,21, görüşme miktarı ortalaması 3,8±0,4 olarak saptanmıştır.

Medeni durum ile Hill bone HT uyum ölçeği medikal, beslenme alt boyutları ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bekarların toplam ve medikal skoru evlilerde yüksek saptanmıştır. Evlilerin beslenme skoru bekarlardan yüksek saptanmıştır.

Öğrenim durum ile Hill bone HT uyum ölçeği medikal, beslenme alt boyutları puan arasında istatistiksel oalrak anlamlı ilişki saptanmıştır. Orta öğretim ve lise öğrenim durumuna sahip olanların medikal skoru ilköğretim ve üniversiteden yüksek saptanmıştır. Lise ve orta öğretim mezunlarının beslenme skoru ilköğretim ve üniversite mezunlarından yüksek saptanmıştır.

Tablo 8: Hill-bone HT Uyum Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları Göstergesi Tablosu

	Ortalama	**Medyan (minimum-maksimum)**
Medikal	8,99±0,9	9.00(8-10)
Beslenme	5,05±0,21	5.00(5-6)
Görüşme	3,8±0,4	4.00(3-4)

Sigara kullanım durum ile Hill bone HT uyum ölçeği medikal istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Eski sigara kullanıcılarının medikal skoru diğer hastalardan yüksek saptanmıştır.

Tuz tüketim durum ile Hill bone HT uyum ölçeği medikal, görüşme alt boyutları ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. 6 gram ve üstünde tuz tüketenlerin medikal, görüşme alt boyutları ve toplam puan skorları 5-6 gram tüketenlerden yüksek saptanmıştır.

Tablo 9: HBHTUÖ İle Sosyodemografik Verilerin Medyan ve Ortalama Değerleri

		Toplam			Medikal			Beslenme			Görüşme		
		Ortalama	Medyan		Ortalama	Medyan		Ortalama	Medyan		Ortalama	Medyan	
Cinsiyet	Kadın	16,5±0,6	16.0	0,278	8,9±0,9	9.0	0,688	5,1±0,3	5.0	0,122	3,9±0,3	4.0	0,106
	Erkek	16,3±0,7	16.0		9±0,9	9.0		5±0,2	5.0		3,8±0,4	4.0	
Medeni durum	Evli	16,1±0,7	16.0	**<0,001**	8,5±0,8	8.0	**<0,001**	5,1±0,3	5.0	**0,020**	3,8±0,4	4.0	0,357
	Bekar	16,6±0,6	17.0		9,6±0,7	10.0		5,0±0	5.0		3,8±0,4	4.0	
Eğitim	İlköğretim	16,1±0,8	16.0	0,058	8,6±0,8	8.0	**0,001**	5,1±0,3	5.0	**0,016**	3,7±0,5	4.0	0,188
	Ortaöğretim	16,5±0,6	17.0		9,2±0,9	10.0		5±0,1	5.0		3,9±0,3	4.0	
	Lisans	16,3±0,6	16.0		9,1±0,8	9.0		5±0	5.0		3,8±0,4	4.0	
	Yüksek lisans	16,1±0,6	16.0		8,3±0,7	8.0		5,2±0,4	5.0		3,7±0,5	4.0	
VKİ	Normal	16,4±0,7	16.0	0,373	9,1±0,9	9.0	0,319	5,1±0,2	5.0	0,471	3,8±0,4	4.0	0,592
	Kilolu	16,2±0,6	16.0		8,8±0,9	8.0		5±0,2	5.0		3,8±0,4	4.0	
	Obez	16,4±0,6	16.0		9,1±1	9.5		5±0	5.0		3,9±0,3	4.0	
Sigara	Evet içiyor	16,3±0,6	16.0	0,152	9±0,9	9.0	**0,002**	5±0	5.0	0,471	3,8±0,4	4.0	0,947
	Hiç içmemiş	16,4±0,7	17.0		9,1±0,9	9.0		5,1±0,2	5.0		3,8±0,4	4.0	
	Eski içici	16,1±0,5	16.0		8,4±0,7	8.0		5±0,2	5.0		3,8±0,4	4.0	
Şu anki TA	Prehipertansiyon	16,2±0,6	16.0	**0,020**	8,6±0,8	8.0	**<0,001**	5,1±0,3	5.0	0,060	3,9±0,3	4.0	0,087
	Evre 1	16,4±0,7	17.0		9,4±0,8	10.0		5±0,1	5.0		3,7±0,4	4.0	
Ek hastalık	DM	16,3±0,6	16.0	0,060	9,1±0,9	9.0	0,567	5±0,1	5.0	0,233	3,8±0,4	4.0	0,094
	KKH	16,5±0,6	16.5		9,2±0,9	9.0		5±0	5.0		3,9±0,3	4.0	
	HL	16,7±0,5	17.0		9,4±0,8	10.0		5,1±0,3	5.0		4±0	4.0	
	KOAH/Astım	16±1	16.0		8,7±1,2	8.0		5±0	5.0		3,7±0,6	4.0	
HT Aile öyküsü	Yok	16,5±0,5	17.0	**0,003**	9,3±0,8	10.0	**<0,001**	5±0	5.0	**0,011**	3,9±0,3	4.0	**0,006**
	Var	16,1±0,7	16.0		8,7±0,9	8.0		5,1±0,3	5.0		3,7±0,5	4.0	
HT Tanı Süresi	6 yıldan az	16,1±0,7	16.0	**<0,001**	8,5±0,8	8.0	**<0,001**	5,1±0,3	5.0	0,134	3,7±0,4	4.0	0,072
	6 yıldan fazla	16,6±0,6	17.0		9,6±0,7	10.0		5±0,1	5.0		3,9±0,3	4.0	
Yıllık Doktor Başvuru Sayısı	Hiç	16,3±0,5	16.0	0,170	9,3±1	9.5	**0,020**	5±0	5.0	0,880	3,8±0,5	4.0	0,802
	1-5	16,3±0,7	16.0		8,9±0,9	9.0		5,1±0,2	5.0		3,8±0,4	4.0	
	6-10	16,5±0,7	17.0		9,5±0,7	10.0		5±0	5.0		3,8±0,4	4.0	
	11-15	16,7±0,6	17.0		9,7±0,6	10.0		5±0	5.0		4±0	4.0	
	16 ve üstü	17±0	17.0		10±0	10.0		5±0	5.0		4±0	4.0	
Tedavi Değişikliği	Evet	16,3±0,7	16.0	0,496	9±0,9	9.0	0,472	5±0,2	5.0	0,709	3,8±0,4	4.0	0,641
	Hayır	16,4±0,6	16.0		9,1±0,9	9.0		5,1±0,2	5.0		3,8±0,4	4.0	
Değişiklik Nedeni	İlacın yan etkileri	16,2±0,7	16.0	0,793	8,8±0,9	8.0	0,338	5,1±0,3	5.0	0,160	3,8±0,4	4.0	**0,006**
	TA düşürmedi	16,3±0,9	16.5		9,2±1	10.0		5,1±0,2	5.0		3,6±0,5	4.0	
	Doktor kararı	16,4±0,6	16.0		9±0,9	9.0		5±0	5.0		3,9±0,3	4.0	
Günlük Tuz Tüketimİ	5-6 gr'dan az	16±0,6	16.0	**<0,001**	8,5±0,8	8.0	**<0,001**	5,1±0,3	5.0	0,054	3,7±0,4	4.0	**0,039**
	6 gr'dan fazla	16,7±0,5	17.0		9,6±0,6	10.0		5±0	5.0		3,9±0,3	4.0	
Yağ Türü	Zeytinyağı	16,5±0,6	17.0	**0,038**	9,3±0,8	9.5	**0,008**	5±0,1	5.0	0,240	3,9±0,3	4.0	0,054
	Diğer yağlar	16,2±0,7	16.0		8,8±0,9	8.0		5,1±0,2	5.0		3,7±0,4	4.0	
Günlük Uyku süreniz?	6 sa az	16,5±0,6	17.0	**<0,001**	9,4±0,8	10.0	**<0,001**	5,0±0	5.0	0,115	3,8±0,4	4.0	0,433
	6-8 sa	16,6±0,6	17.0		9,6±0,7	10.0		5,0±0	5.0		3,9±0,4	4.0	
	8 sa fazla	16,0±0,6	16.0		8,3±0,6	8.0		5,1±0,3	5.0		3,8±0,4	4.0	

Yağ türü ile Hill bone HT uyum ölçeği medikal ve toplam puan arasında istatistiksel oalrak anlamlı ilişki saptanmıştır. Zeytinyağı tükenlerin toplam ve medikal skoru diğer yağları tüketenlerden yüksek saptanmıştır.

Uyku süresi ile Hill bone HT uyum ölçeği medikal ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Sekiz saatten kısa uyuyanların toplam ve medikal skoru diğer hastalardan yüksek saptanmıştır.

Tablo 10: SF-36 Ölçeği İle Hill-Bone HT Uyum Ölçeği Arasında Korelasyon Dağılımı Tablosu

	Toplam	**Medikal**	**Beslenme**	**Görüşme**
Fiziksel fonksiyon	-0,555**	-0,761**	0,245**	-0,212*
Fiziksel rol güçlüğü	0,303**	0,384**	-0,109	0,132
Emosyonel rol güçlüğü	-0,495**	-0,632**	0,222*	-0,210*
Enerji canlılık vitalite	-0,258**	-0,475**	0,152	-0,068
Ruhsal sağlık	-0,498**	-0,727**	0,236**	-0,192*
Sosyal işlevsellik	0,457**	0,649**	-0,166	0,191*
Ağrı	-0,527**	-0,619**	0,166	-0,212*
Genel sağlık algısı	-0,065	-0,089	0,041	-0,024

*(0,01-0,29: zayıf, 0,30-0,70 orta düzeyde, 0,71-0,99 yüksek düzeyde ilişki)

Sf -36 ya göre Fiziksel fonksiyon ve ruhsal sağlık parametreleri ile hill bone medikal uyum arasında güçlü korelasyon varken, beslenme ve doktora başvurma sıklığı arasında düşük korelasyon tespit edilmiştir. Sf 36 ya göre fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite, sosyal işlevsellik, ağrı parametreleri ile hill bone medikal uyum arasında güçlü korelasyon varken beslenme ve doktora başvurma sıklığı arasında düşük korelasyon tespit edilmiştir. Sf -36 ölçeğine göre genel sağlık algısı ile hill bone medikal uyum, beslenme ve doktorla görüşme parametreleri arasında zayıf korelasyon tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda medikal uyum, beslenme uyumu ve total uyumu ayrı ayrı değerlendirme imkanı sağlayan Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve hastaların yaşam kalitesini belirleyen SF-36 ölçeği kullanıldı. Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları yaşam kalitesi incelenmesi amacıyla yapılan bu kesitsel çalışmada elde edilen veriler, bu bölümde literatür bilgileri ışığında değerlendirilerek tartışıldı.

5.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİNİN TARTIŞILMASI

Literatürde nüfusun gittikçe yaşlanması ve 60-65 yaş üzerindeki insanlarda hipertansiyon görülme sıklığının % 60-80'lere ulaşması konuyu toplumsal anlamda da daha önemli kılmaktadır(10). Patent Çalışması (Prevalance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey - the PatenT study)na göre; geriatrik yaş grubu olarak 65 yaş ve üstü bireylerde hipertansiyon prevalansı %75.1'dir(21). Geriatrik yaş grubunda 65 yaş ve üstünde erkeklerde hipertansiyon prevalansı %67.2, kadınlarda ise %81.7'dir(22).Yaptığımız çalışmada 65 yaş üstü hipertansiyon hastalarında kadınlarda %23.66, erkeklerde %76,34 şeklinde farklı şekilde sonuçlanmıştır. Bu farklılığın sebebini de çalışmayı yaptığımız aile sağlık merkezinin doğu nüfusunun fazla olduğu bir bölgede ve bu bölgenin yoğun erkek nüfusa sahip olabileceğinden kaynaklandığını düşündük.

Sosyodemografik verilerden medeni durum incelendiğinde, hastaların %70.9' nun evli; öğrenim durumu incelendiğinde %64.8'inin okuryazar ve ilköğretim mezunu, %98.8' nin bir sosyal güvenceye sahip ve %33.3 nün emekli olduğu saptanmıştır. Bir başka çalışmada hastaların öğrenim durumunun farklı olarak %12.8'i okuryazar, %40.5'i okuryazar değil, %33'ü ilkokul, %7.5'i ortaokul ve %6.8'de ise lise ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu belirtilmiştir (8). Arpacı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada KB kontrol altında olmayanların eğitim düzeylerinin genellikle ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu, KB kontrol altında olanların ise ağırlıklı olarak ortaokul ve lise mezunu olduğu saptanmıştır(8).Çalışmaya alınan hastaların büyük kısmının eğitim düzeyi düşüktür. Aile sağlık merkezine kayıtlı ve belli bölge içinde yürütülen bu

çalışmaya katılan bireylerin %89.7'sinin 50 yaş üstü bireyler olması dikkate alındığından eğitim düzeylerinin düşük olması beklenen bir durumdur.

Hipertansif hastalarda obesite sıklığı sağlıklı bireylere göre daha yüksektir(23).Framingham çalışmasında da obezite, hipertansiyon risk faktörleri arasında sayılmaktadır(24).Bel çevresi, VKİ ve hipertansiyon arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada; her iki cinsiyet için de normal VKİ grubunun en düşük gündüz, gece ve 24 saatlik SKB'ı değerlerine, en düşük SKB değerlerine ve en düşük bel çevresi değerlerine sahip olduğu görülmüştür(23). Fakat bizim çalışmamızda farklı olarak normal vücut kitle indeksi %61,07 daha fazla görülürken, %26,72 kilolu, %12,21 obez olarak çıkmıştır. Çalışmayı yaptığımız 65 yaş üstü hipertansif hastaların çoğunluk olarak normal vücut kitle indeksinde gözlenmiştir. Karaciğer yağlanması, hiperkolesterolemi, açlık ve tokluk trigliserid düzeyleri yüksekliği, HDL kolesterol düzeyi düşüklüğü ve apolipoprotein B düzeyi yüksekliği total kilodan ayrı olarak HT ile ilişkilidir (25) ve bazen bu duruma sahip olan hastaların VKİ normal veya kilolu olabilmektedir. Çalışmamız bu verilerin sorgulanmadığı bir çalışmadır. Bu yüzden değerlendirme eksik kalmıştır.

5.1.1.Hipertansiyon Ve Özgeçmiş Verilerinin Tartışılması

Katılımcıların %81'inde hipertansiyona eşlik eden kronik bir hastalık eşlik ediyor. İstanbul'da bir aile sağlığı merkezinde takip edilen hipertansiyon hastalarında yapılan çalışmada, ek bir kronik hastalığı olduğunu ifade edenlerin oranı %74.5 olarak tespit edilmiştir (26). Tör'ün (20) hipertansiyon hastalarında yaptığı çalışmada araştırma grubunun %66.9'unda eşlik eden bir kronik hastalık olduğu belirlenmiştir**.** Gün'ün (8) çalışmasında ise katılımcıların %54.5'i hipertansiyon dışında kronik bir hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Yaş ortalamasının yüksekliği ve yaş ilerledikçe beraberinde gelen ek hastalıkların bireyin sağlık durumu algısını etkilemesinden kaynaklanıyor olabilir. Bu açıdan hipertansiyon hastalarında ilave kronik hastalık varlığının yüksek oranda olması beklenen bir durumdur.

Araştırma grubundaki hipertansiyon hastalarından ilave kronik hastalıkları olanların; %50,93'nün diyabeti, %25,93'nün kalp hastalığı, %20,37'sinin hiperlipidemisi %2,98 sinin KOAH olduğu belirlenmiştir.

5.2. BESLENME VE YAŞAM ŞEKLİ VERİLERİLERİNİN TARTIŞILMASI

Hastaların %54,96'sı 5-6 gram/gün tuz tükettiği, % 45,04'sı 6 gram ve üstünde tuz tükettiği saptanmıştır. İleri yaşla birlikte azalan böbrek kan akımı ve buna bağlı GFR'deki azalmalar böbreğin sodyum atma yeteneğini de bozmaktadır. Bu sebepler sodyum retansiyonuna yani tuz duyarlılığına neden olur ve ileri yaştaki hipertansiyon hastalarının çoğunluğunda görülür.

Diyetteki tuz alımının azaltıldığı bir beslenme ile kan basınçları 5 mmHg'dan fazla düşebilir. Bu yüzden kan basıncı yüksek olan hastalarda günlük tuz tüketiminin sorgulanması ve ona göre beslenme şeklinin düzeltilmesi önemlidir.

Sigara JNC-7'de bildirilen majör kardiyovasküler risk faktörlerinden biridir(22).

Sigara içen kişilerde akut kan basıncı yükselmesi olur (3). Yaptığımız çalışmada sigara içenler %18,2, içmeyi bırakanlar 17,56, hiç içmemiş olanlar %64,12'lik kısmı oluşturuyorlar. Sigara ile ilişkili olarak o an ki ölçtüğümüz tansiyon değerleri sigara içenlerde daha yüksek şeklinde sonuçlanmıştır.

Etil alkol miktarı günlük 28-55 g'ı geçenlerde akut kan basıncı yükselmesi görülür. Bununla birlikte alkol antihipertansif ilaçların etkisini azaltarak SVO riskini artırır(3). Çalışmamızda alkol içen kimse bulunamamıştır. Bu yüzden hipertansiyon ile ilişkisinde yorum yapılamamıştır.

Kısa uyku süreleri arttıkça hipertansiyona bağlı vasküler ve kardiyak komplikasyonlar artmaktadır (15).

Çalışmamızda 6 saatten az uyuyanlar %26,72, 6-8 saat arası uyuyanlar %30,53, 8 saatten fazla uyuyanlar %42,75 şeklinde sonuçlanmıştır.

5.3.KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ İLE SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ VERİLERİNİN TARTIŞILMASI

Medeni durum ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Evlilerin ruhsal

sağlık ve ağrı skoru bekarlardan yüksek saptanmıştır. Bekarların sosyal işlevsellik puanı evlilerden yüksek saptanmıştır. Bardage ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmamızla benzerlikler vardı(27). Evlilerin sorumlulukları daha fazla olduğundan stresli olma durumları ve bu sebepten ötürü yaşam kalite skorları bu şekilde sonuçlandığı düşünülmektedir. Gun ve Korkmaz çalışmasında ise evlilerin yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuş (8).

Öğrenim durumu ile SF 36 sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. İlköğretim ve üniversite mezunlarının ruhsal sağlık ve ağrı skoru diğer öğrenim durumuna sahip hastalardan yüksek saptanmıştır. Bunun nedenini üniversite eğitimli olanların iş ve stres yükünün diğer gruplardan yüksek olmasına bağlanmıştır. Diğer öğrenim durumuna sahip olanların sosyal işlevsellik puanı ilköğretim ve üniversite öğrenim durumuna sahip olanlardan yüksek saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi skorunun büyük kısmında artış gözlenmiştir (28). Bu durumu destekleyen Bardage ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça fiziksel fonksiyon ve canlılık skorlarında pozitif bir artış gözlenmiştir (27).

Sigara kullanım durum ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Sigara kullanıp bırakmış olanların ruhsal sağlık ve ağrı skoru diğer hastalardan yüksek saptanmıştır. Sigara kullanıp bırakmış olanların karların sosyal işlevsellik puanı diğer hastalardan düşük saptanmıştır.

HT durum ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Prehipertansiyon olanların ruhsal sağlık ve ağrı skoru evre 1 hastalarından yüksek saptanmıştır. Evre 1 HT olanların karların sosyal işlevsellik puanı prehipertansiyon olan hastalardan yüksek saptanmıştır.

Aile öyküsü ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Aile öyküsü olanların ruhsal sağlık ve ağrı skoru aile öyküsü olmayan yüksek saptanmıştır. Aile

öyküsü olmayanların sosyal işlevsellik puanı prehipertansiyon olan aile öyküsü olanlardan yüksek saptanmıştır.

Tanı süresi ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. 6 yıldan az olanların ruhsal sağlık ve ağrı skoru 6 yıldan uzun olanlardan yüksek saptanmıştır. 6 yıldan uzun süre tanısı olanların sosyal işlevsellik puanı prehipertansiyon olan 6 yıldan kısa tanısı olanlardan yüksek saptanmıştır. Bunu destekleyen bir çalışmada 1 yıldan az HT tanısı olan hastaların yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (8). Bunun sebebi hipertansiyona bağlı komplikasyonların daha az veya hiç gelişmediği için olabileceği düşünülmektedir.

Tuz kullanım miktarı ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. 5-6 gram tuz kullananların ruhsal sağlık ve ağrı skoru 6 gramdan fazla tüketenlerden yüksek saptanmıştır. 6 gramdan çok tuz kullananların sosyal işlevsellik puanı prehipertansiyon olan 5-6 gramdan az kullananlardan yüksek saptanmıştır.

Tedavi değişikliği ile SF-36 ağrı alt boyutu arasında istatistikse olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Tedavi değişikliği olanların ağrı skoru daha yüksek saptanmıştır. Yağ tercihi ile SF 36 alt boyutu ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

Diğer yağları kullananların ruhsal sağlık ve ağrı skoru zeytinyağı tüketenlerden yüksek saptanmıştır. Zeytinyağı kullananların sosyal işlevsellik puanı prehipertansiyon olan diğer yapları kullananlardan yüksek saptanmıştır. Doğal beslenmenin bir parçası olan zeytinyağı bilinçli beslenmeyi gösterir. Zeytinyağı kullanan bireylerin yaşam kalitesi bu yüzden daha fazladır.

Uyku süresi ile SF 36 alt boyutu sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, genel sağlık algısı ve ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Günde 8 saatten çok uyuyanların ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel sağlık algısı skoru daha az uyuyanlardan yüksek saptanmıştır. Çalışmayı yaptığımız hastalar 65 yaş üzeri olduğu için ve daha çok çalışmayan insan üzerinden yapıldığı için bu şeklide sonuçlar elde edildiğini düşünüyoruz.

5.4. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİ İLE HILL-BONE İLAÇ UYUMU ÖLÇEĞİ VERİLERİNİN TARTIŞILMASI

Demografik özellikler ve tedaviye uyum arasındaki ilişki çalışmalara bağlı farklı olarak sonuçlanmıştır. BMQ ölçeğini kullanan Svarstad B. ve arkadaşları (29), çalışmalarında tedaviye uyumla demografik değişkenler arasında anlamlı bir ilişki saptamadılar. Mert H. ve arkadaşları da (30) sekiz maddeli MM ölçeğini kullandıkları çalışmalarında uyum puanı ile sosyodemografik özellikler ve yaşam tarzı alışkanlıkları arasında anlamlı bir ilişki saptamadılar. Bizim de çalışmamızda tedaviye uyumla medeni durum, eğitim durumu, öğrenim durumu, sigara kullanımı, tuz tüketimi, uyku süresi arasından anlamlı ilişki saptanmıştur. Alkol kullanımı katılımcılarımızda neredeyse hiç tüketilmediğinden dolayı uyumla ilişkisi saptanamadı.

Çalışmamızda Gün ve Korkmaz (8) çalışmasına benzer bir şekilde medeni duruma göre HBHTUÖ skorlarının dağılımı istatiksel olarak anlamlı olarak değerlendirildiğinde, evli hastaların tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu gözlenmiştir. Ayrıca evli olanların HBHTUÖ'ne göre beslenmeleri daha iyi iken, bekarların ilaç uyum skorları daha yüksek saptanmıştır. Evli olan bireylerin bu uyumsuzlukları, bireysel, ailevi ve iş sorumlulukları yoğunluğundan kaynaklı bir özensizlik olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda orta öğretim ve lise öğrenim durumuna sahip olanlar, diğerlerine göre daha yüksek puan almıştır, yani daha az uyumludur. Yapılan diğer çalışmalarda, tansiyonları regüle olmayanların eğitim düzeylerinin genellikle ortaokul ve altı olduğu, tansiyonları regüle olanların ise ağırlıklı olarak lise mezunu olduğu saptanmıştır(8).

Eski sigara kullanımı kullanıcıların HBHTUÖ'ne göre ilaç uyumları diğerlerinden daha yüksek çıkmıştır. Bunun nedeni halihazırda sigarayı bırakmalarını zaten kronik bir hastalıklarının olduğu için bıraktıklarını düşünüyoruz. Kendilerini ve sağlıklarını daha fazla önemsemeleri ilaç uyumlarını arttırmıştır. Mete'nin (31) HBHTUÖ'ni kullanarak tedavi uyumunu değerlendirdiği çalışmasında, sigara kullanmayanların kullananlara göre tedavi uyum düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Akgöl'ün çalışması da sigara kullananların hipertansiyon tedavisine uyumlarının daha düşük olduğunu saptamıştır.

Çalışmamızda fazla tuz tüketenlerin (6 gram ve üstünde) HBHTUÖ'ye göre ilaç uyum toplam skoru yüksek çıkmıştır. Tuz tüketiminin fazla olması HT kontrolünün zorlaştırıyor(32), bu nedenle hastaların ilaca olan ihtiyacını arttırdığı için hastalar medikal uyum konusunda daha dikkatli davranıyor olabilir.

Çalışmamızda zeytinyağı tükenlerin ilaç uyumu diğerlerinden fazladır. Doğal beslenmenin bir parçası olan zeytinyağı bilinçli beslenmeyi gösterir. Bu konuda duyarlı olan hastalar medikal uyumda daha başarılıdır sonucuna varılmıştır.

Uyku süresi sekiz saatten kısa olanların ilaç uyumu daha yüksek saptanmıştır.

5.5.KATILIMCILARIN SF-36 ÖLÇEĞİ İLE HILL-BONE İLAÇ UYUMU ÖLÇEĞİNİN VERİLERİNİN TARTIŞILMASI

Hastalar Sf -36 ya göre değerlendirildiğinde fiziksel ve ruhsal sağlık parametreleri ile HBHTUÖ medikal uyum parametresi arasında güçlü ilişki varken, beslenme ve doktora başvurma sıklığı arasında düşük ilişki tespit edilmiştir. Hastanın ruhsal ve fizksel vitalitesi tedaviye inancını ve uyumunu getirdiği anlaşılmıştır, böylelikle regülasyonda olan kan basıncının daha az doktora başvurma ihtiyacı doğurduğu sonucu çıkarılmıştır.

Hastaların Sf 36 ya göre fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji canlılık vitalite ,sosyal işlevsellik ,ağrı parametreleri ile hill bone medikal uyum arasında güçlü korelasyon gözlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre hastaların medikal uyum ihtiyaçlarını belirleyen temel faktörlerden biri genel iyilik durumuna olan ihtiyaçları olduğunu düşündürdü.

Çalışmaya katılan hastaların Sf -36 ölçeğine göre genel sağlık algısı ile hill bone medikal uyum, beslenme ve doktorla görüşme parametreleri arasında zayıf ilişki tespit edilmiştir.Bu da çalışma bölgesinin eğitim düzeyinin yeterli olmamasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

6. SONUÇ

Günümüzde hipertansiyonun en çok görülen kronik hastalıklardan olmasının yanında, yaşam tarzı değişiklikleri ve medikal tedavi ile kontrolü kolaylıkla sağlanabilen bir hastalıktır.

Çalışmamızda 65 yaş üstü hipertansiyon tanısı almış hastaların yaşam kalitesi ve tedaviye uyumu değerlendirilerek, kişilerin farmakolojik tedavisi ve bu tedavilerin kan basıncını kontrol altına almadaki uygunluk ve yeterlilik düzeyini sorgulanmıştır. Böylece 65 yaş üstü hipertansiyon tanısı almış hastalarda uygun ve etkin medikal tedaviyi gözden geçirecek, optimal medikal tedavi uygulamalarını sağlayacak klinik çalışmalara ihtiyaç olduğu bir kez daha ortaya çıkmıştır.

Özellikle hekimi tarafından hastanın bilgilendirmesine yeterli zaman ayrılmadığı, yapılan bilgilendirilmenin çoğunlukla ilaçlara yönelik olduğu gözlenmiştir. Görüşmelerde hastalarla yaşam tarzı değişikliklerini, beslenmenin ve egzersizin konuşulmadığı ve bu durumun hastanın medikal uyumunu ve tansiyon regülasyonunu negatif yönde etkilediği fark edilmiştir.

Hasta eğitimi, hipertansiyon için değiştirilebilir faktörlerden en önemlisidir ve bu konuda yoğunlaşarak tedavi uyumu arttırılabilir. Hipertansiyon hastalarının uyumu ile birlikte yaşam kalitesi artırılarak kan basıncı regülasyonunu sağlamak; böylelikle hastaları hipertansiyonun yan etkilerine yakalanmaktan kurtarırken, daha kaliteli bir yaşam sürmelerini hekim olarak sağlayabiliriz.

7. KAYNAKÇA

1. Aşık M, Aydoğdu A, Bayram F, Bilen H, Can S, Cesur M, et al. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği - Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2019. 82 p.

2. Kurulu UR, Kardiyoloji T, Tkd D. Uzlaşi Raporu. 2019;

3. Onat A, Can G. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı [Internet]. Tekharf 2017. 2017. 21–28 p. Available from: http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf

4. Token Y. Investigation of Disease Management of Individuals with Hypertension at Home. J Cardiovasc Nurs. 2013;4(1):30–40.

5. Ergene O, Cander B. Türk kardiyoloji derneği arşivi. Turk Kardiyol Dern Ars. 2011;39(SUPP-2):3.

6. Y E, M A, B A, C T, S S, B E, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. Blood Press [Internet]. 2010 Oct [cited 2021 Aug 11];19(5):313–8. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20698734/

7. Fak TIP, Sa H, Tez U, Nam F, Dani TEZ, Prof M, et al. Elaziğ il merkezinde antihipertansif ilaç kullanan erişkin hipertansiyon hastalarinin tedaviye uyum ve yaşam etkilenimlerinin irdelenmesi. 2020;

8. GÜN Y, KORKMAZ M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektron Derg [Internet]. 2014 May 1 [cited 2021 Jul 30];7(2):98–108. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/586995

9. Prevalans H, Hipertansiyon U, Birli H. Türk hipertansiyon prevalans çalişmasi. 2005;1–27.

10. Çalışma H, Başkan G, Birdane A, Başkan Ö, Doğan :, Başkan E, et al. Hipertansiyon Çalışma Grubu'nun online yayınlanan "Hipertansiyon Haber Bülteni Yıl:1 Sayı:1 / Ekim 2014" bilimsel yayınının tıpkı-basımıdır. 4 4 Kan basıncı ölçümleri ve hipertansiyon tanısı.

11. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2018 May 15;71(19):e127–248.

12. Fak TIP, Anab H. SİSTEMİ K LupusEritematozus HastalarindHipertansiyon Sikliğ I Hipertansiyon Tani V TakibindeOfis , Ev Ve 24Saatlik Ambulatuar KaSistemik

LupusEritematozus HastalarindHipertansiyon Sikliğ I Hipertansiyon Tani V TakibindeOfis , Ev Ve 24 S. 2013;

13. Hipertansiyon Çalışma Grubu, Birdane A. Güncel Kılavuzlar Işığında Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi. Hipertans Haber Bülteni. 2014;1(1):4–5.

14. Bulletin RH-TPM, 2009 undefined. Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. jcreview.com [Internet]. [cited 2021 Jul 27]; Available from: http://www.jcreview.com/fulltext/khb_008_02-167.pdf

15. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-based Studies from 90 Countries. Circulation [Internet]. 2016 Aug 9 [cited 2021 Jul 27];134(6):441. Available from: /pmc/articles/PMC4979614/

16. Osamor PE, Owumi BE. Factors Associated with Treatment Compliance in Hypertension in Southwest Nigeria. J Health Popul Nutr [Internet]. 2011 Dec [cited 2021 Jul 27];29(6):619. Available from: /pmc/articles/PMC3259725/

17. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection on JSTOR [Internet]. [cited 2021 Sep 30]. Available from: https://www.jstor.org/stable/3765916

18. Hikmet Koçyigit - Google Scholar [Internet]. [cited 2021 Sep 30]. Available from: https://scholar.google.com.tr/citations?user=IklE-fMAAAAJ&hl=en

19. Karademir M, Koseoglu IH, Vatansever K, Van M, Akker D, Hakan Koseoglu I, et al. The European Journal of General Practice Validity and reliability of the Turkish version of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings Validity and reliability of the Turkish version of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings. Eur J Gen Pract [Internet]. 2009 [cited 2021 Sep 30];15:207–11. Available from: http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=igen20

20. Tör V. Hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları ve hastalıkları konusundaki bilgi düzeylerinin incelenmesi. 2019 [cited 2021 Jul 30]; Available from: http://openaccess.hku.edu.tr/xmlui/handle/20.500.11782/1857

21. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. J Hypertens [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Jul 5];34(6):1208–17. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26991534/

22. Yaklaşım H. Yaşlı Hastalarda. 2008;83.

23. Tutal E. Yeni tanı alan hipertansiyon hastalarında vücut kitle indeksi, bel-kalça oranı ve ambulatuvar kan basınç monitörizasyonu arasındaki ilişki. 2006 [cited 2021 Jul 30]; Available from: $%7Bdspace.baseUrl%7D/xmlui/handle/11727/1734

24. TÜRKMENOĞLU B, SÜMER HE. Frequency of Healthcare Workers' Exposure to Violence in the City Center of Sivas. Ankara Med J [Internet]. 2017 Dec 20 [cited 2021 Jul 30];17(4):216–25. Available from: https://dergipark.org.tr/tr/pub/amj/364161

25. Eroğlu Samur G, Akal Yıldız E. OBEZİTE VeKardiyovasküler Hastaliklar Hipertansiyon. 2012;16. Available from: http://www.baglarbasi.gov.tr/media/kitap/hs/obezite/d_06_obezitevekardiyovaskulerhastaliklar.pdf

26. Fak TIP, Sa H, Es L, Sa RH, Tez U, Do MAN. Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarisini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. 2018;

27. C B, DG I. Hypertension and health-related quality of life. an epidemiological study in Sweden. J Clin Epidemiol [Internet]. 2001 [cited 2021 Sep 4];54(2):172–81. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11166533/

28. HL W, YB C, SC L, KY F, J T. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related Quality of Life: is the whole greater than the sum of its parts? Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2005 Jan 12 [cited 2021 Aug 10];3. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15644146/

29. BL S, BA C, BL S, C C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. Patient Educ Couns [Internet]. 1999 Jun [cited 2021 Sep 4];37(2):113–24. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14528539/

30. Mert H. A multidisciplinary special study module research: treatment compliance of patients with hypertension. Turkiye Aile Hekim Derg. 2011;15(1):7–12.

31. Mete U. HİPERTANSİYON HastalarininTedaviye UyumlarininHill-BonHipertansiyoTedavisine UyumÖlçeğiİDeğerlendirilmesi. 2020;

32. Ong HT, Nelson MR, Sackner-Bernstein J, Murthy GD, Caspi O, Brotman DJ, et al. The JNC 7 Hypertension Guidelines [1] (multiple letters) [Internet]. Vol. 290, Journal of the American Medical Association. JAMA; 2003 [cited 2021 Jul 5]. p. 1312–5. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12966112/

EKLER

EK 1 : Tez Anket Formu

İLK KISIM

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1) Yaşınız:

2) Cinsiyetiniz:
( ) Kadın ( ) Erkek

3) Boyunuz: Kilonuz: BKİ:

4) Şu anki TA mmHg

5) Medeni durumunuz:
( ) Evli ( ) Bekar ( ) Dul /Boşanmış

6) Eğitim durumunuz nedir?
( ) Okuma yazma bilmiyor ( ) İlköğretim ( ) Ortaöğretim ( ) Lise
( ) Lisans ( ) Yüsek lisans / Doktora

7) Sigara kullanımınız:
( ) Evet/ Sigara içiyor ( ) Hayır/ Hiç içmemiş ( ) Eski içici-en az 6 aydır hiç sigara kullanımı yok

8) Alkol kullanımınız:
( ) Hiçbir zaman ( ) Ayda bir ya da daha az ( ) Haftada bir yada daha az
( ) Haftada 2-4 kez ( ) Haftada 5 ya da daha fazla

9) Hipertansiyon haricinde başka hastalığınız var mı? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
( ) DM ( ) KKH ( ) Hiperlipidemi ( ) KOAH/ Astım
( ) Diğer (ise lütfen belirtiniz:.....)

10) Birinci ve/veya ikinci derece akrabalarınızda HT tanısı (ailede yüksek tansiyon öyküsü) var mı?
( ) Evet ( ) Hayır

11) Ne zamandan beri hipertansiyon hastalığınız var?
.....

12) Kan basıncınızı hangi sıklıkla ölçüyorsunuz?

( ) Hergün ( ) Haftada bir ( ) Ayda bir ( ) Kendimi kötü hissedince
( ) Yalnızca doktor kontrolünde ölçülüyor

13) Hipertansiyon için ne sıklıkla kontrole gidersiniz?
( ) Üç ayda bir ( ) Altı ayda bir ( ) Yılda bir ( ) Hiç gitmem

14) Tedaviye başladıktan sonra ilaç tedavinizde değişiklik yapıldı mı?
( ) Evet ( )Hayır

15) Eğer cevabınız evet ise değişikliğin nedeni nedir?
( ) İlacın yan etkileri ( ) Tansiyonumu düşürmedi
( ) Maaliyet ( ) Doktor kararı

16) Kullanmakta olduğunuz tansiyon ilacının /ilaçlarının isim/ isimlerinin lütfen belirtiniz.
.....

17) Günlük tuz tüketim miktarınız hangisi il uyumludur?
( ) 5-6 gr ve daha az ( ) 6 gr'dan fazla

18) Lütfen yemeklerinizde tercih ettiğiniz yağ türünü belirtiniz.
.....

19) Tansiyonunuzu düzenlemek için aldığınız takviye var mı?
( ) Evet ( ) Hayır

20) Üstteki soruya evet cevabı verdiyseniz lütfen kullandığınız takviyeleri belirtiniz.
....

21) Günlük uyku süreniz hangisi ile uyumludur?
( ) 6 saatten az ( ) 6 – 8 saat ( ) 8 saatten fazla

İKİNCİ KISIM

SF 36 KISA FORM

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacındadır. Size en uygun yanıtı verin.

B1

1.Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

Mükemmel Çok iyi İyi Orta Kötü

B2

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden

Çok daha iyi Biraz iyi Hemen hemen aynı Biraz daha kötü Çok daha kötü

B3. Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar

	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
3. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
4. Bir masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
5. Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak			
6. Birkaç kat merdiven çıkmak			
7. Bir kat merdiven çıkmak			
8. Eğilmek, diz çökmek, çömelmek, diz çökmek			
9. Bir kilometreden fazla yürümek			
10. Birkaç yüz metre yürümek			
11. Yüz metre yürümek			
12. Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek			

B4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
13. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?		
14. Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?		
15. Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?		
16. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor – çaba sarf ettiniz mi?)		

B5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
17.Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?		
18.Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?		
19. İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?		

B6.

20. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

Hiç Etkilemedi Çok Az Orta Derecede Epeyce Çok Fazla

B7.

21) Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?

Hiç Olmadı Çok Az Hafif Orta Çok Pek Çok

B8.

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

Hiç Etkilemedi Biraz etkiledi Orta Derecede Epey Etkiledi Çok Etkiledi

B9.

Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz

	Sürekli	Çoğu Zaman	Epey Zaman	Bazen	Ara Sıra	Hiç bir Zaman
23) Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?						
24) Çok sinirli biri oldunuz mu?						
25) Hiçbir şeyin size neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?						
26) Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?						
27) Çok enerjik oldunuz mu?						
28) Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?						

29) Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?						
30) Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?						
31) Yorgunluk hissettiniz mi?						

B10.

32. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

Sürekli Çoğu zaman Bazen Ara sıra Hiç bir zaman

B11.

Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
33. Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum					
34. Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.					
35. Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum.					
36. Sağlığım mükemmeldir.					

ÜÇÜNCÜ KISIM

HİLL-BONE HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ

1.Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?
( )Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

2.Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz?
( )Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

3.Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz
( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

4. Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz?
( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

5.Ne sıklıkla hazır (abur cubur) yemek yersiniz?
( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

6.Ne sıklıkla doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?
( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

7.Ne sıklıkla randevularınızı kaçırırsınız?
( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

8.Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?
( )Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

9.Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız?
( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

10.Ne sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlarsınız?
( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

11.Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?
( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

12.Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edesiniz?
( )Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

13. Ne sıklıkla başkalarını tansiyon ilaçlarından alırsınız?
( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman

14.Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?
( ) Hiçbir zaman ( ) Bazen ( ) Çoğu zaman ( ) Her zaman