

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN
TEDAVİ UYUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yasemin GÜN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ

2012-İSPARTA

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN
TEDAVİ UYUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yasemin GÜN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ

**Bu tez Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Yönetim
Birimi tarafından 2895-YL-11 Proje numarası ile desteklenmiştir
Tez. No: 90**

2012-İSPARTA

KABUL VE ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi : 11 / 07 / 2012

İmza

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ



Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Üye : Doç. Dr. Hikmet ORHAN



Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Üye : Yrd. Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN



Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

ONAY : Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu' nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet Fehmi ÖZGÜNER
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında katkısını, desteğini ve ilgisini esirgemeyen, vaktini ve sabrını bolca tükettiğim danışmanım ve çok değerli hocam, Sayın Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ'a

Yüksek lisans eğitimim süresince desteğini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Hikmet ORHAN'a,

Veri toplama aşamasında bana destek olan değerli arkadaşlarım ATT. Demet ÇINAR ve ATT. Zahide DÖMBEKÇİ'ye hastalara ulaşmam konusunda desteklerini esirgemeyen Ebe Havva SELÇUK, Dr. Levent AKÇA, Dr. Ömer Faruk ÖNEL ve Ebe Ayten PARKMAKSIZ başta olmak üzere Uluborlu Devlet Hastanesi personeline,

Yüksek lisans eğitimim süresince özellikle çevirilerimde desteğini ve zamanını esirgemeyen değerli arkadaşım Dr. Mehmet AYBAR'a,

Özellikle tez döneminde motivasyonumu yüksek tutmamı sağlayan yüksek lisans arkadaşım Arş. Göv. Kerime ÖGÜT DÜZEN'e,

Yüksek lisansın ve tez döneminin zorlu günlerinde benim derdimle dertlenen her zaman yanımda olan sevgili ev arkadaşım Yasemin POLAT'a,

Manevi desteğini hep hissettiğim hayatımın kolaylaşmasında hep yardımcım olan Cihan KOŞAR'a,

Hayatımın her aşamasında benden desteklerini ve sevgilerini hiç esirgemeyen her zaman özveriyle maddi manevi yanımda olan sevgili biricik aileme sevgili Babam Süleyman GÜN, Sevgili Annem Gülşen GÜN ve Abim Yasin GÜN'e,

Biricik kardeşim, küçük arkadaşım ve sevgili dostum Şerife GÜN'e,

En içten ve en samimi teşekkürlerimi sunuyorum...

Yasemin GÜN

Isparta, 2012

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	i
İÇİNDEKİLER	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	v
GRAFİKLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hipertansiyonun Tarihsel Gelişimi	3
2.2. Hipertansiyonun Tanımı.....	4
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	5
2.3.1. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma	5
2.3.2. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma	6
2.3.3. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma	7
2.3.3.1. Primer – Esansiyel hipertansiyon.....	7
2.3.3.2. Sekonder hipertansiyon.....	8
2.3.4. Beyaz Gömlek Hipertansiyonu	11
2.3.5. Maling Hipertansiyon.....	12
2.4. Hipertansiyon Patofizyolojisi.....	12
2.5. Klinik Bulgular.....	15
2.6. Kan Basıncı Ölçümü	15
2.6.1. Ölçüm sırasında dikkat edilecek hususlar	16
2.7. Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	18
2.8. Hipertansiyonun Koplikasyonları	20
2.9. Hipertansiyon Tedavisi	20
2.9.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Nonfarmakolojik Tedavi.....	22
2.9.1.1. Kilo Verilmesi.....	22
2.9.1.2. Günlük alınan tuz miktarının azaltılması	23
2.9.1.3. Potasyum Alımı.....	24
2.9.1.4. DASH Diyeti	25

2.9.1.5. Alkol tüketimi	26
2.9.1.6. Sigara tüketimi	26
2.9.1.7. Fiziksel Aktivite	27
2.9.1.8. Psikolojik Stres ve Gevşeme Teknikleri	27
2.9.2. Hipertansiyonun Kontrolünde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Rolü	28
2.9.3. Hipertansiyon için tavsiye edilen yaşam tarzı değişiklikleri.....	28
2.10. Hipertansiyonda Kontrol	29
2.11. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum	31
2.12. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler	33
2.13. Tedaviye Hasta Uyumunu Artırmak İçin Genel Tedbirler	35
2.14. Hipertansiyon Tedavisine Uyumda Hemşirenin Sorumlulukları	37
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Amacı	39
3.2. Araştırmanın Önemi	39
3.3. Araştırmanın Evreni	40
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	40
3.5. Verilerin Toplanması	40
3.6. Veri Toplama Araçları	41
3.6.1. Sosyo demografik Özellikler Formu	41
3.6.2. Hastalık Algısı Ölçeği (IPQ-R Turk)	42
3.6.3. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	43
3.6.4. KISA FORM 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36 – SF 36)	43
3.6.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ).....	44
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	46
4. BULGULAR.....	48
4.1. Sosyo demografik Özelliklere İlişkin Bulgular	48
4.2. Hastalık Algısı Ölçeğine İlişkin Bulgular	52
4.3. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Skorlarına İlişkin Bulgular.....	58
4.4. Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarına İlişkin Bulgular	64
4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Skorlarına İlişkin Bulgular	72

5. TARTIŞMA	79
5.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Ve Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi ..	79
5.2. Hastalık Algısı Ölçeği bulgularının incelenmesi	81
5.3. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği bulgularının değerlendirilmesi.....	84
5.4. Sf 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Değerlendirilmesi	86
5.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi	90
6. SONUÇLAR	94
6.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine ilişkin Sonuçlar.....	94
7. ÖNERİLER.....	111
ÖZET.....	113
ABSTRACT	115
KAYNAKLAR	117
EKLER	123
ÖZGEÇMİŞ	143

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DKB	Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESC	Avrupa Kardiyoloji Topluluğu
ESH	Avrupa Hipertansiyon Topluluğu
HT	Hipertansiyon
JNC7	Birleşik Ulusal Komite 7. Raporu
KB	Kan Basıncı
SKB	Sistolik Kan Basıncı
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
WHO	World Health Organization
TONE	The Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
SPPS	Statistical Package for social Sciences
YY	Yüzyıl
Mm hg	Milimetre Civa
Cm	Santimetre
HOH	Hedef Organ Hasarı
KKH	Klinik Kardiyovasküler Hastalık
Dm	Diyabetüs mellitüs
RAAS	Renin Anjiotensin Aldesteron Sistemi
SSS	Santral Sinir Sisitemi

ANP	Atrial Natriüretik Peptit
BNP	Beyin Natriüretik Peptit
CNP	C Tip Natriüretik Peptit
BKI	Beden Kitle İndeksi
NaCl	Sodyum Klorür
EDRF	Endotelium Derived Relaxin Faktör
SF 36	Sort Form 36
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
HBHTUÖ	Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği
HAÖ	Hastalık Algısı Ölçeği

GRAFİKLER DİZİNİ

Grafik 1. TEKHARF çalışmasına göre 2001/2002 yılları, erişkinlerde hipertansiyon prevalansı	19
Grafik 2. Hastaların Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı.....	49
Grafik 3. Hastaların hipertansiyon süresine göre dağılımı.....	50
Grafik 4. Hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımı.	50

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. ESH/ESC'ye Göre Kan Basıncı Düzeylerinin Tanımlama ve Sınıflaması....	5
Tablo 2. JNC7' Ye Göre Yetişkinler İçin Kan Basıncının Sınıflandırılması.....	5
Tablo 3. Kan basıncı yüksekliği ile risk grupları	7
Tablo 4 Antihipertansif tedaviye başlamak.....	21
Tablo 5. Hipertansiyonu Ya Da Prehipertansiyonu Olan Hastalara Klinik Öneriler	29
Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Gruplarının Madde Sayısı, Toplam Puanları (Minimum – Maksimum) ve Alt Boyutlarının Güvenirlilik Katsayısı	44
Tablo 7. Sosyo-demografik özellikler.....	48
Tablo 8. Zararlı alışkanlıkların cinsiyete göre dağılımı	49
Tablo 9. Diğer Hastalıkların Dağılımı (n=165)	49
Tablo 10. Kan basıncını kontrol etmek için kullanılan alternatif yöntemlerin değerlendirilmesi.....	51
Tablo 11. Hastalara Göre Hipertansiyon Hastası Olma Nedenlerinin Dağılımı	51
Tablo 12. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı.	52
Tablo 13. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksine göre dağılımı.	52
Tablo 14. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımı.....	53
Tablo 15. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının eğitim durumlarına göre dağılımı.	53
Tablo 16. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımı.	54
Tablo 17. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı gruplarına göre dağılımı.	54
Tablo 18. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımı.	55
Tablo 19. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının kontrole gitme sıklığına göre dağılımı.	56
Tablo 20. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımı.	57
Tablo 21. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksi ve yaş ile ilişkisi.....	57
Tablo 22. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin yaş gruplarına göre dağılımı.	58

Tablo 23. Hill Bone Tedavisine Uyum Ölçeğinin beden kitle indeksi göre dağılımı.	58
Tablo 24. Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin cinsiyete göre dağılımı.	59
Tablo 25. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının eğitim durumuna göre dağılımı.	59
Tablo 26. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının hastaların medeni durumlarına göre dağılımı.	60
Tablo 27. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımı.	60
Tablo 28. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığı gruplarına göre dağılımı.	61
Tablo 29. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının kontrole gitme sıklığına göre dağılımı.	62
Tablo 30. Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımı.	63
Tablo 31. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının Beden Kitle İndeksi ve Yaş ile ilişkisi.	63
Tablo 32. Sf 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı.	64
Tablo 33. SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorların beden kitle indeksine göre dağılımı.	64
Tablo 34. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının cinsiyete göre dağılımı.	65
Tablo 35. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı.	65
Tablo 36. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının hastaların medeni durumlarına göre dağılımı.	67
Tablo 37. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımı.	68
Tablo 38. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımı.	69
Tablo 39. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının hastaların kontrole gitme sıklığına göre dağılımı.	70
Tablo 40. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin hipertansiyon süresine göre dağılımı.	71
Tablo 41. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının Beden Kitle İndeksi ve Yaş ile ilişkisi.	71
Tablo 42. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.	72
Tablo 43. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların	

beden kitle indeksi gruplarına göre dağılımı.	72
Tablo 44. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların cinsiyete göre dağılımı.	73
Tablo 45. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların eğitim durumuna göre dağılımı.	74
Tablo 46. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarını hastaların medeni durumlarına göre dağılımı.	75
Tablo 47. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımı.	75
Tablo 48. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımı.	76
Tablo 49. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların kontrole gitme sıklığına göre dağılımı.	76
Tablo 50. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların hipertansiyon süresine göre dağılımı.	77
Tablo 51. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının beden kitle indeksi ve yaş ile ilişkisi.	78

1. GİRİŞ

Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada yüksek oranda morbitide ve mortaliteye yol açan hastalıklardır (Yıldız ve Küçükazman 2008). Geçmiş yıllardaki ölümlerin yüksek yüzdelik kısmını oluşturmaktadırlar (Macedo et al., 2005). Hipertansiyon, Dünya Sağlık Örgütü' (DSÖ) ne göre dünyadaki her sekiz ölümden birinin sorumlusu olup en öldürücü üçüncü hastalıktır (Yıldız ve Küçükazman 2008). DSÖ, dünyada yaklaşık bir milyar kişide hipertansiyon olduğunu ve her yıl hipertansiyona bağlı 7 milyon ölüm görüldüğünü bildirmiştir. Dünyada 2000 yılı itibariyle erişkin nüfusun %26'sında hipertansiyon olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29'a çıkacağı hesaplanmaktadır (Whitword 2003).

Hipertansiyon Amerika Bileşik Devletlerinde (ABD) yaklaşık 50 milyon (Sevent Report of the joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) hipertansiyon hastası vardır. Ülkemizde ise erişkin nüfusta hipertansiyon prevalansı ortalama %30, 50 yaş ve üzeri nüfusta %45-50' dir (Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi, 2003). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından gerçekleştirilen Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması verilerine göre, ülkemizde hipertansiyonun oldukça sık görüldüğü, her üç kişiden birinde hipertansiyon olduğu belirlenmiştir (Önal ve Tümerdam 2001). Özellikle yaşın artmasıyla birlikte hipertansiyon prevalansının da arttığı bildirilmektedir (JNC VII Complete Version 2003, Kearney et al., 2004, Whelton et al., 2004, Arıcı ve ark 2008).

İnme, konjestif kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü, periferik vasküler hastalık ve son dönem böbrek yetmezliği gibi kardiyovasküler hastalıklar için hipertansiyon en yaygın bilinen düzeltilebilir risk faktörüdür (Murray et all.,1997, Ong et al., 2007). Kan basıncının kontrolü bu olumsuz sonuçların önlenmesi için çok önemlidir. Ancak hipertansiyon asemptomatiktir. Bu yüzden çoğu hipertansiyonlu hasta bir doktora muayene olmaz (Ong et al., 2007).

Avrupa Hipertansiyon Derneği- Avrupa Kardiyoloji Derneği alışma Grubu Kılavuzu (2007)'unda yaşam biçimi değişliklerini; kilo verilmesi, alkol alımının kısıtlanması, egzersiz yapılması, tuz tüketimeinin kısıtlanması, diyetle yeterli potasyum, magnezyum, kalsiyum alımının sağlanması, sigaranın bırakılması, diyetle meyve ve sebze tüketimeinin artırılması, doymuş ve toplam yağ tüketimeinin azaltılması olarak sıralamaktadır (Erdine 2007).

Hipertansiyon tedavisinde en önemli sorun, hipertansiyonu olan kişilerin tedaviye uyum gösterememeleridir. Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk önemli bir sorundur. DSÖ, hipertansiyon tanısı almış hastaların yarısının tanıdan sonraki bir yıl içersinde hipertansiyonla ilgili hizmet almayı bıraktığını; tıbbi izlemi sürdürenlerin ise yalnızca yarısının reçete edilen ilaçları aldığını bildirilmektedir (Okan 2010).

Hipertansiyon yönetiminde başarılı olmak düzenli kan basıncı kontrolünü sağlamayı, ilaç tedavisine uyum sağlamayı ve uygun yaşam tarzı değişikliklerini gerektirmektedir. Tedaviye uyumda hasta ve sağlık profesyonellerinin önemli sorumlulukları vardır. Hasta öncelikle hastalığını bilmeli, sağlık profesyonelleri de hastalarda hastalığın farkındalığını oluşturmalıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tarihsel Gelişimi

Kayıtlara geçmiş ilk kan basıncı ölçümü 1700’lü yıllarda İngiliz bir veteriner olan Reverand S. Hales tarafından yapılmış ve bir at üzerinde kan basıncı ölçümü invaziv olarak gerçekleştirilmiştir. Carl Ludwig isimli araştırmacı 1847 yılında ‘‘Kymograph’’ adını verdiği aletle insanda ilk kan basıncı ölçümünü gerçekleştirmiştir. Kan basıncı ölçümünde ilk manşon kullanımı 1855 yılında Karl Vierordt tarafından uygulanmıştır. Manometreler ilk olarak su ile daha sonra 1896 yılında civa ile kullanıma girmiştir. Günümüzde de geleneksel olarak kullanılan civalı manometre Riva-Rocci tarafından 1896 yılında geliştirilmiştir. Korotkoff seslerinin tanımlanması ve kan basıncı ölçümlerine oskültasyonun eklenmesi 1905 yılında olmuştur (Brotth 1977, Micozkadıoğlu 2011, Akgöl 2008).

1890’lı yıllarda arter kan basıncı artışı Allbut tarafından hiperpiesia olarak ifade edilmiştir. Ancak bu tanımlama yaygınlaşmamıştır. Onun yerine 1911’li yıllarda Fransızlar ‘‘essentielle hypertoniye’’ kullanırken bunu İngilizler değiştirerek ‘‘essential hypertenseion’’ olarak kullanmışlardır (Oparıl and Weber 2006, Akgöl 2008).

Hipertansiyon, özel bir kavram olarak tıp diline 19.-20.yy arasında girmiştir (Acehan 2010). 1970’lere kadar, sistolik/diastolik hipertansiyonlu hastalarda anti hipertansif tedaviye önem veren iki düşünce tarzı mevcuttur (Oparıl and Weber 2006). Çoğunun görüşü, kısmen otopsi kanıtlarının da etkisiyle, hipertansiyonun bir uyum mekanizması olup, daralmış arteriyolar kanallara yeterli kan akımı sağladığı idi (Oparıl and Weber 2006). Bu sebeple de kan basıncını düşürmenin her şeyi daha da kötüleştireceği düşünüldü (Oparıl and Weber 2006). Diğer düşünce azınlıkta olup, arteriyollerin daralmasının sebebinin bilinmediği idi (Oparıl and Weber 2006). Sonraları yalnızca sağlıklı kişiler arasında yaygın geçiş gösteren renal ve kardiyovasküler hastalıkların göstergesi olduğu bulunmuştur (Acehan 2010). Hipertansiyon araştırmalarında 125 yıllık süre içerisinde (1840–1965) temel ve klinik

araştırmalar tanımlanmıştır (Acehan 2010). Bunlar, arteryal kan basıncını arttıran birçok mekanizma, tedavi edilmeyen bir hipertansiyonun sağlıklı süreçten kardiyovasküler hastalığa gidiş süreci, sekonder hipertansiyonun nedenleri, potansiyel ilaç tedavisinin farkına varılması için evreleme yapılması ve etkili ilaçların kullanılmasıdır (Acehan 2010).

2.2. Hipertansiyonun Tanımı

Kan basıncının düzenlenmesi kardiyovasküler, renal, nöral ve endokrin sistemlerin bir bütün içinde çalışmasını gerektiren en karmaşık fizyolojik fonksiyonlardan birisidir (Oparıl and Weber 2006). Hipertansiyon sistemik arterial kan basıncının kalıcı ykseklidir (McCance and Huether 2010). Ortak ulusal Komitenin (JNC7) yksektansiyonu nleme, bulma, değerlendirme ve tedaviye yönelik yedinci raporunda hipertansiyon, sistolik kan basıncının 140 mm Hg ya da daha yksekiyastolik kan basıncının 90 mm Hg ya da daha ykseki devam etmesi şeklinde tanımlamıştır (McCance and Huether 2010).

Bireylerde hipertansiyon hastalığı; sistolik hipertansiyon, diyastolik hipertansiyon veya kombine hipertansiyon şeklinde olabilir. İzole sistolik hipertansiyon normal diyastolik kan basıncı (az 90 mmHg) ile birlikte olan ykseki sistolik kan basıncıdır. Hipertansiyon vakalarının çoğunun bilinmeyen bir nedeni vardır ve bu nedenle primer hipertansiyon tanısı almaktadırlar. Primer hipertansiyon, esansiyel ya da idiopatik hipertansiyon olarak adlandırılır ve hipertansif bireylerin %90-%95'ini etkiler. Sekonder hipertansiyon, bir primer hastalıkla bağlı böbrek hastalığı gibi değişmiş hemodinamiden kaynaklanır. Birçok hastalık sekonder hipertansiyona neden olabilir. Bu tip hipertansiyon vakaların sadece %5-%8 ni açıklar. Hipertansiyon, tüm kardiyovasküler sistemi etkileyen kompleks bir hastalıktır ve bütün tip ve hipertansiyon aşamaları miyokard infarktüsü, böbrek hastalığı ve inme gibi hedef organ hastalıkları için artmış risk ile ilişkilidir (McCance and Huether 2010).

2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

2.3.1. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma

Hipertansif kişileri geleneksel şekilde sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olarak tanımlamak normotansif durum ile karşılaştırıldığında tahmini kardiyovasküler riskin ikiye katlanması ile ilişkilidir. Çok yüksek kan basıncı değerleri veya kardiyovasküler hastalık ve organ hasarı haricinde, bu sistolik ve diyastolik değerler birkaç haftalık dönemde sfigmomanometrik (klinik) ölçümlerle doğrulanmalıdır. Hipertansiyonu tanımlamak amacıyla farklı profesyonel organizasyonlarca bazı kılavuzlar sunulmuştur. Avrupa Hipertansiyon Topluluğu/Avrupa Kardiyoloji Topluluğu'nun (ESH/ESC) 2003 kılavuzunda hipertansiyonun güncellenmiş bir tanımı sunulmuştur (Guidelines Committee 2003). (Tablo 1)

Tablo 1. ESH/ESC'ye Göre Kan Basıncı Düzeylerinin Tanımlama ve Sınıflaması

Kategori	Sistolik kan basıncı (mmHg)	Diyastolik kan basıncı (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-89
Normal Yüksek	130-139	85-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	160-179	100-109
Evre 3 Hipertansiyon	≥ 180	≥ 110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥ 140	<90

Guidelines Committee. (2003) European Society of Hypertension/European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003; 21,1011–1053.

Birleşik Ulusal Komite'nin 7. raporunda (JNC7) daha önceki kılavuzlardan ve ayrıca Avrupa Hipertansiyon Topluluğu/Avrupa Kardiyoloji Topluluğu 2003 kılavuzundan da belirgin farklılık gösteren ikinci bir hipertansiyon tanımlamasına yer verilmiştir (Chobanian et al., 2003).

Tablo 2. JNC7' Ye Göre Yetişkinler İçin Kan Basıncının Sınıflandırılması

Kategori	Sistolik kan basıncı (mmHg)	Diyastolik kan basıncı (mmHg)
Normal	< 120 mmHg	ve < 80 mmHg
Prehipertansiyon	120–139 mmHg	ve/veya 80–89 mmHg
Evre 1 hipertansiyon	140–159 mmHg	ve/veya 90–99 mmHg
Evre 2 hipertansiyon	>160 mmHg	ve >100 mmHg

JNC 7 Express The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication, 2003, No.03

Farklılıklardan biri, daha önce ‘normal’ya da ‘yüksek normal’ olarak tanımlanan kan basıncı değerlerini kapsayan tek bir kategorinin oluşturulmasıdır. Bu kategori, prehipertansiyon olarak adlandırılır ve nonfarmakolojik tedavi için spesifik endikasyonu vardır. 2003 Avrupa kılavuzları ve JNC‘ nin 7. raporundaki hipertansiyon tanımları, hastalık karakterizasyonu hakkında daha önce belirtilmemiş içerikler gösterir. Bunlardan biri kan basıncı değerleri <140/90 mm Hg olan hastaların normotansif aralıkta kardiyovasküler riskin süregelmesine, ayrıca orta yaş dönemine yaklaşan, kan basıncı sistolik 120–139 mm Hg veya diyastolik 80–89 mm Hg olan hastaların geri kalan yaşamlarında hipertansif kalma riskinin yüksek olmasına bağlı olarak farklı kategorilerde sınıflanmasıdır (Acehan 2010).

2.3.2. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma

Yüksek kan basıncını tesbit ve tedavi etmenin amacı, kardiyovasküler hastalığı ve ilişkili olarak morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır (Türk kardioloji derneği 2000). Kardiyovasküler hastalık için risk sadece kan basıncı düzeyi değil, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin varlığı ve yokluğu ile de ilgilidir (Türk kardioloji derneği 2000). Bu nedenle hipertansiyon sınıflandırılırken hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir. Yüksek- normal kan basıncı ile 1. 2. ve 3. evrede hipertansiyonu olan hastalar A, B ve C risk gruplarına göre değerlendirilmektedir (Türk kardioloji derneği 2000).

Risk grubu A’da, kan basıncı ne düzeyde olursa olsun, klinik olarak kardiyovasküler hastalık, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur (Türk kardioloji derneği 2000).

Risk grubu B’de, hastalarda klinik olarak kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı olmamakla birlikte, diyabet dışında bir veya daha fazla risk faktörü bulunur (Türk kardioloji derneği 2000). Sol ventrikül hipertrofisi, retinal arterlerde fokal ve/veya yaygın daralma, plazma kreatininde artma (1.2 – 2.0 mg dl), arterosklerotik plak varlığı gibi belirtilerden en az biri vardır (Parabaş 2009).

Risk grubu C’de ise hastalarda klinik kardiyovasküler hastalık ve hedef organ tutulumu mevcuttur (Tablo 3) Bu grup ta hipertansif hastalığa bağlı çeşitli organ hasarları sonucu hem semptom hem de belirtiler vardır.

Kalp: Sol kalp yetmezliği anjina pektoris, miyokard infarktüsü.

Beyin: Serebral, seraballer veya beyin sapı kanaması, inme, geçici iskemik atak, hipertansif ensefolopati.

Göz dibi: Pupilla ödeminin eşlik ettiği veya etmediği retinal kanama ve eksuda.

Damarlar: Dissekan anevrizma, semptom veren tıkaçıcı arter hastalığı.

Böbrek: Plazma kreatinin konsantrasyonu > 2,0 mg/dl, böbrek yetmezliği.

Tablo 3. Kan basıncı yüksekliği ile risk grupları

Kan basıncının derecesi (mmHg)	Risk grubu A	Risk grubu B	Risk grubu C
Yüksek – normal (130-139 / 85-89)	Risk faktörleri yok *HOH/KKH yok	Diyabet hariç en az bir risk faktörü var *HOH/KKH yok	*HOH/ KKH, ve/veya *DM var (Diğer risk faktörleri var veya yok)
Evre 1 (140-159 / 90-99)	Non - farmakolojik tedavi Non - farmakolojik tedavi (12 aya kadar)	Non - farmakolojik tedavi Non - farmakolojik tedavi (6 aya kadar)	İlaç tedavisi İlaç tedavisi
Evre 2 ve 3 (≥ 160 / ≥ 100)	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi

*Kalp yetersizliği, böbrek yetersizliği veya diyabeti olanlar, HOH: Hedef organ hasarı, KKH: Klinik kardiyovasküler hastalık, DM: Diyabetüs mellitus, Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu 2000.

2.3.3. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma

2.3.3.1. Primer – Esansiyel hipertansiyon

Nedeni saptanamayan ve genetik faktörlerin etkin olduğu düşünülen hipertansiyon şeklidir (Akdemir ve Birol 2005). Tüm yaş gruplarında en yaygın HT tipidir. HT hastalarının % 92-95'i esansiyel hipertansiyonludur (Parabaş 2009,

McCance and Huether 2010). Diyastolik arter basıncının yüksekliği ile karakterize, genetik, klinik, patolojik ve prognostik bakımlardan özellikleri olan bir hipertansiyon tablosudur (Parabaş 2009).

İnsanların yaklaşık 1/5' inde ölmeden önce hipertansiyon gelişmekte ve bunların 1/10' unda ölüm nedeni hipertansiyonun ikincil etkilerinden biri olmaktadır (Akdemir ve Birol 2005). Primer hipertansiyonun spesifik bir nedeni henüz belirlenememiştir. Genetik ve çevresel faktörlerin bir arada primer hipertansiyonun gelişiminden sorumlu olduğu düşünölmektedir. Hipertansiyon için genetik yatkınlığın poligenik olduğu öne sürölmektedir. Bu kalıtsal bozukluklar renal sodyum atılımı, insölin ve insölin duyarlılığı, renin-anjiyotensin-aldosteron sisteminin aktivitesi (RAAS), hücre zarı sodyum veya kalsiyum ulaşım ve sempatik yanıt için nörojenik hormonlar ile ilişkilidir. Primer hipertansiyonla ilişkili risk faktörleri (1) ailede hipertansiyon öyküsü (2) ilerlemiş yaş (3) cinsiyet (55 yaşın altındaki erkekler ve 70 yaş üzeri kadınlar), (4) siyah ırk, (5) diyetle yüksek sodyum alımı (6) glikoz intoleransı (diabetes mellitus), (7) sigara (8) obezite, (9) ağır alkol tüketimi ve (10) potasyum, kalsiyum ve magnezyum yönünden düşük beslenmedir. Bu faktörlerin çoğu aynı zamanda diğer kardiyovasköler hastalıklar için risk faktörleridir. Aslında hipertansiyon, dislipidemia ve glukoz intoleransı sık sık birlikte bulunmaktadır (McCance and Huether 2010).

2.3.3.2. Sekonder hipertansiyon

Tanımlanabilen patolojiler sonucu ortaya çıkar. Renal nedenlere bağlı olarak gelişen hipertansiyonda piyelonefrit, glomerölonefrit, polikistik böbrek, amiloidoz ve arteosklerotik renal vasköler hastalıklar etiyolojik faktörler arasında yer alır (Akdemir ve Birol 2005). Mevcut hastaların % 5'i bu gruptadır. Tedavisinde belirlenen etken bazen kolayca ortadan kaldırılabilir. Bazen de medikal veya cerrahi tedavi gerektirir. Sekonder hipertansiyon böbrek, kalp, endokrin, nörolojik ve vasköler hastalıklarda da görölebilir (Parabaş 2009). Sekonder hipertansiyon nedenleri şu şekilde gruplandırılabilir (Çöl 1994, Kaplan 2001):

I. Endokrin hipertansiyon

Sürrenal hastalıkları

- Feokromositoma
- Cushing sendromu veya hastalığı
- Adrenal enzim eksiklikleri
- Conn sendromu

Akromegali

Trioid hastalıkları

- Hipertiroidi
- Hipotiroidi

Karsinoid sendromu

Eksojen hormon etkisi

II. Renal hipertansiyon

Böbrek tümörlerine bağlı

- Renin üreten renal tümör
- Wilms tümörü

Renavasküler hipertansiyon

- Perinefritik kese
- Atherosklerotik renal arter hastalığı
- Renal arter embolisi
- Renal arter fibröz displazisi

- Renal arter ekstrovasal basıları (tümör, fibrozis, kanama)

Parankimatöz renal hastalıklara bağlı

- Akut glomerulonefrit
- Üreter obstrüksiyonu
- Polikistik böbrek
- Kronik glomerulonefrit
- Diabetik nefropati
- Hidronefroz
- Amiloidoz

III. Nörolojik hastalıkları

Kafa içi basınç artışına bağlı

- Tümörler
- Ensefalit
- Respiratuar alkaloz

Serabravasküler Olaylar (Dolaşım Bozuklukları)

- Uyku apne sendromu
- Akut porfiriya
- Ailevi disatonomi
- Poliyomiyelit
- Gullian-Barre Sendromu
- Quadripleji

IV. Akut stres atakları (travmatik, metabolik, cerrahi, psikolojik, yoksunluk krizleri)

V. İyatrojenik

- Steroid tedavisi
- Soğuk algınlığı ilaçları
- Antidepresan ilaçlar
- D vitamini aşırı alımı
- Siklosporin
- Betamimetik tedavi
- Eritropoetin
- Kokain
- Radyasyon nefriti, arterit

VI. Aort Koarktasyonu

VII. Gebeliğe Bağlı Hipertansiyon

2.3.4. Beyaz Gömlek Hipertansiyonu

Beyaz gömlek hipertansiyonu, doktor ofisinde ölçülen kan basıncının yüksek düzeylerde olmasına karşın, günün diğer saatlerinde evde veya klinik dışında ölçülen kan basıncının normal bulunması halidir. İlk kez 1940'lı yıllarda tanımlanmasına rağmen, son yıllarda ambulatuvar kan basıncının yaygın olarak kullanılmaya başlanmasından sonra tekrar gündeme gelmiştir. İlk kez 1948 yılında deyim olarak kullanılmıştır. Son zamanlarda yapılan araştırmalar bu tip hipertansiyona doktordan başka faktörlerinde neden olabileceği göz önüne alınarak "izole ofis hipertansiyonu" teriminin kullanılması gerektiğini öne sürenlerde vardır (Türk kardiyoloji derneği 2000).

Bir kişide bu tanıyı koymak için doktor ofisinde onar dakika ara ile ölçülen kan basıncının sistolik 140 mmHg'dan, diyastolik kan basıncının ise 90 mmHg'dan

yüksek olmasına karşın, ofis dışında ölçülen kan basıncının <140/ 90 mmHg olması veya ambulatuar kan basıncı ölçümlerinin 125/80 mm Hg nin altında değerler elde edilmesi gerekir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada beyaz önlük hipertansiyonu görülme oranı kadınlarda %23, erkeklerde %12 civarında bulunmuştur (Türk kardiyoloji derneği 2000).

2.3.5. Maling Hipertansiyon

Maling hipertansiyonda hızlı ilerleyen diyastolik basınç 140 mmHg'nın üzerindedir. Renin ve anjiotensinin genleriyle ilgili disfonksiyonla bağlantılıdır ve enselopatiye ve beyin fonksiyonlarını bozan ve bilinç kaybına neden olan derin serebral ödeme sebep olabilir. Enselopati oluşabilir çünkü yüksek kan basıncı serebral yatağa serebral arteriollerle kan akışında yetersiz düzenlemeyi daha da yetersizleştirir. Kapıllardaki yüksek hidrostatik basınç ve vasküler sıvının interstisiyel alana sızmasıyla kapıller permabilite yükselir. Eğer kan basıncı düşmezse ölüm oluşana kadar serebral ödem ve serebral disfonksiyon artar. Maling hipertansiyon nedeniyle organ hasarları yaşamı tehdit eder. Enselopatinin yanı sıra maling hipertansiyon papil ödem, kalp yetmezliği, üremi, retinopati ve serebrovasküler olaya neden olur. Hipertansif acil durumların dikkate alınması gerekir ve nitrat ya da beta blokörler gibi hızlı parenteral ilaç verilmesiyle iki saat içinde kan basıncı seviyesi %10 ile % 20 düşürülür (McCance and Huether 2010).

2.4. Hipertansiyon Patofizyolojisi

Primer hipertansiyon, genler, yüksek vasküler tonus (yükselmiş periferel direnç) ve kan hacmi gibi çevresel etmenler arasındaki karmaşık etkileşim sonucu kan basıncının sürekli yüksek olmasıdır. Multiple patofizyolojik mekanizmalar Santral Sinir Sistemi (SSS), RAAS ve natriüretik peptitleri içeren etkilere aracılık eder. İnflamasyon, endothel disfonksiyonu, obezite ile ilgili hormonlar ve insülin direnci, hem periferel direncin artması hem de kan hacminin artmasına katkıda bulunurlar. Yükselmiş vasküler hacim, böbreklerden tuz atılımının azalmasıyla ilişkilidir, sık sık basınç ve natriürezisle ilişkili olarak anılacaktır. Bu şu anlama

gelir, hipertansiyonlu bireyler idrarlarında daha az tuz atma eğilimindedirler (McCance and Huether 2010).

Birçok kişinin hipertansiyon patogenezinde SSS katkıda bulunur. Sağlıklı bireylerde santral sinir sistemi yeterli kan basıncını ve kardiyak kontraktiliteyi ve kalp atım hızı artışını (yeterli kardiyak outputu sürdürecektir) teşvik etmesiyle doku perfüzyonunu sürdürerek ve arteriol vasokonstriksiyonun sağlanmasıyla (yeterli periferel direnç sürdürerek) katkıda bulunur. Hipertansiyonlu bireylerde katekolamin üretiminin artması (epinefrin norepinefrin) ya da bu reseptörleri içeren reseptör reaktivitesinin yükselmesi sonucunda SSS aşırı aktif olabilir. Hipertansiyonu indükleyen SSS ek mekanizmalarda damarlarındaki yapısal değişiklikler, renal sodyum retansiyonu, insülin direnci, artmış renin ve anjiyotensin seviyeleri ve prokoagülant etkileri içerir (McCance and Huether 2010).

Sağlıklı bir bireyde, yeterli kan basıncını sürdürmek ve böylece doku perfüzyonunu sağlamak için önemli homeostatik mekanizmayı RAAS sağlar. Bu sistemin disfonksiyonu hipertansif bireylerde kalıcı düşük periferel direnç ve düşük böbrek tuz retansiyonuna yol açar. Anjiyotensin 2, kan damarlarında yapısal değişikliklere neden olur. Kalıcı yüksek periferel direnç ve damarların endotelin disfonksiyonuna daha savunmasız olmasına ve trombosit kümeleşmesine katkıda bulunur. Anjiyotensin 2 ayrıca miyokardiyumun hipertrojisinden ve hipertansiyonla ilişkili pek çok renal hasardan sorumludur. Aldosteron sadece böbreğin sodyum retansiyonuna değil kardiyovasküler sistem üzerinde de daha fazla yıkıcı etkilere katkı sağlamaktadır. RAAS'ın en önemli etkisi insülin direncine katkıda bulunmaktır. Renin, Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim ya da anjiyotensin ve aldosteron reseptör blokleri ilaçlar, hipertansiyon tedavisinde yaygın olarak kullanılır ve vasküler kardiyak ve renal fonksiyon ve insülin hassasiyeti olan populasyon da gelişme göstermiştir (McCance and Huether 2010).

Natriüretik peptitler böbrek sodyum atılımını modüle eder (hafifletir) ve atrial natriüretik peptit (ANP), beyin natriüretik peptid (BNP) ve C tip Natriüretik peptid (CNP) ve ürodilantini içerir. Potasyum, magnezyum ve kalsiyum yetersiz beslenme; aşırı sodyum alımı ve obezite, bu hormonların işlevini etkiler. Bu hormonların

disfonksiyonu ile birlikte RAAS ve SSS değişiklikleri, damar tonusu artışına ve basınç-natriürez ilişkisinde bir sapmaya neden olur. Tuz retansiyonu, su retansiyonuna ve kan hacminin artmasına yol açarak kan basıncının yükselmesine katkıda bulunur. Renal yaralanmalar renal vasokonstriksiyonla veya doku iskemisiyle sonuçlanabilir. Doku iskemisi, böbreklerde inflamasyona ve glomerül ve tübüllerin disfonksiyonuna katkıda bulunur ve fazladan sodyum retansiyonunu teşvik eder. Hipertansiyonda natriüretik peptidlerin yükselmesi ventrikül hipertrofisi, ateroskleroz ve kalp yetmezliği için artmış risk ile bağlantılıdır. Natriüretik peptitlerin etkinliğini arttıran ilaçlar günümüzde hipertansiyon ve kalp yetmezliği tedavisinde kullanılmaktadır (McCance and Huether 2010).

İnflamasyon, hipertansiyon patogeneğinde önemli rol oynar. Endotel yaralanmaları ve doku iskemisi oksidatif stres ve vasoaktif oksidatif sitokinlerin salınmasıyla sonuçlanır. Bununla birlikte bu çoğu sitokinler (örneğin histamin, prostaglandin) şiddetli inflamatuvar yaralanmalarda vasodilatör etkiye sahiptir. Kronik inflamasyon vasküler remodelinge ve düz kas konsantrasyonuna katkıda bulunur. Böbrek vasokonstriksiyonu ve azalmış böbrek perfüzyonu nedeniyle meydana gelen tübüler iskemi ve preglomeruler arteriopati, sodyum filtrasyonunun azalmasına ve sodyum retansiyonunun artmasına yol açar. Böylece basınç-natriürez eğrisinin değişmesine ve hipertansiyonun sürekliliğine katkıda bulunur (McCance and Huether 2010).

Primer hipertansiyon, nitrik oksit gibi vasodilatör maddelerin azalması ve endothelin gibi vasokonstriktör maddelerin artmasından dolayı endotel disfonksiyonu ile karakterizedir. Adhezyon moleküllerinin ekspresyonu artar ve endothelden hipertansiyon patofizyolojisine katkısı olan antikoagülan faktörlerin üretimi azalırken endothelin disfonksiyonu vasküler remodelinge katkıda bulunur. RAAS bloke eden ilaçlar endotel fonksiyonunu geliştirirler (McCance and Huether 2010).

Obezite, hipertansiyona neden olan çoğu norohümorale, metabolik, renal ve kardiyovasküler sürece katkıda bulunur, özellikle bu faktörler endotel disfonksiyona ve renal sodyum retansiyonuna katkıda bulunurlar (McCance and Huether 2010).

2.5. Klinik Bulgular

Hipertansiyonun erken döneminde yüksek kan basıncı hariç hiçbir klinik bulgu yoktur. En önemlisi bireylerin sağlık taramalarında hiçbir belirti ve bulgu göstermez. Bu nedenle hipertansiyona lanthanic (sessiz) hastalık denir. Bazı hipertansiyon hastalarında çok hasta olana kadar hatta hipertansiyon nedenli ölüme kadar hiçbir belirti, semptom yada komplikasyon olmaz. Kan basıncının normal sınırlarda olmasına rağmen geçmiş hipertansiyon hastalığı bireylerde anatomik ve fizyolojik hasarlara neden olur (McCance and Huether 2010).

Primer hipertansiyon gelişmesi olasılığı yaşla artar ve kan basıncı ve yaşlanma arasında yükseldikçe artan doğal bir ilişki vardır. Hipertansiyon, genellikle yetişkin hastalığı olarak görülse de çocuklarda da meydana geldiği artan sıklıkla teşhis edilmektedir. Genellikle periferik direncin yükselmesi ve erken hipertansiyon, yaşamın ikinci, üçüncü ve dördüncü on yıllarında gelişir. Eğer yükselmiş kan basıncı tespit edilip tedavi edilmezse, sabit hale gelebilir ve birey 30 ila 50 yaşlarında olduğu zaman dokulara olan etkileri hızlanmaya başlar. Hipertansiyonun bu evredeki komplikasyonları yaşamın dördüncü, beşinci ve altıncı on yıllarında görülmeye başlar (McCance and Huether 2010).

Kronik hipertansiyondaki klinik bulgular doku ve organların etkilediği için spesifiktir. Sürekli hipertansiyon, kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, merkezi sinir sistemi fonksiyon bozukluğu, görme bozukluğu, bozulmuş hareketlilik, vasküler tıkanıklık veya ödeme sebep olabilir (McCance and Huether 2010).

2.6. Kan Basıncı Ölçümü

Hipertansiyonun tedavi edilmesi, öncelikle tanının doğru olarak konmasıyla ilgilidir. Bu amaçla, kan basıncını saptamak için gerekli donanım ve çevre koşullarının sağlanması ve doğru bir teknik ile ölçüm yapılması gerekmektedir. Ayrıca kan basıncındaki ciddi değişkenlikten dolayı ölçümlerin tekrarlanması, başlangıçta saptanan yüksek değerlerin devam edip etmediğini veya normale dönerek yalnızca periyodik kontrollere mi ihtiyaç doğurduğunu öğrenmemizi sağlar. Kan

basıncını belirlemede altın standart arter içine bir katater konularak elektrometrelerle ölçüm yapmaktır (Onat 2000, Arık ve Dilek 2004, Türk kardiyoloji derneği 2000).

Günlük uygulamada ise kan basıncı indirekt yöntemlerle standart kriterlere uygun olduğu bilinen tansiyon aletleri (sfingomanometre) kullanılarak ölçülmektedir. Üç tür manometre kullanılmaktadır; cıvalı, aneroid ve elektronik manometreler. Ülkemizde ölçümler ağırlıklı olarak cıvalı sfingomanometreler ile yapılmaktadır. Bu tip manometrelerde rezervuar dolu cıva sütunu göz seviyesinde olmalı, basınç uygulanmadığı sırada cıva düzeyi mmHg olarak okunmalı ve basınç uygulanırken sütun oynamamalıdır. Cıvalı manometreler dışında kalibre edilmiş bir aneroid manometre veya asilometrik ölçüm yapan elektronik bir tansiyon aleti tansiyon ölçümünde kullanılabilir. Bu cihazların kalibrasyonu en az 6 ayda bir cıvalı manometrelerle karşılaştırılarak kontrol edilmelidir (Onat 2000).

2.6.1. Ölçüm sırasında dikkat edilecek hususlar

Ölçüm sırasındaki koşullar kan basıncını etkilemektedir. Ölçümün günün hangi saatinde yapıldığı bilinmelidir. Yemeklerden ya da egzersizden sonra alınan ölçümler normalden düşük, sigara ya da kahve içimi sonrası ölçümler normalden yüksek çıkabilir. Dolayısıyla ölçüm öncesindeki 30 dakikalık süre içinde hastanın sigara, çay veya kahve içmemiş, kafein almamış ve tercihen yemek yememiş olması gerekir (Onat 2000, Arık ve Dilek 2004, Türk kardiyoloji derneği 2000).

Ölçümlere, hasta sessiz bir odada en az 5 dakika istirahat ettikten sonra başlanmalıdır. Oda sıcaklığı ne soğuk ne de çok sıcak olmalıdır. Hasta sırtını herhangi bir yere -örneğin arkalıklı bir sandalyeye- yaslayarak oturmalı, tansiyon ölçülecek kolu çıplak olmalıdır. Ölçüm sırasında konuşmamalı, bacak bacak üstüne atmamalıdır. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde sarılmalı ve hastanın kolu desteklenmelidir (Onat 2000, Arık ve Dilek 2004, Türk kardiyoloji derneği 2000).

Kan basıncı ölçüm tekniği

- Tansiyon aletinin mansonu alt ucu dirsek çukurunun 2,5-3 cm üzerinde olacak şekilde kolu sarmalıdır. Ölçüm sırasında stetoskop manşonun altına sıkıştırılmamalıdır. Stetoskop dirsek çukurunda serbest durmalı ve cilde hafifçe bastırılmalıdır.
- Ölçüm için manşonun kesesi brakial arter üzerine yerleştirilir, havası radial nabzın kaybolduğu düzeyin 20-30 mmHg üstüne kadar şişirilir. Stetoskop brakial arter üzerine yerleştirilir ve kontrol valvi açılarak saniyede 2-4 mmHg hızla indirilir. Oskültasyon yöntemi ile ölçüm yapıldığında manşonun basıncı azaltılmaya başladıktan sonra sesin ilk duyulduğu anda (Korotkoff faz 1) okunan değer, sistolik basınçtır. Sesin artık işitilmez olduğu anda okunan değer ise (Korotkoff faz 5) diyastolik kan basıncı olarak kabul edilir. Diyastolik basınç çok düşük ise seslerin hafiflemeye başladığı düzey (Korotkoff faz 4) diyastolik basınç olarak kaydedilir.
- Manşon uzun süre şişirilmiş halde bırakılırsa venöz sistemde dönüş azalacağı için sesler güç duyulur. Venöz konjesyonu önlemek için ölçümler arasında en az bir dakika beklenmelidir. Bunun tersine, sesler zor duyuluyorsa hastanın kolu baş seviyesinin üstüne kaldırılır, eli 5-10 kez açıp kapattırılarak venlerin boşalması sağlanır ve ölçümler tekrarlanır.
- Ölçümler arada ikişer dakika bırakılmak suretiyle en az iki defa yapılmalı ve bulunan sonuçların ortalaması alınmalıdır. Eğer iki değer arasındaki fark 5 mmHg'dan fazlaysa daha başka ölçümler de yapılmalı ve bunların sonuçlarının ortalaması alınmalıdır. Aritmisi olan hastalarda ortalama sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerini elde etmek için birkaç ölçüm yapmak gerekir.
- İlk muayenedeki ölçümler her iki koldan yapılmalı, yüksek olan koldaki kan basıncı hastanın kan basıncı olarak kabul edilmelidir.

- Yaşlılarda (65 yaş üzeri bireylerde), diyabetli hastalarda, ortostatik hipotansiyonun sık görüldüğü durumlarda ve antihipertansif ilaç tedavisi altındaki hastalarda ölçümlerin ayaktayken tekrar edilmesi gereklidir. Ayaktaki ölçümler hasta hemen ayağa kalkar kalkmaz ve ayağa kalktıktan 2 dakika sonra yapılmalıdır. Gençlerde (30 yaşın altında) kan basıncı yüksek bulunmuş ise koarktasyonu ekarte etmek için bacadan da ölçümler yapılmalıdır (Arık ve Dilek 2004, Türk kardioloji derneği 2000).

Ölçümün hangi koldan ve hangi pozisyonda yapıldığı, sistolik ve diyastolik kan basınçları kaydedilmelidir.

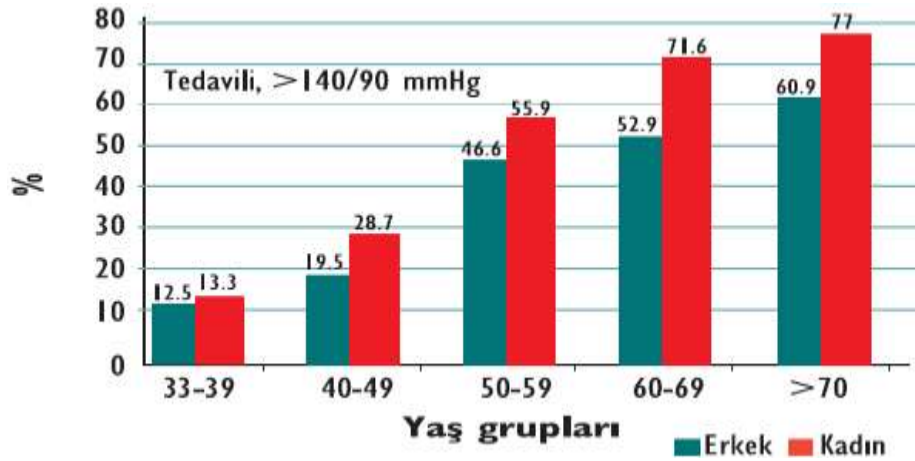
2.7. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde önde gelen risk faktörlerindedir. Hipertansiyonu tek başına değerlendirdiğimizde kan basıncı 115/75 mmHg'yi aştığında riskin artmaya başladığı görülmektedir. Bu düzeyin üzerindeki sistolik basınçta 20, diyastolik basınçta 10 mmHg'lik artış kardiyovasküler hastalık riskini 2 kat artırmaktadır (Öngen 2005). Hipertansiyonun bu olumsuz etkisinin evrensel olduğu Amerika ve Avrupa kıtaları ile Uzak Doğu, Güneydoğu Asya ve Okyanusya'yı içeren bir çalışma olan İnterheart çalışması ile gösterilmiştir (Yusuf et al., 2004).

Hipertansiyon, tüm dünyadaki yetişkin ölümlerinin % 6'sından sorumludur. Hipertansiyon prevalansı gelişmiş ülkelerde yaşla birlikte artmaktadır (Acehan 2010) Bir çok epidemiyolojik çalışmada gösterildiği gibi gelişmiş ülkelerde yetişkin popülasyon da hipertansiyon prevalansının % 25-55 arasında olduğu tahmin edilmektedir (Yıldız ve Küçükazman 2008). Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve 6 Avrupa ülkesinde yapılan bir çalışmada hipertansiyon prevalansı, Avrupa ülkelerinde ortalama % 44,2 iken Kuzey Amerika'da % 27,6 bulunmuştur (Yıldız ve Küçükazman 2008). Bu çalışmada Kuzey Amerika'da ve Avrupa ülkelerinde cinsiyetler arasında hipertansiyon prevalansı açısından bir fark yok iken yaşa bağlı hipertansiyon prevalansına bakıldığında 35-44 yaş arasında Kuzey Amerika'da % 14

iken Avrupa ülkelerinde % 27 bulunmuştur (Yıldız ve Küçükazman 2008). Aynı çalışmada 65-74 yaş grubunda hipertansiyon prevalansı Kuzey Amerika'da %53 iken Avrupa ülkelerinde %78'dir (Yıldız ve Küçükazman 2008). Portekizde yapılan PAP çalışmasında 18-90 yaş arasındaki popülasyonun %42,1'inin hipertansiyonu olduğu ve bu hasta grubunun sadece % 46,1'inin hastalıklarının farkında olduğu, yine hasta grubunun % 39'unun antihipertansif tedavi aldığı ve yine tüm hasta grubunun sadece % 11,2'inde kan basıncının kontrol altında olduğu tespit edilmiştir (Macedo 2005).

Türkiye'de yaklaşık 15-16 milyon hipertansiyon hastasının olduğu öngörülmektedir (Öngen 2005). Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk yapılan çalışma TEKHARF çalışmasıdır (Yıldız ve Küçükazman 2008). Bu çalışmada hipertansiyon prevalansının % 33,7 olduğu, yaş ilerledikçe prevalansın arttığı, ülkemizin kuzeyinde prevalansın % 40'ların üzerine çıktığı, güneyinde ise % 30'ların altına indiği tespit edilmiştir (Yıldız ve Küçükazman 2008). Bu çalışmanın bir diğer sonucu da yaklaşık 3,3 milyon yetişkinde hipertansiyonla birlikte bir diğer risk faktörü olan hiperkolesteroleminin birlikte bulunmasıdır (Öngen 2005, Onat 2004). Erişkin toplum 10 yıllık yaş dilimleri ile cinsiyete göre değerlendirildiğinde, hipertansiyon sıklığının yaşla birlikte arttığı ve her yaş diliminde kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü saptanmıştır (Öngen 2005). TEKHARF çalışmasının 10 yıllık izlem süresi içinde görülen bir başka gerçek, kan basıncı ortalamalarının giderek arttığıdır (Öngen 2005). Erkeklerde ortalama sistolik basınç 4.4 diyastolik basınç 2.7 mmHg yükselirken, kadınlarda bu artışın sırasıyla 6.4 ve 4.2 mmHg olduğu saptanmıştır (Öngen 2005).



Grafik 1. TEKHARF çalışmasına göre 2001/2002 yılları, erişkinlerde hipertansiyon prevalansı

2.8. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyon dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında önde gelen risk faktörlerinden biridir fakat tanı ve tedavisinde başarı oranları oldukça düşüktür. Tedaviye uyumsuzluk, hem düşük kan basıncı kontrolünün yetersizliği hem de hipertansiyonla ilişkili komplikasyon insidansının artmasında etkili ve önemli bir faktördür. İnme, konjestif kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü, periferik vasküler hastalık ve son dönem böbrek yetmezliği gibi kardiyovasküler hastalıklar için hipertansiyon en yaygın bilinen düzeltilebilir risk faktörüdür (Murray et al., 1997, Ong et al., 2007).

Hipertansiyonun derecesi yükseldikçe kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranı artar. Genellikle ciddi, dirençli hipertansiyonlu hastalar inmeden, ileri retinopati ve renal hasarlı olanlar böbrek yetmezliğinden, çoğunluğu oluşturan hafif orta derecede hipertansiyonlu hastalar ise iskemik kalp hastalığının komplikasyonlarından kaybedilir. Kalp hastalıkları mortalite nedenleri arasında hipertansif hastalarda birinci sıradadır.

2.9. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tedavisinin birincil önlemi, hipertansiyon ve komplikasyonlarıyla başa çıkmanın sürekli ve masraflı döngüsünü kesmek ve önlemek için ideal bir fırsat sağlamaktır. Hipertansiyon tanısı kesinleştikten sonra kan basıncı yüksekliğine sebep olan nedenler araştırılır. Sekonder hipertansiyon tümüyle ekarte edildikten sonra hasta esansiyel hipertansiyon kabul edilerek uygun tedaviye başlanır. Klinik ve laboratuvar veriler ile sekonder hipertansiyon tanısı konursa primer hastalık için uygun tedaviye başlanır. Genellikle erken uygulanan tedavi ile primer hastalık kontrol altına alınır hipertansiyon da gerileyebilir. Primer hastalık yeterince uzun sürmüş ve kardiyovasküler değişiklikler hipertansiyonu primer hastalığın tedavisi ile geriletemez noktaya getirmişse hastalar ayrıca antihipertansif uygun tedaviye alınır (Acehan 2010).

Kan basıncı yüksekliği hedef organlarda hemen müdahale gerektirecek bir etki yapmamışsa ve çok yüksek düzeylerde değilse, medikal yöntemlerden önce kan basıncı yükselmesinde ikinci derecede sorumlu olabilecek etkenlerin giderilmesine çalışılır. Antihipertansif tedaviye başlama kararı iki ölçüte dayanmalıdır. Bunlardan birincisi sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeyi, ikincisi ise kardiyovasküler risk düzeyidir (Acehan 2010). Tablo 4'te antihipertansif tedavi protokolü görülmektedir (Guidelines Committee 2003).

Tablo 4 Antihipertansif tedaviye başlamak.

Kan basıncı (mmHg)					
Diğer risk faktörleri organ hasarı veya hastalık	Normal SKB 120–129 Veya DKB 80–84	Yüksek normal SKB 130–139 veya DKB 85–89	1. derece HT SKB 140–159 veya DKB 90–99	2. derece HT SKB 160–179 veya DKB 100–109	3. derece HT SKB \geq 180 veya DKB \geq 11
Başka risk faktörü yok	KB girişimi yok	KB girişimi yok	Birkaç ay süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Birkaç ay süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi
1–2 risk faktörü	Yaşam tarzında değişiklik	Yaşam tarzında değişiklik	Birkaç hafta süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Birkaç hafta süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi
3 veya daha fazla risk faktörü	Yaşam tarzında değişiklik	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisini	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi
Diyabet	Yaşam tarzında değişiklik	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi
Yerleşik KV veya böbrek hastalığı	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi

2.9.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Nonfarmakolojik Tedavi

Kan basıncı düzeyi yüksek-normal olan ve ilaç tedavisi gerektiren hastalar da dâhil olmak üzere tüm hastalarda, uygun olduğunda, yaşam tarzıyla ilgili önlemler alınmalıdır. Bunun amacı kan basıncını düşürmek, diğer risk faktörlerini ve klinik durumları kontrol altına almak ve daha sonra kullanılması gerekebilecek antihipertansif ilaç sayısını ve dozunu azaltmaktır (Acehan 2010). Yaşam tarzıyla ilgili önlemler, ayrıca ilaçların antihipertansif etkilerini artırır ve çoklu ilaç kullanımına olan ihtiyacı azaltır (Lip 2004). İngiliz Hipertansiyon Derneğinin farmakolojik olmayan önlemler hakkındaki önerileri şöyledir:

Kan basıncını azaltan önlemler

- Kilo verilmesi
- Tuz alımının azaltılması
- Alkol alımının azaltılması
- Fiziksel egzersiz
- Meyve sebze tüketiminin artırılması
- Yağ tüketiminin azaltılması

Kardiyovasküler riski azaltan önlemler

- Sigaranın bırakılması
- Doymuş yağ yerine poli ansatüre ve mono ansatüre yağ kullanımı
- Balık yağı kullanımında artış
- Toplam yağ alımında azalma (Lip 2004).

2.9.1.1. Kilo Verilmesi

Beden kitle indeksinin (BKİ) 27 veya daha fazla olması ile kan basıncı yüksekliği arasında ilişki vardır (Türk kardiyoloji derneği 2000). Obezite ve

hipertansiyon arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarda BKİ değeri 27 kg/m²'nin üzerinde olan aşırı kilolu bireylerin hipertansiyon risklerinin, aşırı kilolu olmayan bireylerden üç kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Beden ağırlığı olması gerekenin %20 üzerinde olanlarda hipertansiyon sıklığı normal ağırlıktakilerin 2 katıdır (Samur ve Yıldız 2008). Son zamanlarda, obezite ile ilişkili hormon bazı bozukluklarının hipertansiyon gelişimi ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (McCance and Huether 2010). Adipositler (yağ hücreleri) leptin ve adiponektinleri gizler. Leptinin birincil işlevi hipotalamus ile etkileşimle vücut ağırlığının kontrolü ve yağ depolanması yoluyla iştah inhibisyonu ve metabolik hızın artırılmasıdır. Ancak leptin seviyesinin kronik olarak yüksek olması obezite ile ilişkilidir, sonucunda da ağırlığı azaltıcı işlevlere direnç ve sempatik sinir sistemi aktivitesinde artma, renal sodyumun atılımının azalması, inflamasyonun ilerlemesi görülmüştür. Adinopektin, adipoz dokusu tarafından üretilen fakat obezitede azalan bir proteindir. Azalmış adiponektin insülin direnci, azalmış endotel kaynaklı nitrik oksit üretimi ve sempatik sinir sistemi ve renin anjiotensin aldosteron sistemi aktivitesiyle ilişkilidir. Obezite ile ilgili bu değişiklikler sonucu vasokonstriksiyon, tuz ve su retansiyonu ve renal disfonksiyon birlikte ele alındığında hipertansiyonun gelişmesine neden olurlar (McCance and Huether 2010). Dolayısıyla obez hipertansiflerde dislipidemi, insülin direnci, kardiyovasküler olay, diyabetüs mellitüs sıklığı fazladır (Türk kardiyoloji derneği 2000). Verilen her kilo için kan basıncında 2.5/1.5 mmHg düşüş elde edilir ve lipit profili ve insülin direncinde iyileşme sağlanabilir (Lip 2004). Kilo kaybı başlangıçta yoğun natriürece neden olmakta, daha sonra ise sempatik aktivitede azalma ve insülin sensitivitesinde düzelme ile kan basıncının uzun süreli düşmesini sağlamaktadır (Türk kardiyoloji derneği, 2000). Bu mekanizmalara yönelik yapılacak çalışmaların obezite ve hipertansiyon ile ilgili yeni tedavi yollarının geliştirilmesine olanak sağlayabileceği düşünülmektedir.

2.9.1.2. Günlük alınan tuz miktarının azaltılması

Klinik randomize çalışmalarda hipertansif hastalarda sodyum alımı günde 80-100 mmol (4.7-5.8) ile kısıtlandığında sistolik kan basıncında 4.8±1 mmHg, diyastolik kan basıncında 2.5 ± 0.7 mmHg düşme görülmüştür (Türk kardiyoloji

derneği, 2000). Kan basıncı dūşüklüđünün sağlanması için ortalama 5 haftalık tuz kısıtlaması yapılmalıdır (Türk kardiyoloji derneği, 2000). Hastalara günde 100 mmol (5,8 g) den az sodyum ya da 6 g'dan az NaCl (tuz) almaları önerilir. Sodyum kısıtlaması diüretiklere bağlı potasyum kaybının azaltır, sol ventrikül hipertrofisini geriletebilir, osteoporoza karşı koruma sağlar, vasküler ve bronşial düz kaslarda gevşeme yapar. Sodyum kısıtlaması günde 10- 20 mmol'un altında olursa, plazma katekolaminlerinde, LDL ve trigliseridde, insülin direncinde artama görülür (Türk kardiyoloji derneği, 2000). HT Önleme Faz II Çalışmasında (Trial of Hypertension Prevention Phase II), sodyum alımının 100 mmol/gün azaltılmasıyla (günde 6 gr tuz alımına eşdeğerdir) tek başına veya kilo kaybı ile birlikte HT' dan % 20 korunma sağlandığı gösterilmiştir. TONE (The Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly) çalışması günlük tuz alımının ortalama 40 mmol/gün azaltılmasıyla antihipertansif ilaç ihtiyacında % 30'luk azalma bildirilmiştir (Geleijnse et al., 2003).

2.9.1.3. Potasyum Alımı

Diyetle, taze meyve ve sebzelerden sağlanan yaklaşık günde 90 mmol potasyum hipertansiflerde kan basıncını dūşürür. Randomize kontrollü klinik çalışmalarda bu düşme sistolik kan basıncında 4.4 mmHg, diyastolik kan basıncında 2.4 mmHg'dır. Potasyum; vasküler NA/K-ATP ase aktivitesinde artış ve buna bağlı vasküler gevşeme yapmakta, renal vasküler dirençte azalma ve glomerüler filtrasyon hızında artış oluşturmakta ve bu mekanizmalarda kan basıncı dūşürücü etkisini göstermektedir (Türk kardiyoloji derneği, 2000). Potasyum idrar ile vücuttan atılması nedeniyle üriner sistemde potasyum atımında sorun olan bireylerde hiperkalemiye bağlı kardiyak aritmiyi önlemek için potasyum alımının daha düşük düzeyde alınması önerilmektedir. Potasyum alımını artırmak için tercih edilecek yol potasyum içeren preparatlardan ziyade potasyumdan zengin sebze ve meyve tüketmektir (Dalak 2010, Betegay JE2009).

2.9.1.4. DASH Diyeti

Hipertansiyonun kontrolünde, sebze ve meyve tüketimini artırmayı, toplam ve doymuş yağ alımını azaltmayı amaçlayan Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diyeti önerilmektedir (Gürel 2009).

Dietary Approaches to Stop Hypertension diyeti, kan basıncına pozitif yararı olan besin öğelerini içerecek şekilde oluşturulmuştur. Bu diyet yüksek potasyum, magnezyum, kalsiyum, lif ve çoklu doymamış/doymuş yağ asidi oranı, düşük total ve doymuş yağ içermektedir. Diyetin özelliği, yeterli derecede hayvansal ürünleri içermesi ile vejeteryan olmayanlar için yenilebilir hale gelmesi, kolay bulunması, özel işlemlerden geçmemiş meyve, sebze ve düşük yağlı süt ürünleri gibi besin maddelerinin kullanılmasıdır (Gürel 2009, Betegay JE 2009). Enerjinin %27'sinin yağdan (%6 doymuş, %21 doymamış), %18'nin proteinden ve %55'inin karbonhidratlardan geldiği toplam günlük sodyumun 2300 mg, potasyumun 4700 mg ve kalsiyumun 1250 mg olarak ayarlandığı, kolesterolün 150 mg/gün ile kısıtlandığı ve günlük 30 gram kuru lifin alındığı DASH diyeti ile hastanın kan basıncında azımsanmayacak düşüşler sağlamak mümkündür (Gürel 2009).

Dietary Approaches to Stop Hypertension diyetinin, 1997'den bu yana hipertansiyon kontrolünde uygulanması önerilmektedir. Çünkü prehipertansiyon evresinde olan bireylerde DASH diyetinin kan basıncı düşürücü etkisi çalışmalarda kanıtlanmıştır (Dalak 2010). Yapılan bir çalışma sekiz haftalık bir süre içinde DASH diyeti ile hipertansif hastaların sistolik kan basıncında 11 mmHg ve diyastolik kan basıncında ise 5.5 mmHg düşüş sağlandığını göstermiştir (Appel et al.,1997). Bir başka çalışmada, tavsiye verme, davranış tedavisi ve DASH diyeti ve davranış tedavisinin birlikte olduğu üç grup incelenmiş ve DASH diyetini yalnız başına ve davranış tedavisi ile birlikte kan basıncını düşürdüğü gözlenmiştir. Onsekiz aylık süre sonunda tümü yüksek normal veya 1. seviye HT olan hastaların %24'ünün kan basıncının normal seviyeye gerilediği gösterilmiştir (Elmer et al.,2006). DASH diyeti, bir adet antihipertansif ilacın düşürdüğü kan basıncını tek başına düşürmekte, aynı zamanda antihipertansif ile birlikte uygulandığında tedavinin etkinliğini artırmaktadır (Gürel 2009).

Toplum çalışmalarında kalsiyum ve magnezyum alımının azalmasının da hipertansiyon sıklığının artışıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Günlük 600 mg'dan daha az kalsiyum alan hipertansiyonu olan bireylerde kalsiyum preparatları verilmesinin yarar sağladığı belirtilmektedir (Gürel 2009).

2.9.1.5. Alkol tüketimi

Alınan alkol miktarı ile kan basıncı arasında doğrusal ilişki vardır. Etil alkol miktarı günlük 28–55 g'ı geçenlerde hipertansiyon prevalansı fazladır. Bunlarda akut kan basıncı yükselmesi görülmektedir. Bu kişilerde alkol antihipertansif ilaçların etkisini azaltmakta ve inme riskini artırmaktadır. Zayıf insanlarda alkolün etkisi daha fazla olabilir, kadınlarda ise etil alkolün emilimi erkeklerden daha fazla olduğundan bu kişilerin belirtilen değerlerden daha az alkol kullanmaları önerilmelidir (Gürel 2009, Türk kardiyoloji derneği 2000, Betegay JE 2009). Kronik aşırı alkol tüketimi, hipertansiyon kadar atriyum fibrilasyonu ve alkolik kardiyomiyopati gibi diğer başka kardiyak istenmeyen etkilerle de ilişkilidir (Lip 2004). Yapılan araştırmaların sonuçları ile günde 3-6 birim alkol alımının %67 oranında azalmasının sistolik kan basıncını 3 mmHg ve diyastolik kan basıncını 2 mmHg düşürdüğü gözlenmiştir (Gürel 2009).

2.9.1.6. Sigara tüketimi

Sigara kullanımı kardiyovasküler riski 2-3 kat artıran bir faktördür. Sigara içiminin bırakılması ile bir yıl içinde kardiyovasküler sistemde olumlu etkiler görülmektedir. Sigara, lipid profilinin bozulmasına, insülin direncinin artmasına, sol ventrikül kütleinde artışa ve endotele bağımlı vazodilatasyonda azalmaya neden olarak kan basıncını artırmaktadır. Her sigara içiminden sonra 15–30 dakika süren akut kan basıncı yükselmesi olmaktadır (Türk kardiyoloji derneği 2000). Tek başına sigarayı bırakmanın kan basıncını düşürdüğünü gösteren çelişkili çalışmalar olmasına rağmen ilaç tedavisine karşı oluşan direncin önlenmesi ve kardiyovasküler riskin azaltılması için gereklidir. Sigara bırakmanın hipertansiyon üzerine olan etkisi hakkında yapılan çalışmalar çelişkili sonuçlar vermektedir. Bunun nedeni sigaranın

bırakılmasının ardından kilo alınması ve algılanan stresin artması olarak gösterilmektedir. Ancak sigara kullanımı kalp-damar hastalıkları için bilinen bir risk faktörüdür ve hipertansiyon tedavisinde amaç sadece kan basıncını düşürmek değil toplam kardiyovasküler riski azaltmaktır. Bu açıdan bakıldığında sigarayı bırakmanın hipertansiyon tedavisine olumlu katkısı açıkça görülmektedir (Gürel 2009, Türk kardiyoloji derneği 2000).

2.9.1.7. Fiziksel Aktivite

Sedanter yaşam süren kişilerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fizik aktivitesi olanlara göre %20-50 daha fazladır. Düzenli aerobik (izotonik) egzersiz yapan hipertansiflerde sistolik kan basıncında 4-8 mmHg düşme olmaktadır. Hipertansif hastalar haftada en az 3-4 kez hedef kalp hızının % 60-70'ine ulaşacak şekilde 30-45 dakikalık hızlı yürüyüşler yapmalıdırlar. İzometrik (ağırlık kaldırma) egzersizler hipertansifler için uygun değildir. Antihipertansif ilaç kullanımı izotonik egzersizler için kontrendike değildir. Düzenli egzersiz yapanlarda damar sertliği azalmakta, total sistemik arteriel komplians, EDRF salgısı ve insülin sensitivitesi artmaktadır. Bu mekanizmalar kan basıncının düşmesinde rol oynamaktadır (Türk kardiyoloji derneği 2000, Lip 2004).

2.9.1.8. Psikolojik Stres ve Gevşeme Teknikleri

Emosyonel stres, kan basıncında akut yükselme yapabilmektedir. Bunker ve arkadaşları, depresyon, sosyal izolasyon, sosyal destek yetersizliği gibi etmenler ile hipertansiyonun gelişmesi arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirtmişlerdir (Bunker 2003). Bu nedenle, günümüzde yapılan çalışmalar kan basıncının kontrolünde gevşeme teknikleri ve davranış terapileri üzerine odaklanmıştır. Biofeedback teknikleri, yoga, meditasyon, psikoterapi gibi davranışsal yaklaşımlar stresi kontrol altına alarak kan basıncında 5–10 mmHg kadar kısa süreli düşmeye neden olmaktadır (Türk kardiyoloji derneği 2000).

2.9.2. Hipertansiyonun Kontrolünde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Rolü

Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimi davranışlarına bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Hipertansiyon da, yol açtığı ciddi komplikasyonlar nedeniyle mortalite oranı yüksek olan, ancak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla önlenebilen bir kronik hastalıktır (Gürel 2009).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hipertansiyon kontrolünde etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir meta-analiz çalışmasında, yaşam tarzı girişimlerinin kan basıncını düşürmede etkili olduğu belirlenmiştir. Sistolik kan basıncında gözlenen ortalama düşüşler, düzenli beslenme, aerobik egzersiz, alkol ve sodyum kısıtlaması için sırasıyla 5.0 mmHg, 4.6 mmHg, 3.8mmHg ve 3.6 mmHg olarak saptanmış, diyastolik kan basıncında da benzer düşüşler gözlenmiştir (Dalak 2010).

2.9.3. Hipertansiyon için tavsiye edilen yaşam tarzı değişiklikleri

ESH/ESC 2007 kılavuzuna göre 6 ve JNC 7 kılavuzlarına göre 5 temel alanda yaşam tarzı değişikliği uygulanması HT tedavisi açısından olumlu sonuçlar vermektedir (Tablo5). ESH/ESC kılavuzunda yaşam tarzı değişikliği önerileri arasında yer alan sigara bırakma JNC 7 önerileri içerisinde ilk sırada yer almamaktadır. Ancak sigara bırakmanın tüm hastalarda önerilmesinin gerekliliği her iki kılavuzda da vurgulanmaktadır (Wexler et al., 2006).

Tablo 5. Hipertansiyonu Ya Da Prehipertansiyonu Olan Hastalara Klinik Öneriler

MÜDAHALE	KANIT DEĞERİ	SİSTOLİK KAN BASINCINDAKİ AZALMA
KİLO VERİLMESİ Normal vücut ağırlığını korumak BKI < 25	C	5-20 mmHg
DİYET Meyve sebzeden yüksek yağ dan düşük diyet	C	8-14 mmHg
TUZ KISITLAMASI 2.4 gr/günden az	C	2-8 mmHg
FİZİK AKTİVİTE Haftada en az dört gün 30 dakikalık aerobik egzersiz	C	4-9 mmHg
ALKOL KISITLAMASI Erkeklerinde günde 2 birimden fazla kadınların günde 1 birimden fazla alkol almamaları	C	2-4 mmHg

Not: Tüm öneriler daha düşük kan basıncını sağladığı için C iyi kanıt olarak değerlendirilmekle beraber klinik çalışmalarda mortalite ve morbitideye yararına yönelik direkt bir kanıt yoktur.

A= Tutarlı, hasta odaklı kaliteli kanıt B= Tutarsız veya sınırlı hasta odaklı kaliteli kanıt C=uzlaşma, hastalık yönelimli kanıt, genel uygulama ya da uzman görüşü

Wexler R, M.D., M.P.H., And Aukerman G, M.D.Ohio State University College of Medicine, Columbus, Ohio

Nonpharmacologic Strategies for Managing Hypertension, American Family Physician, 2006, Volume 73, Number 11, 1953-56.

Ülkemizdeki hipertansiyon hastalarının kontrol oranının %8 olduğu dikkate alınrsa, hipertansif bireylerin olumlu sağlık davranışlarının yetersiz olduğu ve bu bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik farklı yaklaşımların geliştirilmesi zorunluluğu ortaya çıkmaktadır. Hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında ve geliştirilmesinde sağlık profesyonellerine büyük roller düşmektedir (Dalak 2010).

2.10. Hipertansiyonda Kontrol

Sistemik hipertansiyon ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi toplumda çok sık rastlanan ve önemli bir kardiyovasküler risk olmasına karşın tanı ve tedavisinde başarı oranları oldukça düşüktür (İlerigelen 2005). Kan basıncı kontrolündeki temel amaç, sistolik kan basıncını 140mmHg'nın, diyastolik kan basıncını ise 90mmHg'nın altına düşürmektir (Feather 2006). Sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg'lık, diyastolik kan basıncındaki her 10 mmHg'lık yükselme kalp damar hastalığı riskini 2 kat artırmaktadır (Öngen 2005). Buna karşılık sistolik-diyastolik hipertansiyonun kontrol altına alınmasıyla, ölümcül olan ya da olmayan inme riskinde %40'lar, akut koroner olay riskinde ise %15'ler düzeyinde azalma elde edilmektedir (Öngen 2005).

JNC 7 raporuna göre, 1999–2000 yılları arasında hipertansiyon hastası olan bireylerin %70'inin hastalıklarından haberdar olduğu, %59'unun tedavi gördüğü, buna karşılık ancak %34'ünün kan basınçlarının kontrol altında olduğu bildirilmiştir (JNC 7 Express 2003).

Tedavi alan hipertansif bireylerde yeterli kontrol en iyi şartlarda bile %25-30'ları geçmemektedir. Bu veri, hipertansif hastaların yaklaşık %70'inin ya hiç tedavi edilmediğini ya da yetersiz tedavi edildiğini gösterdiğinden oldukça önemlidir (Arıcı ve Çağlar 2002).

Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, hipertansiyonlu olguların yalnızca %40,7'sinin hastalıklarının farkında olduğu, ilaç kullanan hasta oranının %31,1 olduğu, kan basınçları kontrol oranının ise %8,1'de kaldığı saptanmıştır (Altun 2003). Yapılan başka bir çalışmada hipertansif bireylerin yalnızca %23,1'inin hastalıklarının farkında olduğu, %10,3'ünün antihipertansif tedavi aldığı ve %5,5'inin kontrol altında olduğu belirlenmiştir (Koruk ve ark., 2007). Hipertansiyon kontrolü bakımından ülkemizdeki oranlar oldukça düşüktür (Hacıhasanoğlu 2009). Bunun üç temel nedeni vardır: Birincisi, insanların yüksek kan basıncına sahip olduklarını bilmemeleri; ikincisi, tedavinin düzgün önerilmemesi ya da uygulanmaması; üçüncüsü de kontrol altında tutulmasının güçlüğüdür (Öngen2005). Patent çalışmasına göre, örneklemdaki 4910 erişkinin %32,2'si o güne kadar kan basınçlarını hiç ölçtürmemiştir. Hipertansiyonu bulunan olguların ancak %40,7'si hastalıklarının farkındadır (Öngen 2005).

Amerika ve Fransa %32-33'lük kontrol oranları ile en iyi konumda bulunurken, Batı Avrupa'da bu oran %15–25, İngiltere'de %5,9, Doğu Avrupa ise %5-6 civarındadır (Öngen 2005).

Tüm dünyada ve ülkemizde kan basıncı kontrolünün %25'in üzerine çıkarılamamasında rol oynayan en önemli faktörlerden birisi hastanın tedaviye uyumsuzluğudur (Kabakçı 2006). Uyumsuzlukla ilgili hastalar ya iyi takip edilmediklerinden, ya da iyi anlatılıp öğretilmediğinden tedaviyi doğru alamazlar, kendilerini iyi veya aksine kötü hissettiklerinden ilaç almanın yararına inanmazlar,

yeterli dozda almayı unuturlar ya da bilinçli olarak ilaçlarını almazlar (Coleman 2005).

İlaç tedavisine uyumsuzluk, hem düşük kan basıncı kontrolünün yetersizliği hem de hipertansiyonla ilişkili komplikasyon insidansının artmasında etkili ve önemli bir faktördür (Hacıhasanoğlu 2009).

Amerika'da "Ulusal Yüksek Kan Basıncı Eğitim Programları" sayesinde hedeflenen kan basıncına ulaşıldığı ve hipertansif hastaların kan basınçlarının düştüğü, bunun bir sonucu olarak hipertansiyon prevalansının, inmelerin ve koroner kalp hastalıklarının azaldığı bildirilmiştir (Jones 2002).

2.11. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum

Kronik hastalıklarda tedavinin amacı; hastayı eski sağlığına kavuşturmak ya da iyileştirmek değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır (Bakaoğlu ve Yetkin 2000). Hipertansiyon tedavisinin amacı kan basıncını hedeflenen değerlere getirerek kardiyovasküler ve renal morbidite ve mortaliteyi azaltır (Ülger ve Cankurtaran 2008). Tedavi uyumsuzluğu kan basıncı kontrolünü sağlayamamada önemli bir nedendir (Evrenos ve Aytemir 2008). Uyum, hastanın davranışının; ilaçlarını kullanmak, diyeti uygulamak veya diğer yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirmek anlamındaki klinik önerilerle uyuma boyutudur (Hacıhasanoğlu 2009). Uyumsuzluk ise, ilaç tedavisine bağlı kalmamak, reçetesini yazdırmamak veya programına koymamakla başlayabilir (Hacıhasanoğlu 2009). Tedavisinin yüksek fiyatlı olması, doktor ve hasta arasında iletişim problemlerinin olması, karışık tedavi rejimleri ve tedavinin yan etkileri tedavi uyumsuzluğuna sebep olabilir (Evrenos ve Aytemir 2008). Hipertansif hastalarda tedaviye uyumu etkileyen faktörlerden birisi de hastalık ve tedavi hakkında bilgi eksikliğinin olmasıdır (Ünal ve ark., 2005).

Hipertansiyonun önlenebilir veya kontrol edilebilir bir hastalık olması ve bunun erken tanı ile yaşam şeklinde değişiklikleri gerektirmesi nedeniyle hastaların eğitimi önem taşımaktadır (Baybuğa ve ark., 2005). Kan basıncını düzenleyen

ilaçların hekimin bilgisi dışında gün içinde tekrar alınması, kan basıncının istenmeyen değerlere düşmesine neden olabilmektedir (Baybuğa ve ark., 2005). Tedavi uyumunu sağlamak için ilaçlar olabilecek en basit doz rejimlerinde verilmeli, hastaya yardımcı olabilecek ilaç kutuları kullanılmalıdır (Evrenos ve Aytemir 2008). Hastaya ve yakınlarına hipertansiyonun kronik bir hastalık olduğu ve hedef organ hasarını önlemek için sürekli düzenli ilaç kullanması ve düzenli tansiyon ölçmesi gerektiği anlatılmalıdır (Evrenos ve Aytemir 2008).

İlaç tedavisine uyumsuzluk, hem düşük kan basıncı kontrolünün yetersizliği hem de hipertansiyonla ilişkili komplikasyon insidansının artmasında etkili ve önemli bir faktördür. Antihipertansif ilaç kullanan hastalardan ancak yarısı birkaç ay sonra kullanmayı hala sürdürebilmektedir. Hipertansif hastaların yaklaşık yarısının kontrollerine gitmediği, %30-50'sinin reçete edilen antihipertansif ilaçları almada başarısız oldukları saptanmıştır (Hacıhasanoğlu 2009). Ayrıca hipertansif hastaların 12 aylık izlemde %50'sinin ilaç kullanımını bıraktığı, kalan hastaların %30'unun ise kullanmayı artırdıkları saptanmıştır (TC. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi 2002).

Hastalar yaşam biçimi veya ilaç önerilerine uyumda başarısız ve isteksizse kan basıncı kontrolü güçleşir (Hacıhasanoğlu 2009). Bunun sonucu olarak, inme, kalp yetmezliği ve son dönem böbrek hastalığı gibi komplikasyonların sonucu olarak sağlıkları kötü yönde etkilenir (Hacıhasanoğlu 2009). İlaç tedavisine uyumu artırmada hasta ve ailesinin eğitimi önemlidir. Ancak eğitim dışındaki diğer girişimlerin de faydalı olduğu görülmüştür (Hacıhasanoğlu 2009). Tedavide uyumu artırmanın en iyi yollarından biri, tedavi stratejilerine ilişkin kararlara hastanın da katılmasıdır (WHO, 1999). Ayrıca hastalar düzenli olarak kan basınçlarını izlemeleri konusunda cesaretlendirilmeli, hastalara ve ailelerine hastalık hakkında eğitim verilmeli, hastanın her kontrole geldiğinde ilaç tedavisi ve non-farmakolojik tedavisi değerlendirilmeli, sağlık bakım profesyonelleri tarafından özellikle tedavinin ilk 3 ayı aşkın bir sürede telefonla görüşülerek hastayı uyum konusunda cesaretlendirmelidir (Hacıhasanoğlu 2009). DSÖ raporuna göre; iyi eğitilmiş hemşireler ve yaşam biçimi değişikliklerinin uygulanmasında deneyimli sağlık

elemanlarının tedaviye uyumun artırılmasına büyük katkı da bulunacakları beklenmektedir (WHO,1999).

Hipertansif hastaların reçete edilen antihipertansif ilaçları düzenli kullanma oranlarının %26,9–82,3 arasında olduğu, düzensiz ilaç kullanma oranlarının ise %8-%57.6 arasında olduğu bildirilmiştir (Sapmaz 2000). Düzensiz ilaç kullanma nedenleri olarak ilaçların rahatsızlık vermesi, unutkanlık, yalnızlık, ihmalkarlık, yaşlılık, hareketsizlik, fazla ilacı bir arada kullanamama ve maddi yetersizlikler olarak bildirilmiştir (Karakut 2004). Eryonucu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çeşitli sebeplerden dolayı ilaç kullanmayan hipertansiflerin (%22) ilaç kullanmama nedenlerinin başında, kendilerini iyi hissetmeleri olduğu saptanmıştır (Eryonucu 1999). Bu bulgu hastaların hipertansiyonun sürekli tedavi edilmesi gerektiğini ve geç ortaya çıkan komplikasyonlarından haberdar olmadığı şeklinde yorumlanmıştır (Hacıhasanoğlu 2009).

Hipertansif hastaların, hastalıkları ile baş etme amacı; yaşam kalitesini iyileştirmek, komplikasyonları önlemek, böylece ölüm ve hastalanma oranlarını azaltmak olmalıdır. Uyumu artırmak, tedavide başarının en önemli faktördür (Hacıhasanoğlu 2009).

2.12. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Hasta ve hastalığa ilişkin faktörler; davranışçı modellerde, en dikkatli klinisyenin düzenlediği en etkili tedavinin bile, ancak hastanın ilaçlarını kullanmaya ve sağlıklı bir yaşam tarzını benimseyip sürdürmeye istekli olması koşulu ile hipertansiyonun kontrol altına alınabileceği öne sürülmektedir (JNC 7 Express 2003).

İlaç tedavisine hasta uyumunun yetersiz olması kan basıncı kontrolünü başaramamada önemli bir faktördür (Ülger ve Cankurtaran 2008). Hipertansiyon uzun yıllar belirtisiz veya komplikasyonsuz seyredebilir. Ciddi komplikasyonlar uzun yıllar sonra ortaya çıkabilir. Belirtisiz dönemde hastaya tedaviyi benimsetmek güç olur. Bu nedenle yüksek kan basıncı tedavisinde hasta uyumu büyük önem

kazanmaktadır (Hacıhasanoğlu 2009). Tedaviye karar vermeye hastaların dahil edilmesi, hastalar tarafından hastalığının farkında olup ciddiyetine inanmanın tedaviye uyumu olumlu yönde etkiledikleri saptanmıştır (Hacıhasanoğlu 2009).

Hastaların hastalığının farkında olmaması tedavi alanların çok azında kan basıncı kontrolünü sağlamaktadır (Yıldız ve Küçükazman 2008). Kan basıncı düzeyinin normal olduğuna inanması, ilaçların yan etkilerinden çekinmesi ve ilaçların maliyeti, tavsiye edilen yaşam biçimi davranışlarına ve ilaç tedavisine yetersiz uyum, belirtilerin olmaması, ilaç alımının unutulması, hastalığın iyileşmeyip sadece baskılanıyor olması, demans ve psikiyatrik hastalıkların varlığı, hasta ve hastalığa ilişkin uyumsuzlukla ilgili faktörler arasında yer almaktadır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu 1999, Evrenos ve Aytemir 2008). Ayrıca, hasta yaşı, tedaviye karar vermeyi etkileyen önemli bir faktördür (Lindholm., 2002). Ogedegbe ve arkadaşlarının (2003) yaptığı bir çalışmada hastaların ifadelerine göre; hipertansiyon hakkında bilgi eksikliği, unutkanlık, ilacın yan etkisi, maliyeti, hipertansiyonun belirti vermemesi, kullanılan dozun sıklığı, ilaç tedavisinin kendisine zarar verebileceği hatta ölümüne sebep olacağını düşünmesi, ilaca bağımlı hale gelebileceğine inanması, kan basıncının normal olduğunda ilacı kullanmanın gereksiz olduğu, tedavinin etkili olmadığına inanması gibi hipertansiyonla ilgili farklı düşünceleri ve inançları olduğu belirlenmiştir (Ogedegbe et al., 2003).

Tedaviye ilişkin faktörler; tedavinin uzun süreli olması, birden fazla ilaç kullanımındaki zorluk, ilaçların yan etkileri, ilaçların pahalı olması, çok sayıda davranışı değiştirmede ve kontrole gelmedeki zorluklar hastanın tedaviye uyumunu azaltan etmenler olarak belirtilmektedir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 1999). Başarılı kan basıncı kontrolü uygun tedavinin başlatılmasını, hedeflenen kan basıncı düzeyine ulaşmayı ve etkin tedavilerin zaman içinde kalıcı olmasını gerektirir (Hacıhasanoğlu 2009).

Hekime ilişkin faktörler; hipertansif hastaların teşhisinde ve hastaya uygun tedavi şeklinin belirlenmesinde başarısızlık, ilaç tedavisine ne zaman başlayacağı ve yaşam biçimi değişikliğini nasıl yapılacağına ilişkin kararsızlık, ilaç tedavisi ve

yaşam biçimi değişikliklerinin gerekliliğini hastaya kabul ettirmede başarısızlık gibi faktörlerde tedaviye uyumu etkilemektedirler (Hacıhasanoğlu 2009).

Hipertansiyon tedavisinde başarı, hastanın hastalık algısı, inanışları, hastalık deneyimleri ve tedaviye uyumu ile yakından ilişkilidir. ESH/ESC Arteriyel hipertansiyon Tedavisi 2007 Kılavuzu hastaların tedaviye uyumu için aşağıdaki önerileri sunmuştur (Guidelines Committee 2007):

- Hastaya HT'un riski ve etkili tedavinin yararı hakkında bilgi verin.
- Tedavi hakkında yazılı ve sözlü açık talimatlar verin.
- Tedavi rejimini, hastanın yaşam tarzına ve gereksinimlerine uygun şekilde belirleyin.
- Mümkünse, günlük alınacak ilaç sayısını azaltarak tedaviyi basitleştirin.
- Hastalığa ilişkin bilgiyi ve tedavi planlarını hastanın eşi veya ailesiyle paylaşın.
- Evde kendi kendine KB ölçümü ve hatırlatma sistemleri gibi davranışsal stratejilerden yararlanın.
- Yan etkilere (belirli belirsiz dahi olsa) büyük önem verin ve gerekli durumlarda ilaç dozlarını veya tipini değiştirmeye hazırlıklı olun.
- Hastayla tedaviye bağlı kalma konusunda diyalog içinde olun ve sorunları hakkında bilgi edinin.
- Güvenilir destek sistemi ve hastanın ödeyebileceği fiyatlar sunun.

2.13. Tedaviye Hasta Uyumunu Artırmak İçin Genel Tedbirler

Hipertansiyon yönetiminde başarılı olmak, düzenli kan basıncı kontrolünü sağlama, ilaç tedavisine uyum sağlama ve uygun yaşam tarzı değişikliklerini uygulamayı gerektirmektedir. Tedaviye uyumu sağlamak için,

- Hasta ve sağlık personeli arasındaki iletişimi ve güveni sağlamak tedaviye uyumu artıran en önemli etkenlerdendir.
- Hipertansiyonun tedavi ve komplikasyonları hakkında bilgi verilmesi,
- Hastaya ve yakınlarına hipertansiyonun kronik bir hastalık olduğu ve hedef organ hasarını önlemek için sürekli düzenli ilaç kullanması gerektiği ve sürekli düzenli tansiyon ölçmesi gerektiği anlatılmalıdır (Evrenos ve Aytemir 2008).
- İlaçlar olabilecek en basit doz rejimlerinde verilmeli, hastaya yardımcı olabilecek ilaç kutuları kullanılmalıdır (Evrenos ve Aytemir 2008).
- İlaç gerektiğinde ihtiyaç olan en düşük dozu kullanmak (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu),
- Olası yan etkileri en az olan, etkili fakat maliyet bakımından pahalı olmayan ilaçlar seçmek (WHO., 2005),
- Uzun etkili ve tercihen tek dozda kullanılacak ilaç seçimi düşünmek (T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi 2003),
- Farmakolojik prensiplere uyarak reçete yazmak (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu),
- Gerektiğinde tedaviye uygun bir ilaç eklemektir (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu),
- Reçete edilmiş ilacın kullanım zorlukları hakkında hastadan bilgi almak (World Health Organization 2005),
- Tedavinin amacını saptamak (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu),
- Hasta için hedeflenen kan basıncını tespit etmek, hedeflenen kan basıncının gelişimi hakkında geri dönüşüm sağlamak (Hacıhasanoğlu 2009),

- Tedavi süresince hasta kontrollerinin takibi ve devamı hakkında hastadan telefonla yeniden onay almak (Hacıhasanoğlu 2009),
- Yeni tedavi stratejilerini hasta ile tartışmak ve karar verme sürecinde hastayı da dahil etmek (Hacıhasanoğlu 2009),
- Hastalara evde kan basıncı izlemeyi öğretmek (World Health Organization., 2005),
- Problemi bilme ve hasta uyumsuzluğu belirtilerine karşı uyanık olmak,
- Kan basıncını yan etki gelişmeksizin normal düzeylere yakın seviyeye getirmeye hasta ile birlikte karar vermek (Hacıhasanoğlu 2009),
- Aile desteğini sağlamak, hasta ile iletişime devam etmek (Hacıhasanoğlu 2009),
- Hastayı kontrollere teşvik etmek ve ilgili sağlık personelinin aramak,
- Pahalı ve karmaşık kontrollerden kaçınmak (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu),
- Uygun ilaç dışı tedavi (non-farmakolojik), seçeneklerini de değerlendirmek (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu)

2.14. Hipertansiyon Tedavisine Uyumda Hemşirenin Sorumlulukları

Hipertansiyonda tedavinin ertelenmesinin veya ara verilmesinin mümkün olmadığı, diyet uygulamasının ve fiziksel egzersizin zorunlu kılındığı, stresten uzak bir yaşamı gerektiren kronik hastalıklardan biridir (Dalak2010). Hemşireler, eczacılar, halk sağlığı çalışanları, sağlık eğitmenleri, egzersiz fizyologları gibi tıp doktoru olmayan sağlık mensupları özellikle komplike olmamış hipertansif hastaların bakımında önemli ve etkin bir rol oynarlar (Miller and Hill, 2004).

Hipertansiyon tanısını koymada, sekonder sebeplerini belirlemede ve tedavi için ilk kararları verme de en çok tıp doktorları sorumlu olsalar dahi süregelen yönetimde hemşireler de önemli rol oynarlar (Miller and Hill, 2004). Çünkü

hemşireler hastalarla en çok zaman geçiren, tanı konma sürecinden sonra hastanın hastalık algısını ve yaşam tarzının en iyi gözlemleyebilen sağlık profesyonelidir.

Hemşire araştırmacılar tarafından yapılan kontrol gruplu deneysel Bir çalışmada da hipertansif bireylere verilen ilaca uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaya yönelik eğitim ve yapılan ev ziyaretleri sonucunda deney gruplarında tedaviye uyumun arttığı, kan basınçlarında anlamlı düşüşlerin olduğu, kontrol grubunda ise önemli bir değişikliğin olmadığı belirlenmiştir. (Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2008). Hemşire araştırmacıların yaptığı çalışmalar hemşirelerin hipertansiyon yönetimindeki etkinliğini göstermektedir.

Hemşire, hasta fazla kilolu isekiloyu azaltma ve diyetle düşük sodyum stratejileri geliştirme; kahve, çay, kola ve çikolatadan sakınma, diüretik, betablokerler, vazodilatörler, kalsiyum kanal blokerleri ve anjiotensin converting enzim (ACE) inhibitörleri kullanma konusunda bilgi vermelidir. Hipertansif bireyin uyku alışkanlıklarını ve çalıştığı işi göz önüne alarak rutin ilaç kullanımını düzenlemeli ilaç tedavisinin mümkün olan yan etkileri hakkında bilgi vermelidir. Ayrıca, ilaç alımını takiben 3 saat içinde alkol alımından sakınmayı, ihtiyaç varsa potasyumdan zengin yiyecekler almayı (meyve suları, muz gibi), sigarayı bırakmayı, kilo azaltmada fiziksel egzersizin önemini, stresle mücadelede rahatlama tekniklerini, eğer reçete edilmiş ise sakinleştirici ve rahatlatıcı kullanmayı açıklamalı/öğretmelidir. Hemşire hastayı göğüs ağrısı, nefes darlığı, ödem, burun kanaması, görme değişikliği, baş ağrısı, kilo artışı gibi, belirti ve semptomlar yönünden takip etmeli var olan belirtileri kayıt edip bildirmelidir. Hemşire ilaç tedavi rejimini basitleştirme, tedavi rejimi planlarına hastaları dahil etme, ilaçlar bitmeden 2-3 gün öncesinde ilaçları yeniden yazdırmanın önemi ve ilaç tedavi rejimine uyumun faydaları hakkında bilgi vermelidir (Hacıhasanoğlu 2009).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hipertansiyon tanısı almış hastaların hipertansiyon tedavisine uyumları ve uyumu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Önemi

Birçok kardiovasküler ve renal hastalıkta bilinen en yaygın düzeltilebilir risk faktörüdür (Murray et al.,1997). Kan basıncı seviyesinin bir türlü normal değerler arasında tutulamaması yani tedaviye uyumun sağlanamaması hipertansiyonun önde gelen ölüm nedenleri arasında ilk sıralarda olmasına neden olmaktadır. DSÖ, dünyada yaklaşık bir milyar kişide hipertansiyon olduğunu ve her yıl hipertansiyona bağlı 7 milyon ölüm görüldüğünü bildirmiştir. Dünyada 2000 yılı itibariyle erişkin nüfusun %26'sında hipertansiyon olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29'a çıkacağı hesaplanmaktadır (Whitword 2003).

Hipertansiyon tedavisine uyum ve etkileyen faktörler ile ilgili elde edilecek sonuçların hasta bakımı ve tedavisinde birebir etkin rol oynayan hemşirelik mesleğinde, hemşirelik eğitimi, uygulaması ve klinik çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Araştırmanın hipertansiyonda hastanın tedaviye uyumu ile ilgili sorunların belirlenmesinin, bu konuda çalışma yapacak olan kişilere sorunun çözümü için kullanabilecekleri veriler sunacağı düşünülmektedir.

Tedaviye uyumu etkileyen faktörler kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır. Bu nedenle sonuçların doğrudan hasta bakım kalitesini artıracığı ve toplum sağlığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Dolayısıyla araştırma sonuçları kan basıncı kontrolü tedaviye uyum problemleri nedeniyle sağlanamayan hastalar, klinisyen hemşireler ve diğer sağlık profesyonellerine, hipertansiyonla mücadelede kullanılabilir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmada Isparta Uluborlu İlçe Devlet Hastanesine tedavi ya da kontrol için 1 Ekim 2011, 31 Ocak 2012 tarihleri arasında başvuran hipertansiyon tanısı alan hastalar evreni oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

1 Ekim 2011 – 31 Ocak 2012 tarihleri arasında Uluborlu İlçe Devlet Hastanesine tedavi ya da kontrol için başvuran, fiziksel ve bilişsel açıdan veri toplama formlarını cevaplamaya uygun ve araştırmaya katılmaya gönüllü, iletişim sorunu olmayan, 18 yaşından büyük ve en az 6 ay önce esansiyel hipertansiyon tanısı almış 165 birey oluşturmuştur.

3.5. Verilerin Toplanması

Tanımlayıcı tipte planlanan bu çalışmada verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından oluşturulan sosyo demografik özellikler veri toplama formu (EK-1), Hastalık Algısı Ölçeği (EK-2), Hill – Bone Hipertansiyonda tedaviye Uyum Ölçeği (EK-3), SF- 36 Yaşam Kalitesi (EK-4) ve Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği (EK-5) olmak üzere beş ayrı form kullanılmıştır. Formlar araştırmacı tarafından hastalara araştırma hakkında bilgi verilip sözlü-yazılı onam alınarak yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Bir hasta için veri toplama süresi ortalama bir saattir. Anketteki sorular araştırmacı tarafından yüksek sesle, anlaşılır bir şekilde okunarak hasta tarafından verilen cevaplar formlara işaretlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların kan basıncı ölçümleri alınmıştır. Hastaların kan basınçları, en az yarım saat dinlenmiş, oturur pozisyonda, sağ kolu desteklenerek sfigmomanometrik olarak kalibresi yapılmış ANEROİD tansiyon aleti ile ölçüldü. Sistolik kan basıncı (SKB) birinci Korotkoff fazına denk gelen ses esnasındaki ve diyastolik kan basıncı (DKB) beşinci Korotkoff fazına denk gelen ses esnasındaki değerler olarak kaydedildi.

Araştırmanın sınırlılıkları

- Araştırmanın küçük bir bölgede yapılması sonuçlarının genele uyarlanmasını güçleştirmektedir.
- Veri toplama sürecinde hastalara poliklinikte ulaşıldığı için ve hastalara tekrar ulaşmak pekolanaklı olmadığı için kan basıncları bir kere ölçülmüştür.

Araştırmanın Etik Yönü

Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulu tarafından yazılı izin alınmıştır(EK.7).

Isparta İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır(EK.8).

Araştırmaya alınma kriterlerine uygun hastalara çalışmanın amacı açıklanarak, yazılı onamları alındı (EK6).

Araştırmada kullanılan Ölçek sahiplerinden mail yoluyla yazılı izin alınmıştır (EK.9, EK.10, EK.11, EK.12).

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Sosyo demografik Özellikler Formu

Literatür ışığında hazırlanan sosyo demografik özellikler formu, hastayla ilgili sosyo- demografik özellikler (yaş, cinsiyet, BKİ, medeni durum, eğitim durumu vb), hipertansiyon hastalığına ilişkin özellikler (hipertansiyon süresi, kan basıncı ölçtürme sıklığı, kontrole gitme sıklığı, eşlik eden diğer hastalıklar, düzenli ilaç kullanımı, uyguladığı alternatif yöntemler vb) açıklayan toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Hastalık Algısı Ölçeği (IPQ-R Turk)

1996 yılında Weinmann tarafından geliştirilmiş ve 2002 yılında Moss-Morris ve arkadaşları tarafından yenilenmiştir. Türkçe geçerlik güvenilirliğini Kocaman ve arkadaşları 2007 yılında yapmıştır. HAÖ üç boyuttan oluşmaktadır: Hastalık tipi, hastalık hakkındaki görüşleri, hastalık nedenleri boyutları. Üç bölümün de iç tutarlılık alfa katsayılarının sırasıyla 0.89, 0.69-0.77, 0.25-0.72 olduğu, madde-toplam istatistiklerinin anlamlı düzeyde korele olduğu bulunmuştur (Kocaman ve ark., 2007).

Hastalık tipi boyutu: Sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, sersemlik hissi, uyku güçlüğü, güç kaybı) içerir. Bu belirtilerin her biri için kişiye önce, 'hastalığın başlangıcından bu yana yaşayıp yaşamadığı', daha sonra 'bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği' sorulmaktadır. Bu boyut, her belirti için iki soruya da evet/hayır biçiminde yanıt verilecek biçimde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet yanıtlarının toplamı hastalık tipi boyutunun değerlendirme sonucunu oluşturur (Kocaman ve ark., 2007).

Hastalık hakkındaki görüşleri boyutu: Otuz sekiz maddeden oluşmuş ve beşli Likert tipi ölçüm (Kesinlikle böyle düşünmüyorum, böyle düşünmüyorum, kararsızım, böyle düşünüyorum, kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu boyut yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel) ve duygusal temsiller olarak isimlendirilmiştir. Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel olarak gruplanır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine, fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır. Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır. Tedavi kontrolü, kişinin, uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır. Hastalığı anlayabilme, kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır. Duygusal temsiller ise kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır (Kocaman ve ark., 2007).

Hastalık nedenleri boyutu: Hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert tipi ölçüm kullanılır. Bu boyut, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçek içerir. Bunlar, psikolojik atıflar (örn., stres ya da endişe, aile problemleri, kişilik özellikleri), risk etkenleri (örn., kalıtsal, sigara, alkol kullanımı, yaşlanma), bağışıklık (örn., mikrop ya da virüs, vücut direncimin az olması), kaza veya şanstır (örn., kaza, yaralanma, kötü talih vb.). Ölçeğin sonunda niteliksel değerlendirme için kişinin hastalığının en önemli nedenleri olarak gördüğü üç etkeni yazması da istenmektedir (Kocaman ve ark., 2007).

3.6.3. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

Kim, Hill ve Levine tarafından geliştirilmiştir (Kim et al., 2000). Türkçe geçerlilik güvenilirliğini Karademir ve arkadaşları 2009 yılında yapmıştır. Hill-Bone tedaviye uyum ölçeği üç önemli davranışsal etki için hasta davranışlarını değerlendirir. Bu ölçeğin üç alt ölçeği 14 maddeden oluşmaktadır. Her madde dörtlü likert tipi bir ölçektir. Sorularda hiçbir zaman dışındaki yanıtları bir tarafta diğer şıkları (bazen, her zaman gb.) ayrı bir grup altında toplanır ve hiçbir zaman yanıtını tüm (medikal uyum skalası-9 soru) sorularda veren grubu tam uyumlu olarak değerlendirilir (Karademir ve ark 2009). Ülkemizde randevu sistemi olmadığı için görüşme alt ölçeği değerlendirme dışında bırakılmıştır. Medikal uyum, beslenme uyumu ve ölçek toplam uyumu değerlendirilmiştir.

3.6.4. KISA FORM 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form 36 – SF 36)

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Ware 1992).

Ölçek 36 maddeden oluşmaktadır ve bunlar 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol

kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) (43) Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir (Ware 1992, Koçyiğit 1999).

Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) yapılmaktadır; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir (Ware 1992, Koçyiğit 1999). Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. SF-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

3.6.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 1987 yılında Pender, Walker, Sechrist tarafından geliştirilmiştir. Ölçek Pender tarafından 1987 yılında geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modelini test etmek için geliştirilmiştir. Ölçek Türkiye'de 1997 yılında Nihal Esin tarafından Türk toplumuna uyarlanmıştır (Esin 1999).

Toplam olarak 48 maddeden oluşmuştur. Altı alt grubu vardır. Alt grupları kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir.

Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Gruplarının Madde Sayısı, Toplam Puanları (Minimum – Maksimum) ve Alt Boyutlarının Güvenirlik Katsayısı

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)	Madde Sayısı	Toplam Puanları (Minimum - Maksimum)	α Değerleri
Kendini Gerçekleştirme	13	13-52	0,94
Sağlık Sorumluluğu	10	10-40	0,81
Egzersiz	5	5-20	0,80
Beslenme	6	6-24	0,75
Stres Yönetimi	7	7-28	0,70
Kişiler Arası Destek	7	7-28	0,80
SYBDÖ Toplam	48	48-192	0,92

(Esin MN. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. HemşirelikBülteni, 1999; 2(45): 87-96)

Kendini gerçekleştirme alt grubu: Bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

Sağlık sorumluluğu alt grubu: Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Egzersiz alt grubu: Sağlıklı yaşamın değişmez bir öğesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

Besleme alt grubu: Bireyin ğnlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

Kişilerarası destek: Bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

Stres yönetimi: Bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları leğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4'l likert tipi ölçek üzerine yapılır. 'Hiçbir zaman yanıtı için ' 1, 'Bazen' yanıtı için 2, 'Sık sık' yanıtı için 3, 'Düzenli olarak ' yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Kendini gerçekleştirme alt grubu için en düşük puan 13, en yüksek puan 52'dir. Sağlık sorumluluğu alt grubu için en düşük puan 10, en yüksek puan 40'dır. Egzersiz alt grubu için en düşük puan 5, en yüksek puan 20'dir. Beslenme alt grubu için en düşük puan 6, en yüksek puan 24'tür. Kişilerarası destek ve stres yönetimi alt grupları için en düşük puan 7, en yüksek puan 28'tir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından oluşmuştur. Alt grupların madde sayıları ve madde numaraları aşağıda belirtilmiştir.

Kendini Gerçekleştirme: (13 madde) 3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. Maddeler;

Sağlık Sorumluluğu: (10 madde) 2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. maddeler;

Egzersiz: (5 madde) 4, 13, 22, 30, 38. maddeler;

Beslenme: (6 madde) 1,5, 14, 19, 26, 35. maddeler; Kişilerarası Destek: (7 madde) 10, 18, 24, 25, 31, 39, 47. maddeler;

Stres Yönetimi: (7 madde) 6, 14, 27, 36, 40, 41, 45. maddeler;

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: (48 madde) 1'den 48'e kadar.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Hastaların bireysel hastalık özellikleri bağımsız değişken, hastalık algısı ölçeği, Hill Bone tedaviye uyum ölçeği, sf- 36 yaşam kalitesi ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimleri ölçeği puanları bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir.

Kan basıncı ölçümünde EHS/ECS 2007 Kılavuzundaki kan basıncı değerleri göz önünde bulundurulmuştur.

ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 Kılavuzuna göre:

Optimum <120 ve <80

Normal 120–129 ve/veya 80–84

Yüksek normal 130–139 ve/veya 85–89

1. derece hipertansiyon 140–159 ve/veya 90–99

2. derece hipertansiyon 160–179 ve/veya 100–109

3. derece hipertansiyon ≥ 180 ve/veya ≥ 110

İzole sistolik hipertansiyon ≥ 140 ve < 90 olarak tanımlanmaktadır.

Beden kitle indeksi ölçümleri hastaların boy ve kiloları alınarak bilgisayar üzerinde hesaplanmıştır ve dünya sağlık örgütünün sınıflandırması göz önünde bulundurulmuştur.

WHO, BKİ'yi dört kategoride tanımlamıştır.

BKİ < 19 kg/m² olanlar zayıf,

19–24.9 kg/m² arasında olanlar normal,

25–29.9 kg/m² arasında olanlar sisman,

30–34.9 kg/m² arasında olanlar 1. derecede obez,

35–39.9 kg/m² arasında olanlar 2. derecede obez

40 kg/m² ve üzerindeki 3. derecede obez olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için Statistical Package for social Sciences (SPSS) 17.0 programından yararlanılmıştır. Bağımlı değişkenin hastalık algısı ölçeği ve Hill Bone tedaviye uyum ölçeği olduğu analizler normal dağılım göstermediği için nonparametrik testler olan Kruskal Wallis ve Mann Whitney U testleri yapılmıştır ayrıca Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği ve Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puanları normal dağılım gösterdiği için parametrik testler olan One-way ANOVA analizi, bağımsız gruplarda T testi ve pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenler arasında ki-kare analizi yapılmış, ortalama, standart sapma ve yüzdelerin hesaplanması yapılmıştır.

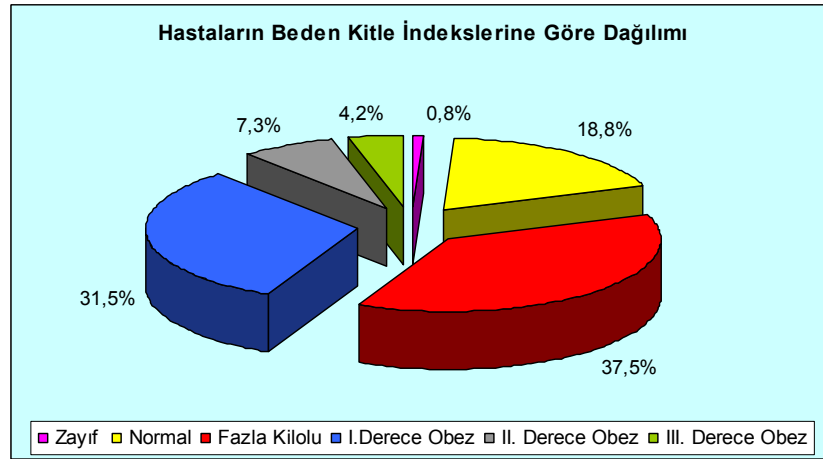
4. BULGULAR

4.1. Sosyo demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 7. Sosyo-demografik özellikler

Sosyodemografik Özellikler	n	%	
Yaş	50 ≤	17	10,3
	51-60	43	26,1
	61-70	47	28,5
	71-80	40	24,2
	81 ≥	18	10,9
Cinsiyet	Kadın	105	63,6
	Erkek	60	36,4
Medeni Durum	Evli	117	70,9
	Bekar	48	29,1
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Yok	20	12,1
	Okur Yazar- İlköğretim	107	64,8
	Ortaöğretim	26	15,8
	Yükseköğretim	12	7,3
Sosyal Güvence	Var	163	98,8
	Yok	2	1,2
Meslek	Memur	9	5,5
	Serbest Meslek	8	4,8
	Ev Hanımı	92	55,8
	Emekli	55	33,3
	Diğer	1	0,6
Toplam	165	100	

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $65,21 \pm 11,77$ dir, 61 - 70 yaş örneklemin % 28.5 ini 61-70 yaş arası hastalaroluşturmaktadır. Hastaların cinsiyetine göre dağılımına bakıldığında hipertansiyon tanısı alan hastaların çoğunun (n=105, %63,6) kadın olduğu görülmektedir. Diğer sosyo demografik özelliklere bakıldığında hastaların % 70,9' nun evli olduğu, eğitim durumlarına bakıldığında hastaların %64,8 İnin okur yazar- ilköğretim mezunu olduğu, % 98,8' nin bir sosyal güvenceye sahip olduğu ve %33,3 nün emekli olduğu görülmektedir.



Grafik 2. Hastaların Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan hipertansiyon hastalarının beden kitle indeksine göre dağılımlarına bakıldığında hastaların % 37,58'inin şişman, %31,52'sinin 1. Derece obez olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Zararlı alışkanlıkların cinsiyete göre dağılımı

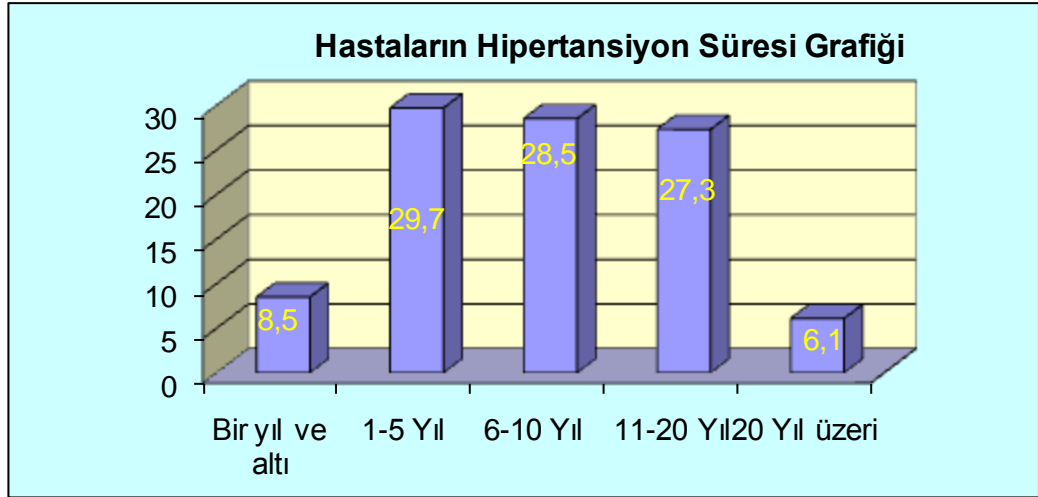
Cinsiyet	Zararlı Alışkanlıklar					
	Yok		Sigara		Alkol	
	n	%	n	%	n	%
Kadın	100	95,2	5	4,8	0	0,0
Erkek	46	76,7	12	20,0	2	3,3
Toplam	146	88,5	17	10,3	2	1,2

Hastaların cinsiyete göre zararlı maddeleri kullanma durumları incelendiğinde kadınların % 95,2'sinin herhangi bir zararlı alışkanlığının olmadığı ve erkek hastaların ise sadece %20,0' sinin sigara kullandığı görülmektedir.

Tablo 9. Diğer Hastalıkların Dağılımı (n=165)

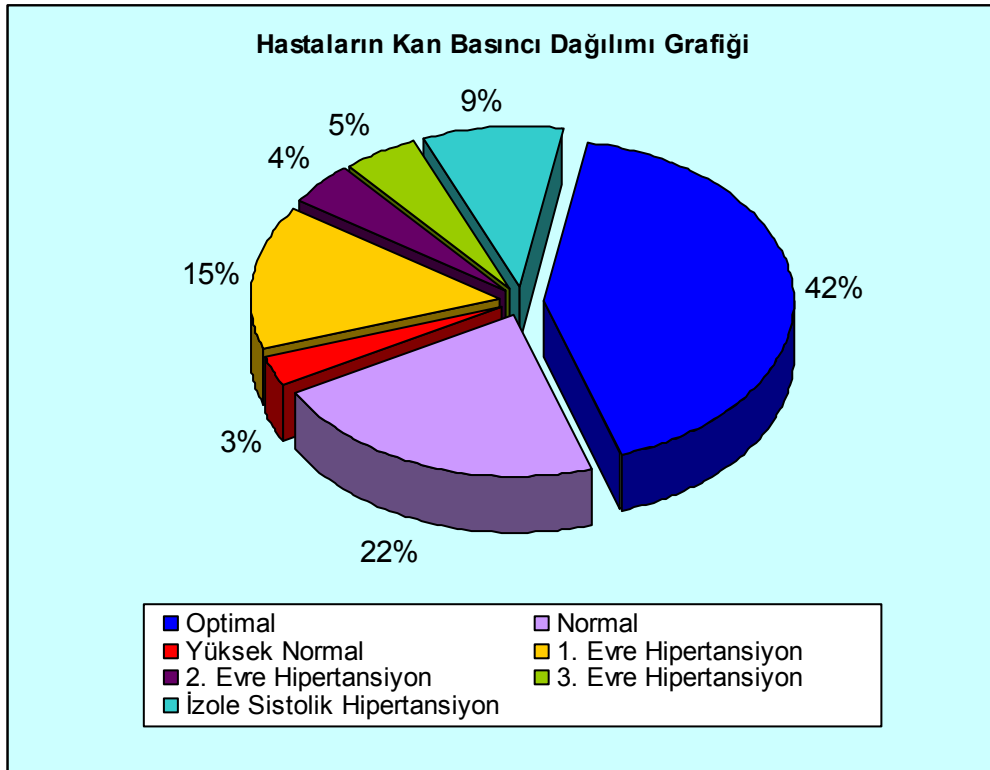
Diğer Hastalıklar	Var		Yok	
	n	%	N	%
DM	46	27,9	119	72,1
KKH	29	17,6	136	82,4
Tiroid Bezi Hastalık	15	9,1	150	90,9
Hiperlipidemi	35	21,2	130	78,8
Akciğer Hast.	10	6,1	155	93,9
Diğer Hast.	10	6,1	155	93,9

Araştırmamıza katılan hastalarının %54,5'inde hipertansiyondan başka hastalıkların var olduğu görüldü. Bu % 54,5'lik grupta yer alan hastaların %27,9'unda DM, %17,6'sında KKH ve %21,2'sinde hipertansiyona eşlik hiperlipidemi olduğu anlaşılmıştır.



Grafik 3. Hastaların hipertansiyon süresine göre dağılımı.

Araştırmaya katılan 165 hastaların %29,7'si 1-5 yıl, %28,5'i 6-10 yıl ve %27,3'ü 11-20 yıldır hipertansiyon hastası olduğunu ifade etmişlerdir.



Grafik 4. Hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımı.

Kan basıncı değerlerine bakıldığında hastaların %42'sinin kan basıncı optimum düzeyde, %22'sinin normal düzeyde, %9'unun izole sistolik hipertansif olduğu belirlenmiştir.

Tablo 10. Kan basıncını kontrol etmek için kullanılan alternatif yöntemlerin değerlendirilmesi.

SORULAR	CEVAPLAR	
	n	%
Alternatif tedavi kullanıyor musunuz?	Evet	15 9,1
	Hayır	150 90,9
	Toplam	165 100
Hangi yöntemi kullanıyorsunuz?	Limon Suyu	10 66,7
	Yeşil Çay	2 13,4
	Zeytin Yaprağı Suyu	1 6,7
	Maydanoz Suyu	1 6,7
	Alıç Çiçeği	1 6,7
	Toplam	15 100
Kullandığınız yöntem kan basıncınızı düzenlemede fayda sağlıyor mu?	Evet	14 93,3
	Hayır	1 6,7
	Toplam	15 100
	Tanıdık	9 60,0
Kim önerdi?	Tv	2 13,3
	Kendi kendime	3 20,0
	Kitap	1 6,7
	Toplam	15 100
Medikal yöntemle kıyasladığınızda sizce hangisi daha etkili?	Medikal Yöntem	5 33,3
	Her ikisinde Etkili	10 66,7
	Toplam	15 100

Araştırmaya katılan hastaların %9,1'i kan basıncını kontrol altına almak için bitkisel yöntemlerde kullanılmaktadır ve bu hastaların % 93,3'ü kullandığı yöntemin kan basıncını kontrol altına aldığını düşünmektedir. Bitkisel yöntem kullananların % 66,7'si limon suyu kullandığını ifade etmişlerdir. Medikal yöntem ve alternatif yöntemin kıyaslanması istendiğinde hastaların % 66,7'si hem medikal hem de bitkisel yöntemin kan basınçlarını kontrol altına almada etkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 11. Hastalara Göre Hipertansiyon Hastası Olma Nedenlerinin Dağılımı

Size göre hastalığınızın nedenleri nelerdir?	1.Neden		2.Neden		3.Neden	
	n	%	n	%	n	%
Stres	125	76,7	-	-	-	-
Kader	5	3,1	15	9,9	-	-
Kişilik Özellikleri	2	1,2	-	-	2	1,5
Diyet Yemek Alışkanlıkları	20	12,3	60	39,5	3	2,2
Kalıtsal	1	0,6	22	14,5	33	24,1
Aile Problemleri	-	-	24	15,8	5	3,6
Aşırı Çalışma	1	0,6	-	-	6	4,4
Benim Tutumum	1	0,6	19	11,5	30	21,9
Kendi Davranışım	2	1,2	8	4,8	31	22,6
Duygusal Durumum	-	-	2	1,2	5	3,6
Sigara	1	0,6	-	-	6	4,4
Yaşlılık	5	3,1	2	1,2	16	11,7
Toplam	163*	100	152*	100	137*	100

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 11'de Hastalara göre hipertansiyon hastası olma nedenlerinin dağılımı gösterilmektedir. Bu soruyu 163 kişi cevaplamıştır. 125 kişi hastalığının

nedenlerinden birinin stres olduğunu, 83 kişi diyet ve yemek alışkanlıklarının 50 kişi ise hastalığının nedeninin kendi tutumları olduğunu ifade etmiştir.

4.2. Hastalık Algısı Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 12. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı.

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Grupları	Yaş Grupları										X ²	p
	50 yaş ≤ (n:17)		51-60 yaş (n:43)		61-70 yaş (n:47)		71-80 yaş (n:40)		81 yaş ≥ (n:18)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Hastalık tipi kimlik	1,41	1,77	2,12	2,79	1,19	1,51	1,55	2,87	1,33	1,75	3,484	0,480
Süre (akut/kronik)	3,71	1,45	3,56	1,75	4,11	1,55	4,30	1,18	3,83	1,29	5,811	0,214
Sonuçlar	1,12	1,36	1,26	1,77	1,81	1,33	1,95	1,24	1,72	1,13	6,306	0,177
Kişisel kontrol	-0,06	1,09	0,07	1,18	-0,09	1,18	0,13	1,38	-0,44	0,78	4,317	0,365
Tedavi kontrolü	-1,24	1,39	-0,49	1,33	-0,49	1,28	-0,10	1,32	-0,39	0,70	7,395	0,116
Hastalığı anlayabilme	-0,35	1,84	-0,40	1,45	0,13	1,48	-0,25	1,48	-0,06	1,35	3,342	0,502
Süre (döngüsel)	-0,88	1,11	-0,47	1,45	-0,77	1,27	-0,65	1,27	-0,39	0,78	3,559	0,469
Duygusal temsiller	-0,29	0,77	-0,14	0,91	-0,11	1,05	-0,18	1,03	-0,22	0,55	1,962	0,743

Tablo 12 hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. HA ölçeğinin alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı arasında fark olup olmadığını değerlendirmek üzere yapılan Kruskal Wallis Varyans analizi sonucunda, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

Tablo 13. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksine göre dağılımı.

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Grupları	Beden Kitle İndeksi										X ²	p		
	Zayıf (n: 1)		Normal (n: 31)		Fazla Kilolu (n: 62)		1. Derece Obez (n: 52)		2. Derece Obez (n: 12)				3. Derece Obez (n: 7)	
	x	sd	x	sd	x	sd	x	sd	x	sd			X	sd
Hastalık tipi kimlik	1,0	-	1,6	1,9	2,2	3,0	1,1	1,7	0,6	0,7	0,4	0,5	9,324	0,097
Süre (akut/kronik)	3,0	-	4,2	1,0	3,9	1,6	3,9	1,6	3,9	1,3	4,0	1,9	2,787	0,733
Sonuçlar	4,0	-	1,7	1,2	1,5	1,5	1,7	1,6	1,8	1,1	1,4	1,8	4,120	0,532
Kişisel kontrol	0,0	-	0,0	1,2	0,0	1,2	-0,1	1,3	0,0	0,9	0,0	0,6	1,461	0,918
Tedavi kontrolü	0,0	-	-0,2	1,5	-0,5	1,3	-0,4	1,2	-0,8	1,1	-0,9	1,1	1,980	0,852
Hastalığı anlayabilme	0,0	-	-0,2	1,2	0,0	1,6	-0,2	1,6	-0,3	1,2	-0,7	1,0	2,282	0,809
Süre (döngüsel)	2,0	-	-0,8	1,3	-0,6	1,3	-0,6	1,2	-0,3	1,2	-0,1	0,9	4,045	0,543
Duygusal temsiller	0,0	-	-0,4	1,1	0,2	1,0	-0,3	0,8	0,2	0,4	-0,4	1,1	6,059	0,301

Tablo 13, hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksine göre dağılımını göstermektedir. HA ölçeği alt boyut skorların beden kitle indeksine göre dağılımı arasında fark olup olmadığını değerlendirmek üzere yapılan Kruskal

Wallis Varyans analizi sonucunda, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 14. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımı.

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Grupları	Cinsiyet						U	p
	Kadın			Erkek				
	n	\bar{x}	Sd	n	\bar{x}	Sd		
Hastalık tipi kimlik	105	1,3	1,8	60	2,0	3,0	3107,0	0,879
Süre (akut/kronik)	105	3,9	1,6	60	4,1	1,4	3045,5	0,716
Sonuçlar	105	1,6	1,4	60	1,6	1,6	3148,5	0,996
Kişisel kontrol	105	0,0	1,2	60	-0,2	1,2	2780,5	0,171
Tedavi kontrolü	105	-0,5	1,4	60	-0,4	1,2	2769,0	0,168
Hastalığı anlayabilme	105	-0,3	1,5	60	0,0	1,5	2885,5	0,355
Süre (döngüsel)	105	-0,6	1,3	60	-0,7	1,2	3003,0	0,579
Duygusal temsiller	105	-0,1	0,9	60	-0,2	1,0	2913,5	0,272

Tablo 14, Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımını göstermektedir. HA ölçeğinin alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımı arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek üzere yapılan Mann-Whitney U testi analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 15. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının eğitim durumlarına göre dağılımı.

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Grupları	Eğitim Durumu									
	Okuma yazma yok (n: 20)		Okuryazar – ilköğretim (n: 107)		Orta öğretim (n: 26)		Yüksek öğretim (n: 12)		X ²	p
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Hastalık tipi kimlik	1,5	1,7	1,3	2,1	2,1	2,9	3,0	3,1	6,384	0,094
Süre (akut/kronik)	4,3	1,2	3,8	1,6	3,8	1,3	4,6	1,6	4,712	0,194
Sonuçlar	1,6	0,9	1,8	1,4	1,0	1,6	1,3	1,9	7,030	0,071
Kişisel kontrol	-0,2	1,1	0,0	1,2	-0,2	1,2	0,0	1,5	0,226	0,973
Tedavi kontrolü	-0,7	1,0	-0,2	1,2	-0,9	1,5	1,3	1,5	7,077	0,069
Hastalığı anlayabilme	-0,6	1,2	0,0	1,5	-0,5	1,4	-0,4	2,3	3,549	0,315
Süre (döngüsel)	0,1	0,2	-0,7	1,3	-0,6	1,2	-1,2	1,7	10,825	0,013
Duygusal temsiller	-0,1	0,2	-0,1	1,3	-0,4	1,2	-0,3	0,7	2,845	0,416

Tablo 15'te hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının eğitim durumlarına göre dağılımı görülmektedir. HA ölçeği alt boyut skorlarının eğitim durumlarına göre dağılımı arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis varyans analizi sonucunda hastalık tipi kimlik, süre (akut/ kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre süre (döngüsel) alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,013 / X^2=10,8$). Eğitim durumu ile Süre (döngüsel) alt boyut skorları arasında çıkan bu fark Mann Whitney U testi yapılarak eğitim durumu

“okuma yazması yok ” olan grup ile eğitim durumu “okuryazar- ilköğretim” olan grubun ($p=0,000 / U=707,5$), eğitim durumu “okuma yazması yok” olan grup ile eğitim durumu “orta öğretim” olan grubun ($p=0,000 / U=144,5$), ve eğitim durumu “okuma yazması yok” olan grup ile eğitim durumu “yükseköğretim” olan ($p=0,000 U=58,5$) grup arasındaki farkların tümünün istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 16. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımı.

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Grupları	Medeni Durum							
	Evli				Bekar			
	n	\bar{x}	Sd	n	\bar{x}	Sd	U	p
Hastalık tipi kimlik	117	1,7	2,6	48	1,1	1,5	2620,000	0,479
Süre (akut/kronik)	117	4,1	1,5	48	3,6	1,5	2472,500	0,215
Sonuçlar	117	1,5	1,6	48	1,9	0,9	2667,000	0,600
Kişisel kontrol	117	0,0	1,3	48	0,0	0,9	2619,500	0,460
Tedavi kontrolü	117	-0,5	1,4	48	-0,4	1,0	2644,000	0,530
Hastalığı anlayabilme	117	-0,2	1,6	48	0,0	1,2	2501,000	0,255
Süre (döngüsel)	117	-0,7	1,4	48	-0,4	0,9	2457,000	0,161
Duygusal temsiller	117	-0,3	1,0	48	0,1	0,5	2284,500	0,010

Tablo 16’da hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımı görülmektedir. HA ölçeği alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımları arasındaki anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testi analizi sonucunda, HA ölçeği hastalık tipi kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Medeni duruma göre duygusal temsiller alt boyut skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,010 / U=2284,500$).

Tablo 17. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı gruplarına göre dağılımı.

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Grupları	Kan Basıncı Grubu															
	Optimal (n: 70)		Normal (n: 36)		Yüksek Normal (n: 5)		1.Evre HT (n: 24)		2.Evre HT (n: 7)		3.Evre HT (n: 8)		İzole Sistolik HT (n: 15)		X ²	P
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Hastalık tipi kimlik	1,3	2,1	1,8	2,5	3,4	5,9	1,0	1,1	2,1	2,5	2,1	2,9	1,7	1,8	3,328	0,767
Süre (akut/kronik)	3,9	1,5	4,1	1,5	4,4	0,9	3,8	1,6	3,7	2,0	4,8	1,4	3,5	1,4	5,597	0,470
Sonuçlar	1,6	1,3	1,6	1,6	2,2	0,4	2,0	1,3	1,6	1,4	1,9	0,8	0,7	1,9	6,023	0,421
Kişisel kontrol	-0,1	1,3	0,1	1,0	0,0	1,5	-0,4	0,7	-0,3	1,4	0,0	0,5	0,1	1,5	5,722	0,455
Tedavi kontrolü	-0,4	1,5	-0,3	1,0	-1,0	1,0	-0,3	0,8	-0,7	1,5	-1,5	0,8	-0,3	1,6	12,500	0,052
Hastalığı anlayabilme	-0,1	1,5	-0,2	1,6	-0,6	1,1	-0,1	1,1	-0,4	1,5	-0,3	1,0	-0,1	2,2	1,356	0,969
Süre (döngüsel)	-0,6	1,3	-0,7	1,2	-1,2	1,1	-0,4	1,2	-0,3	0,8	-0,5	0,9	-100,0	1,6	3,618	0,728
Duygusal temsiller	-0,1	0,8	-0,3	1,0	0,0	0,0	-0,1	0,9	-0,1	0,4	-0,3	0,7	-0,1	1,6	0,689	0,995

Tablo 17’de hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı gruplarına göre dağılımı görülmektedir. HA ölçeğinin alt boyut skorlarının kan basıncı

gruplarına göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını değerlendirmek üzere yapılan Kruskal Wallis varyans analizi sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 18. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımı.

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Grupları	Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı												X ²	p		
	Hiç Ölçtürmem (n:3)		Arada Sırada (n:78)		Her gün (n:10)		Doktora Gidince (n:13)		Kendimi Kötü Hissedince (n:9)		Haftada Bir (n:38)				Ayda bir (n:14)	
	\bar{X}	Sd	\bar{X}	Sd	\bar{X}	Sd	\bar{X}	Sd	\bar{X}	Sd	\bar{X}	Sd			\bar{X}	Sd
Hastalık tipi kimlik	0,0	0,0	1,3	2,0	2,6	2,2	0,8	1,1	1,6	3,6	1,6	2,2	3,1	3,6	15,458	0,017
Süre (akut/kronik)	2,7	1,5	3,9	1,6	4,3	1,3	3,9	1,8	4,1	0,8	4,0	1,1	3,9	2,1	3,314	0,769
Sonuçlar	1,3	2,1	1,6	1,4	1,4	1,3	1,8	1,2	2,1	0,9	1,6	1,4	1,5	2,2	1,796	0,937
Kişisel kontrol	0,3	2,5	-0,1	1,0	-0,7	1,2	-0,5	0,8	-0,3	0,7	0,2	1,4	0,4	1,6	7,158	0,306
Tedavi kontrolü	0,0	0,0	-0,3	1,2	-1,7	1,5	-0,5	1,6	-0,3	1,3	-0,5	1,0	-0,2	1,6	10,124	0,120
Hastalığı anlayabilme	0,0	1,0	-0,2	1,3	-0,1	2,2	-0,1	1,7	0,4	0,9	-0,3	1,7	-0,5	1,9	3,729	0,713
Süre (döngüsel)	0,0	0,0	-0,4	1,0	-0,4	1,6	-0,8	1,8	-0,4	0,9	-1,1	1,3	-1,1	1,5	10,614	0,101
Duygusal temsiller	0,3	5,8	-0,2	0,9	-0,1	0,3	-0,5	1,3	0,2	0,7	-0,1	1,1	-0,4	0,7	5,395	0,494

Tablo 18, hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığı gruplarına göre dağılımını göstermektedir. HA ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans analizi sonucunda, kan basıncı ölçtürme sıklığına göre süre (akut/ kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller alt grup skorları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kan basıncı ölçtürme sıklığına göre hastalık tipi kimlik alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=15,458 / p=0,017$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; “kan basıncını hiç ölçtürmem” diyen grupla “her gün ölçtürürüm” diyen grup ($U=3,000 / p=0,036$), “kan basıncını hiç ölçtürmem” diyen grupla “kan basıncını haftada bir ölçtürürüm” diyen grup ($U=16,500 / p=0,033$), yine “kan basıncını hiç ölçtürmem” diyen grupla “ayda bir ölçtürürüm” diyen grup ($U=6,000 / p=0,049$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca “kan basıncını arada sırada ölçtürürüm” diyen grupla “kan basıncını her gün ölçtürürüm” diyen grup ($U=234,000 / p=0,031$), “kan basıncını arada sırada ölçtürürüm diyen grupla” kan basıncını “ayda bir ölçtürürüm” diyen grup ($U=343,500 / p=0,021$) ve kan basıncını “her gün ölçtürürüm” diyen grupla kan basıncını “doktora gelince ölçtürürüm” diyen

grup ($U=33,500 / p=0,040$) arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluştuğu görülmüştür.

Tablo 19. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının kontrole gitme sıklığına göre dağılımı.

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Grupları	Kontrole Gitme Sıklığı													
	Ayda Bir (n:35)		Üç Ayda Bir (n:57)		Altı Ayda Bir (n:21)		Yılda Bir (n:23)		Hiç Gitmem (n:24)		Diğer (n:5)		X ²	p
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Hastalık tipi kimlik	1,7	2,6	1,8	2,3	1,7	2,8	1,8	2,6	0,7	0,9	0,4	0,5	8,884	0,114
Süre (akut/kronik)	4,4	1,2	3,9	1,4	4,0	1,9	3,6	1,9	3,8	1,3	3,0	1,4	5,532	0,354
Sonuçlar	2,0	1,3	1,7	1,4	1,2	1,7	1,3	1,4	1,5	1,6	1,2	1,3	5,522	0,356
Kişisel kontrol	-0,1	1,4	-0,1	1,1	-0,1	1,4	0,1	1,3	0,1	1,1	-0,4	0,5	1,418	0,922
Tedavi kontrolü	-0,9	1,2	-0,5	1,3	-0,4	1,3	-0,2	1,4	-0,1	1,4	-0,4	0,5	5,149	0,398
Hastalığı anlayabilme	-0,7	1,8	0,1	1,4	-0,1	0,8	-0,2	1,6	-0,3	1,6	0,4	0,5	6,106	0,296
Süre (döngüsel)	-0,6	1,3	-0,6	1,2	-0,8	1,4	-0,5	1,2	-0,8	1,3	0,0	1,4	2,526	0,773
Duygusal temsiller	-0,1	0,9	-0,4	1,0	0,3	0,8	-0,4	0,9	0,0	1,0	0,0	0,0	15,539	0,008

Tablo 19, Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının kontrole gitme sıklığına göre dağılımını göstermektedir. HA ölçeği alt boyut skorlarının kontrole gitme sıklığına göre dağılımları arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını değerlendirmek üzere yapılan Kruskal Wallis analizi sonucunda hastalık tipi kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve süre (döngüsel) alt grup skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kontrole gitme sıklığına göre duygusal temsiller alt grup skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=15,539 p=0,008$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; “ayda bir kontrole giden” grupta “altı ayda bir” kontrole giden grup ($U=272,500 p=0,030$), kontrole “üç ayda bir” giden grupta “altı ayda bir” giden grup ($U=385,500 / p=0,001$) ve kontrole “altı ayda bir” giden grupta “hiç gitmeyen” grup arasındaki ($U=144,000 / p=0,009$) farkların tümünün istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 20. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımı.

Hastalık Algısı Ölçeği Alt Grupları	Hipertansiyon süresi										X ²	p
	1 Yıl ve Altı (n: 14)		1-5 yıl (n: 49)		6-10 Yıl (n: 47)		11-20 Yıl (n: 45)		20 Yıl ve üzeri (n: 10)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Hastalık tipi kimlik	0,7	0,9	1,8	2,6	1,2	1,9	2,0	2,7	1,4	1,3	4,527	0,339
Süre (akut/kronik)	3,4	1,2	4,2	1,7	3,9	1,5	3,9	1,5	4,0	1,2	4,334	0,363
Sonuçlar	1,8	0,9	1,3	1,5	1,9	1,4	1,5	1,5	2,1	1,3	5,493	0,240
Kişisel kontrol	-0,2	0,8	0,0	1,2	0,1	1,2	0,0	1,4	-0,5	0,7	3,209	0,522
Tedavi kontrolü	-0,5	0,8	-0,6	1,4	-0,3	1,1	-0,6	1,4	0,0	1,8	4,104	0,392
Hastalığı anlayabilme	0,1	1,2	-0,1	1,5	0,2	1,4	-0,8	1,5	0,0	1,6	9,027	0,060
Süre (döngüsel)	-0,6	1,0	-0,6	1,3	-0,6	1,0	-0,9	1,3	0,2	1,8	6,717	0,152
Duygusal temsiller	-0,1	0,5	-0,1	0,7	-0,2	1,0	-0,1	0,9	-0,5	1,7	0,645	0,958

Tablo 20, Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımını göstermektedir. HA ölçeği alt boyut skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımları arasında anlamlı fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis analizi sonucunda, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 21. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksi ve yaş ile ilişkisi.

Hastalık Tipi Kimlik	Süre (akut/kronik)		Sonuçlar		Kişisel Kontrol		Tedavi Kontrolü		Hastalığı Anlayabilme		Süre (döngüsel)		Duygusal Temsiller			
	r	p	r	p	r	P	r	p	r	P	r	p	r	p		
Beden Kitle İndeksi	-0,140	0,073	-0,44	0,575	0,004	0,961	0,014	0,861	-0,087	0,264	-0,084	0,284	0,118	0,132	0,032	0,686
Yaş	-0,08	0,29	0,12	0,11	0,15	0,04	-0,03	0,66	0,21	0,00	0,04	0,54	0,00	0,99	0,02	0,75

Tablo 21’de hastalık algısı ölçeğinin alt boyut skorlarının beden kitle indeksi ve yaş ile ilişkisini gösteren Pearson korelasyon analizi sonuçları görülmektedir. Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorları ile beden kitle indeksi ve yaş arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre ölçek alt boyut skorları ile beden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p >0,05$). Ölçek “sonuçlar” alt boyut skoru ile yaş arasında pozitif yönlü ancak çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,15/p=0,04$). Ölçek tedavi kontrolü skoru ile yaş arasında da pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,21/ p=0,00$).

4.3. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Skorlarına ilişkin Bulgular

Tablo 22. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin yaş gruplarına göre dağılımı.

Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum ölçeği	Yaş										X ²	P
	50 yaş ≤ (n: 57)		51-60 yaş (n: 43)		61-70 yaş (n: 47)		71-80 yaş (n: 40)		81 yaş ≥ (n: 18)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Total skor	5,3	3,6	5,0	6,1	4,4	5,2	4,5	4,0	4,7	4,5	2,073	0,722
Beslenme skor	1,9	1,2	2,0	2,1	1,5	1,7	1,3	2,0	1,4	1,8	6,548	0,162
Medikal skor	3,4	3,5	3,1	4,9	2,9	4,4	3,3	3,4	3,2	3,3	1,688	0,793

Tablo 22, Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. HBHTU ölçeği alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis analizi onucuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 23. Hill Bone Tedavisine Uyum Ölçeğinin beden kitle indeksi göre dağılımı.

HBHTU Skorları	Beden Kitle İndeksi												X ²	p
	Zayıf (n: 1)		Normal (n: 31)		Şişman (n: 62)		1. Derece Obez (n: 52)		2. Derece Obez (n: 12)		3. Derece Obez (n: 7)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Total Skor	9,0	-	4,5	4,8	5,2	4,3	4,3	4,7	2,0	2,9	8,3	11,0	11,441	0,043
Beslenme Skor	3,0	-	1,4	1,6	1,7	1,7	1,8	2,2	0,8	1,2	1,9	2,3	4,604	0,466
Medikal Skor	6,0	-	3,2	4,7	3,5	3,5	2,5	3,5	1,3	1,9	6,4	9,4	11,070	0,050

Tablo 23, HBHTU ölçeğinin alt boyut skorlarının beden kitle indeksi gruplarına göre dağılımını göstermektedir. HBHTU Ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksi gruplarına göre dağılımı arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans analizinde beslenme alt boyut skoru ile medikal skor arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Beden kitle indeksine göre ölçek total skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=11,441/p=0,043$). Bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testleri sonucunda beden kitle indeksine göre “fazla kilolu” olan grup ile beden kitle indeksine göre “2. derece obez” olan grup ($U=184,000/p=0,001$), “1. derece obez” olan grup ile “2. derece obez” olan grup ($U=188,500/p=0,032$) ve “2. derece obez” olan grup ile “3. derece obez” olan grup arasındaki ($U=14,500/p=0,019$) farkların tümünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 24. Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin cinsiyete göre dağılımı.

HBHTU Skorları	Cinsiyet						U	p
	Kadın			Erkek				
	n	\bar{x}	Sd	n	\bar{x}	Sd		
Total Skor	105	4,03	3,87	60	5,88	6,22	2573,500	0,050
Beslenme Skor	105	1,36	1,76	60	2,00	1,94	2549,500	0,034
Medikal Skor	105	2,67	3,34	60	3,88	5,10	2727,5000	0,146

Tablo 24, Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeğinin alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımını göstermektedir. HBHTU ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında yapılan Mann Whitney U testi analizine göre ölçek total skor alt boyutu ve medikal skor alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Cinsiyet ile Beslenme alt boyut skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,034 / U=2549,500$).

Tablo 25. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının eğitim durumuna göre dağılımı.

HBHTU Skorları	Eğitim Durumu								X ²	p
	Okuma yazma yok (n: 20)		Okuryazar- İlköğretim (n: 107)		Orta öğretim (n: 26)		Yüksek öğretim (n:12)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Beslenme Skor	1,9	2,4	1,3	1,7	2,2	1,9	2,8	1,1	17,696	0,001
Medikal Skor	2,6	2,0	3,3	4,8	3,2	3,0	1,8	1,6	1,329	0,722
Total Skor	4,5	3,7	4,6	5,6	5,4	3,5	4,7	2,4	4,996	0,172

Tablo 25, HBHTU ölçek skorlarının eğitim durumuna göre dağılımını göstermektedir. HBHTU ölçeği alt boyut skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans analizi sonucunda HBHTU ölçeği Medikal alt boyut ve Total Skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumuna göre beslenme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,00$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; “okuma yazması olmayan” grup ile eğitim durumu “yüksek öğretim” olan grubun ($p=0,02 / U=64,00$), eğitim durumu “okuryazar- ilköğretim” olan grup ile “orta öğretim” olan grubun ($p=0,01 / U=959,00$) ve eğitim durumu “okuryazar-ilköğretim” olan grup ile “yüksek öğretim” olan grup arasındaki ($p=0,00 / U=237,00$) farkların tümünün istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır.

Tablo 26. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının hastaların medeni durumlarına göre dağılımı.

HBHTU Skorları	Medeni Durum							
	Evli			Bekar			U	p
	n	\bar{x}	Sd	n	\bar{x}	Sd		
Total Skor	117	5,24	5,36	48	3,39	3,33	2213,500	0,032
Beslenme Skor	117	1,72	1,86	48	1,27	1,80	2383,500	0,112
Medikal Skor	117	3,52	4,55	48	2,12	2,43	2345,000	0,092

Tablo 26, HBHTU ölçek skorlarının hastaların medeni durumlarına göre dağılımını göstermektedir. HBHTU ölçek skorlarının medeni duruma göre dağılımları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi analizine sonucunda; beslenme alt boyut skoru ve medikal uyum skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0,05$). Medeni duruma göre Total uyum skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,032 / U=2213,500$).

Tablo 27. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımı.

HBHTU Skorları	Kan Basıncı														X ²	P
	Optimal		Normal		Yüksek Normal		1.Evre Ht		2.Evre Ht		3.Evre Ht		İzole Sistolik Ht			
	(n= 70)	(n= 36)	(n= 5)	(n= 24)	(n= 7)	(n= 8)	(n= 15)									
Total Skor	3,5	4,0	4,5	3,1	5,0	3,7	5,3	3,8	4,4	3,2	7,9	8,0	8,3	9,3	13,419	0,037
Beslenme Skor	1,4	1,6	1,7	1,9	0,4	0,9	1,9	2,2	1,0	1,8	2,4	1,9	2,1	2,1	8,252	0,220
Medikal Skor	2,1	3,4	2,8	2,5	4,6	3,8	3,4	3,3	3,4	2,4	5,5	6,5	6,2	7,6	17,647	0,007

Tablo 27, HBHTU ölçeği skorlarının kan basıncına göre dağılımını göstermektedir. HBHTU ölçeği skorlarının kan basıncına göre dağılımları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans analizinde kan basıncına göre total uyum skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($X^2=13,419 p=0,037$). Total uyum alt boyut skorları arasında bulunan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testi analizi sonucunda kan basıncı “optimal” olan grup ile kan basıncı “normal” olan grup ($p=0,027 U=930,500$), kan basıncı “optimal” olan grup ile “1. Evre hipertansiyon” olan grup arasında ($P=0,019 U=571,500$), kan basıncı “optimal” olan grup ile “3. evre hipertansiyon” olan grup arasında ($p=0,014 U=132,000$) ve kan basıncı “optimal” olan grup ile “izole sistolik hipertansiyon” olan grup arasındaki ($p=0,047 U=354,500$) farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kan basıncına göre Medikal uyum skorları arasında da anlamlı bir fark

bulunmaktadır ($X^2=17,647$ $p=0,007$). Medikal uyum alt boyut skorları arasında bulunan bu farkın kaynağı Mann Whitney U analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Buna göre kan basıncı “optimal” olan grup ile “normal” olan grup arasında ($p=0,025$ $U=932,000$), kan basıncı “optimal” olan grup ile “1. Evre hipertansiyon” olan grup arasında ($p=0,010$ $U=548,000$), kan basıncı “optimal” olan grup ile “3.evre hipertansiyonu” olan grup arasında ($p=0,010$ $U=128,500$) ve kan basıncı “optimal” olan grup ile “izole sistolik hipertansiyonu” olan grubu arasındaki ($p=0,024$ $U=335,500$) farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlar farkın kaynağının kan basıncı optimal olan grup olduğunu ve bu grubun skorlarının diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğunu göstermektedir.

Tablo 28. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığı gruplarına göre dağılımı.

HBHTU Skorları	Kan Basıncı Öltürme Sıklığı														X ²	p
	Hiç Öltürmem (n= 3)		Arada Sırada (n= 78)		Her gün (n= 10)		Doktora Gidince (n= 13)		Kendimi Kötü Hissedince (n= 9)		Haftada Bir (n= 38)		Ayda bir (n= 14)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Total Skor	13,7	8,6	4,9	5,5	5,1	3,6	3,2	3,2	3,8	6,8	3,8	3,3	6,1	3,7	13,913	0,031
Beslenme Skor	1,7	2,9	1,8	2,0	2,6	2,5	1,3	1,4	0,0	0,0	1,4	1,4	1,8	1,6	14,321	0,026
Medikal Skor	12,0	6,0	3,1	4,3	2,5	2,8	1,9	2,8	3,8	6,8	2,4	2,7	4,4	3,5	13,212	0,040

Tablo 28, HBHTU ölçeğinin alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımını göstermektedir. HBHTU ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre kan basıncı ölçtürme sıklığına göre total uyum alt boyut skoru, beslenme alt boyut skoru ve medikal uyum alt boyut skorları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda kan basıncını “hiç ölçtürmem” diyen grupla sırasıyla “arada sırada ölçtürürüm” ($p=0,020$ / $U=28,500$), “her gün ölçtürürüm” ($p=0,049$ / $U=3,000$), “doktora gelince ölçtürürüm” ($p=0,01$ / $U=1,500$), “kendimi kötü hissedince” ($p=0,03$ / $U=2,500$) ve “haftada bir ölçtürürüm” ($p=0,01$ / $U=9,500$) diyen grupların skorları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca total uyum skoru ile kan basıncı ölçtürme sıklığı grupları arasında yapılan Mann Whitney U testleri sonunda kan basıncını “ayda bir” ölçtürürüm diyen grupla sırasıyla “oktora gelince” ($p=0,033$ / $U=47,500$), “kendimi kötü hissedince” ($p=0,039$

U=30,500) ve “haftada bir” ölçtürürüm (p=0,035 / U=164,500) diyen gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kan basıncını ölçtürme sıklığına göre Beslenme uyum alt boyut skorları arasında Kruskall Wallis analizi sonucu anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=14,321$ / p=0,026). Beslenme uyumu alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığı göre aralarındaki farkın Mann Whitney U testi yapılarak Kendimi kötü hissedince ölçtürürüm grubuyla sırasıyla arada sırada grubu (p=0,002 / U=139,500), her gün ölçtürürüm (p=0,000 / U=0,000), doktora gelince ölçtürürüm (p=0,005 / U=22,500) ve ayda bir ölçtürürüm diyen grup (p=0,002 / U=18,000) arasında olduğu saptanmıştır.

Kan basıncı ölçtürme sıklığına göre Medikal uyum alt boyut skorları arasında yapılan Kruskall Wallis analizi sonucu anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=13,212$ p=0,040). Mann Whitney U testleri sonuçların göre “hiç ölçtürmem” diyen grupla sırasıyla “arada sırada” (p=0,003 / U=14,000), “her gün” (p=0,016 / U=1,000), “haftada bir” (p=0,007 / U=4,500) ve “ayda bir” ölçtürürüm grubu (p=0,032 / U=4,000) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca “haftada bir” ölçtürürüm diyen grupla “ayda bir” ölçtürürüm diyen grup arasında da (p=0,038 / U=167,000) anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

Tablo 29. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının kontrole gitme sıklığına göre dağılımı.

HBHTU Skorları	Kontrolle Gitme Sıklığı												X ²	p
	Ayda Bir (n: 35)		Üç Ayda Bir (n: 57)		Altı Ayda Bir (n: 21)		Yılda Bir (n: 23)		Hiç Gitmem (n: 24)		Hastalanınca (n: 5)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Total Skor	4,3	3,4	4,1	3,3	4,3	5,0	5,5	6,0	5,8	7,1	7,0	10,3	0,938	0,967
Beslenme Skor	1,6	2,1	1,4	1,5	2,0	1,6	1,7	1,8	1,6	2,4	0,8	1,8	4,965	0,420
Medikal Skor	2,7	2,9	2,6	2,6	2,3	4,0	3,8	4,7	4,1	5,9	6,6	9,6	3,573	0,612

Tablo 29, Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeğinin alt boyut skorlarının kontrole gitme sıklığına göre dağılımını göstermektedir. Kontrolle gitme sıklığına göre Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut skorları arasında yapılan Kruskall Wallis Varyans analizinde skorlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 30. Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımı.

HBHTU Skorları	Hipertansiyon Süresi										X ²	p
	1 Yıl ve Altı (n= 14)		1-5 yıl (n= 49)		6-10 Yıl (n= 47)		11-20 Yıl (n=45)		20 Yıl ve üzeri (n= 10)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Total Skor	4,1	3,5	6,5	6,7	3,5	3,1	4,8	4,5	2,0	2,4	10,936	0,027
Beslenme Skor	1,3	1,7	1,9	1,9	1,3	1,5	1,8	2,3	0,7	1,1	4,990	0,288
Medikal Skor	2,9	3,5	4,6	5,5	2,2	2,6	3,0	3,9	1,3	1,6	10,302	0,036

Tablo 30, Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeğinin alt boyut skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımını göstermektedir. Kruskal Wallis Varyans analizinde hipertansiyon süresine göre beslenme alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hipertansiyon süresine göre Total uyum alt boyut skorları ($X^2=10,936$ $P=0,027$) ve medikal uyum alt boyut skorları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Hipertansiyon süresine göre Total uyum skorları arasındaki bu farkın kaynağı Mann Whitney U testi yapılarak değerlendirilmiştir. HT süresi “1-5 yıl” olan grup ile “6-10 yıl” olan grup ($p=0,011$ $U=808,000$), “1-5 yıl” olan grup ile “21 yıl ve üzeri” olan grup arasında ($p=0,007$ $U=113,000$) ve “11-20 yıl” olan grup ile “21 yıl ve üzeri” olan grup arasındaki ($p=0,043$ $U=133,000$) farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. HT süresine göre medikal uyum alt boyut skorları arasındaki farklar ile ilgili olarak yapılan ikili karşılaştırmalarda, HT süresi “1-5 yıl” olan grup ile “21 yıl ve üzeri olan grup” ($p=0,015$ $U=125,500$) ve “1-5 yıl” olan grup ile “6-10 yıl” olan grupların ($U=789,500$ $p=0,007$) medikal uyum skorları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Tablo 31. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının Beden Kitle İndeksi ve Yaş ile ilişkisi.

	Total Skor		Beslenme Uyum Skoru		Medikal Uyum Skoru	
	r	p	r	p	r	p
Beden Kitle İndeksi	-0,037	0,636	-0,011	0,884	-0,039	0,615
Yaş	-0,031	0,689	-0,124	0,112	0,018	0,814

Tablo 31, Hill bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksi ve yaş ile ilişkisini gösteren Pearson korelasyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Beden kitle indeksi ve yaş ile Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$).

4.4. Sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Skorlarına İlişkin Bulgular

Tablo 32. Sf 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı.

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	YAŞ										F	p
	50 yaş ≤ (n:17)		51-60 yaş (n:43)		61-70 yaş (n:47)		71-80 yaş (n:40)		81 yaş ≥ (n:18)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Fiziksel fonksiyon	64,4	30,2	66,6	27,6	58,1	30,9	55,3	29,0	48,3	27,5	2,055	0,089
Rol güç fiz. fonksiyon	75,0	43,3	63,1	46,1	70,7	42,1	57,5	50,1	43,1	49,9	1,601	0,177
Ağrı	68,5	29,5	69,4	27,3	64,4	24,3	59,8	23,4	54,3	27,9	1,497	0,205
Genel sağlık	49,2	26,3	60,6	22,0	63,0	17,8	57,3	17,2	55,9	21,3	1,701	0,152
Vitalite	53,8	23,2	56,9	23,8	55,1	18,0	54,4	17,4	55,8	16,2	0,115	0,977
Sosyal fonksiyon	77,2	18,9	75,6	21,8	67,6	21,4	62,2	18,0	58,3	23,9	4,012	0,004
Rol güç	68,6	44,8	69,0	45,7	71,6	42,8	70,8	45,4	44,4	51,1	1,329	0,261
Mental sağlık	60,7	18,8	62,9	20,5	64,5	17,1	65,1	17,5	66,7	16,9	0,319	0,865

Tablo 32, Sf 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizinde (One Way ANOVA) yaş gruplarına göre sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (F=4,012 p=0,004). Yaş gruplarına göre Sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasındaki farklılığın kaynağın belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc analiz (Bonferroni) sonucunda bu farkın 51-60 yaş grubu ile 71-80 yaş grubu ve 81 ve üzeri yaş grubu arasında olduğu saptanmıştır (P<0,05).

Tablo 33. SF- 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorların beden kitle indeksine göre dağılımı.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği	Beden kitle indeksi												F	p
	Zayıf		Normal		Şişman		1. Derece Obez		2. Derece Obez		3. Derece Obez			
	(n= 1)		(n= 31)		(n= 62)		(n= 52)		(n= 12)		(n= 7)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Fiziksel fonksiyon	60,0	-	58,1	30,2	64,3	28,9	56,8	30,3	41,7	27,5	59,3	26,0	1,296	0,268
Rol güç fiz. fonksiyon	100,0	-	63,1	46,5	68,1	44,4	63,5	46,8	25,0	45,2	71,4	48,8	1,989	0,083
Ağrı	41,0	-	66,7	29,6	67,8	24,1	61,9	24,5	25,0	27,5	58,6	32,7	1,254	0,287
Genel sağlık	52,0	-	55,8	19,9	62,5	20,3	57,6	19,2	52,0	27,7	59,6	17,7	0,874	0,500
Vitalite	35,0	-	57,7	14,8	56,1	22,5	55,7	17,4	45,0	23,8	55,7	20,9	0,988	0,427
Sosyal fonksiyon	50,0	-	70,6	25,7	67,1	20,3	70,9	19,4	58,3	24,0	69,6	23,8	0,919	0,470
Rol güç	100,0	-	64,5	48,6	69,4	43,6	71,8	44,0	41,7	51,5	71,4	48,8	1,026	0,404
Mental sağlık	52,0	-	66,8	13,7	62,3	21,5	65,8	14,4	57,0	22,8	68,0	19,7	0,876	0,499

Tablo33'te Sf 36 Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksi gruplarına göre dağılımı görülmektedir. SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut

skorlarının beden kitle indeksine göre dağılımları arasında anlamlı bir olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan varyans analizi sonucundaskorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının cinsiyete göre dağılımı.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği	Cinsiyet				t	p
	Kadın(n=105)		Erkek (n=60)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Fiziksel fonksiyon	53,06	28,49	69,08	28,75	-3,466	0,001
Rol güç fiz. fonksiyon	55,71	48,44	75,83	40,11	-2,726	0,007
Ağrı	56,92	24,21	76,16	24,67	-4,877	0,000
Genel sağlık	55,86	20,95	63,83	18,40	-2,453	0,015
Vitalite	53,04	18,67	59,33	20,98	-1,988	0,049
Sosyal fonksiyon	64,76	21,84	74,58	19,65	-2,879	0,005
Rol güç	62,53	47,52	76,11	40,75	-1,856	0,065
Mental sağlık	64,03	17,40	64,13	19,48	-0,032	0,974

Tablo 34, Sf- 36 Yaşam kalitesi ölçeğinin cinsiyete göre dağılımını göstermektedir. SF -36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan independent samples T testi analizi sonucunda fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3,466$ $p=0,001$). Rol güç fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasında da cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t= -2,726$ $p=0,007$). Ağrı alt boyut skorları arasındaki farklar ($t=-4,877$ $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Genel sağlık alt boyut skorları arasında ($t= -2,453$ $p=0,015$). Vitalite alt boyut skorları arasında ($p=0,049$ $t=-1,988$). Sosyal fonksiyon alt boyut skoru, rol güç alt boyut skoru ve mental sağlık alt boyut skorları arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 35. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyut skorlarının hastaların eğitim durumlarına göre dağılımı.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorları	Eğitim Durumu								F	p
	Okuma yazma yok (n= 20)		Okur yazar – ilköğretim (n= 107)		Orta öğretim (n:=26)		Yüksek öğretim (n= 12)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Fiziksel fonksiyon	42,0	25,6	55,3	28,8	76,4	26,5	80,8	20,4	9,115	0,000
Rol güç fiz. Fonksiyon	50,0	51,3	57,7	47,9	83,7	33,1	87,5	29,2	4,014	0,009
Ağrı	49,1	23,7	61,5	24,8	80,5	25,4	74,7	22,8	7,498	0,000
Genel sağlık	48,6	19,8	60,1	20,3	60,4	20,1	60,6	19,7	1,924	0,128
Vitalite	50,3	16,4	53,7	19,2	64,0	21,3	59,2	21,6	2,590	0,055
Sosyal fonksiyon	60,6	19,1	65,8	21,7	79,8	20,6	79,2	13,4	5,200	0,002
Rol güç	60,0	50,3	65,1	46,6	82,1	35,6	69,4	46,0	1,176	0,321
Mental sağlık	59,4	18,6	65,6	17,0	64,0	20,5	58,0	21,5	1,163	0,325

Tablo 35, Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarını hastaların eğitim durumlarına göre dağılımını göstermektedir. Sf 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Eğitim durumuna göre fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=9,115 p=0,000). Eğitim durumuna göre fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasındaki bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Post Hoc analizde farkın (Bonferroni) eğitim durumu “orta öğretim” ve “yükseköğretim” olan grup ile diğer gruplar arasında olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Eğitim durumuna göre Rol güç fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (F=4,014 p=0,000). Ortaya çıkan bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD (Least Significance Difference) analizi sonucunda farklılık oluşturan grupların eğitim durumu “okuma yazması yok” olan grup ile eğitim düzeyi “ortaöğretim” olan grup ve eğitim düzeyi “yüksek öğretim” olan gruplar olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Eğitim durumuna göre Ağrı alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,000 F=7,498) bu farkın Post Hoc analizi yapılarak eğitim durumu “okuma yazma yok” grubu ile “orta öğretim” ve eğitim durumu “yüksek öğretim” olan grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (p<0,05). Eğitim durumu “okur yazar- ilköğretim” olan grup ile “orta öğretim” olan grup arasında ve eğitim durumu “yüksek öğretim” olan grup ile “okuma yazma yok” olan grup arasındaki farklarında anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05).

Eğitim durumuna göre Genel sağlık alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (F=1,924 p=0,128). Eğitim durumuna göre Vitalite alt boyut skorları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir (F=2,590 p=0,055).

Eğitim durumuna göre sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,200$ $p=0,002$). Bu farkın kaynağını belirlemek üzere Post Hoc (LSD) analiz yapılmıştır. nemli farkların eğitim durumu “orta ğretim” olan grup ile “okuma yazma yok” olan grup ve eğitim durumu “okur yazar- ilköğretim” olan grup arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Eğitim durumuna göre Rol Gç alt boyut skorları ve mental sağlık alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 36. Sf- 36 Yaşam Kalitesi lçeği skorlarının hastaların medeni durumlarına göre dağılımı.

SF-36 Yaşam Kalitesi lçeği	Medeni Durum							
	Evlı			Bekar			t	p
n	\bar{x}	Sd	n	\bar{x}	Sd			
Fiziksel fonksiyon	117	64,74	28,21	48	44,58	27,99	4,178	0,000
Rol gç fiz. fonksiyon	117	67,94	44,63	48	51,04	49,18	2,145	0,033
Ağrı	117	67,47	26,00	48	55,25	24,19	2,798	0,006
Genel sağlık	117	60,10	20,13	48	55,50	20,78	1,321	0,188
Vitalite	117	57,13	20,49	48	50,93	17,09	1,848	0,066
Sosyal fonksiyon	117	72,32	20,62	48	58,59	20,81	3,876	0,000
Rol gç	117	71,79	43,24	48	56,94	49,56	1,919	0,057
Mental sağlık	117	63,82	18,99	48	64,66	15,98	-0,269	0,788

Tablo 36,Sf- 36 Yaşam Kalitesi lçeği skorlarının hastaların medeni durumlarına göre dağılımını göstermektedir. SF -36 yaşam kalitesi lçeği alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığının belirlemek amacı ile independent samples t testi analizi yapılmıştır. Medeni duruma göre fiziksel fonksiyon alt boyut skorları ($t=4,17$ $p=0,00$) , Rol gç fiziksel fonksiyon alt boyut skorları ($t =2,14$ $p=0,03$), Sosyal fonksiyon alt boyut skorları ($t=3,87$ $p=0,00$) ve ağrı alt boyut skorları ($t=2,79$ $P=0,00$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Genel sağlık ($t=1,32$ $p=0,18$), Vitalite ($t=1,848$ $P=0,066$), Rol Gç ($t=1,919$ $p=0,057$) ve Mental sağlık ($t=-0,269$ $p=0,788$) alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 37. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımı.

Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kan Basıncı Grubu														F	p
	Optimal		Normal		Yüksek Normal		1.Evre HT		2.Evre HT		3.Evre HT		İzole Sistolik HT			
	(n= 70)	(n= 36)	(n= 5)	(n= 24)	(n= 7)	(n= 8)	(n= 15)	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}		
Fiziksel fonksiyon	54,4	31,1	67,4	27,6	51,0	17,5	58,3	28,9	45,7	27,6	54,4	31,7	71,3	26,1	1,559	0,162
Rol güç fiz. fonksiyon	56,4	48,3	77,8	40,9	60,0	54,8	67,7	46,9	46,4	46,6	43,8	49,6	70,0	42,5	1,333	0,245
Ağrı	60,3	25,2	70,9	24,7	57,0	24,2	66,0	27,7	37,6	19,8	54,1	19,8	80,5	23,8	3,419	0,003
Genel sağlık	55,2	19,8	62,1	18,9	52,8	17,0	63,8	21,8	45,0	17,1	52,8	24,7	71,0	17,8	2,519	0,023
Vitalite	51,9	18,9	62,2	17,9	40,0	24,2	54,0	22,1	47,9	20,2	52,5	19,6	67,3	14,3	2,934	0,010
Sosyal fonksiyon	67,7	22,1	75,3	18,8	50,0	19,8	66,1	24,6	50,0	17,7	65,6	16,0	74,2	17,6	2,467	0,026
Rol güç	61,0	48,1	79,6	39,3	66,7	47,1	72,2	44,7	57,1	46,0	54,2	50,2	73,3	45,8	0,924	0,479
Mental sağlık	64,0	18,6	66,2	16,8	42,4	28,1	64,8	17,5	57,7	16,3	62,5	17,5	69,1	14,8	1,665	0,133

Tablo 37, Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Gruplar arasındaki fark varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Kan basıncı grubuna göre Fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, rol güç ve mental sağlık alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kan basıncı grubuna göre Ağrı alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,419$ $p=0,003$). Ağrı alt boyut skorları arasındaki bu farkın “2. Evre hipertansiyon” grubu ile “normal” kan basıncı ve” izole sistolik hipertansiyon” grubu arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (post-hoc: LSD).

Kan basıncı grubuna göre Genel sağlık alt boyut skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P=0,023$ $F=2,519$). Post Hoc LSD analizi sonucu Genel sağlık alt boyut skorları arasındaki farkın “izole sistolik kan basıncı” grubu ile “optimal” kan basıncı grubu, “2. evre HT” grubu ve “3. evre HT” grubu arasında olduğu ayrıca “2.evre HT” ile “1. evre HT” arasındaki farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kan basıncı gruplarına göre Vitalite alt boyut skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,010$ $F=2,934$) Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucuna göre kan basıncı “normal” olan grupla kan basıncı “optimal” olan grup ve “yüksek normal” olan grup arasında anlamlı fark vardır. Kan basıncı grubu “izole sistolik hipertansiyon” olan grup ile “optimal”, “yüksek normal”, “1. evre HT” olan grup ve

kan basıncı 2. evre HT olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Kan basıncı gruplarına göre Sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,026$ $F=2,467$). Post Hoc LSD analizi sonucu kan basıncı “yüksek normal” olan grup ile “normal” ve “izole sistolik hipertansiyon” olan grup arasında ve “2. evre HT” ile “optimal”, “normal” ve “izole sistolik HT” grubu arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 38. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımı.

Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kan Basıncı Öltürme Sıklığı														F	p
	Hiç Öltürmem (n=3)		Arada Sırada (n=78)		Hergün (n=10)		Doktora Gidince (n=13)		Kendii Kötü Hissedince (n=9)		Haftada Bir (n=38)		Ayda bir (n=14)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Fiziksel fonksiyon	81,7	23,6	59,6	29,6	51,0	31,2	51,2	33,3	64,4	25,2	56,4	29,7	65,7	28,6	0,788	0,581
Rol güç fiz.															1,493	0,184
fonksiyon	100,0	0,0	67,0	44,2	52,5	50,6	34,6	47,4	77,8	44,1	61,2	48,9	62,5	48,8		
Ağrı	100,0	0,0	63,8	25,2	62,2	28,7	51,3	19,5	81,0	25,2	61,1	26,2	66,9	28,9	2,340	0,034
Genel sağlık	88,7	10,4	57,4	17,5	50,3	27,5	53,1	21,0	74,0	14,1	57,4	21,4	64,9	23,3	2,851	0,012
Vitalite	70,0	5,0	56,3	18,0	47,5	26,5	56,5	21,8	46,1	25,7	54,2	14,7	60,4	28,9	1,081	0,376
Sosyal fonksiyon	91,7	7,2	67,9	21,5	76,3	12,4	55,8	15,8	77,8	23,2	67,1	21,8	68,8	26,3	1,926	0,080
Rol güç	100,0	0,0	67,5	45,3	60,0	51,6	43,6	49,8	81,5	37,7	69,3	46,1	73,8	43,7	1,098	0,366
Mental sağlık	60,0	10,6	67,8	15,9	59,6	22,7	58,2	14,8	65,3	31,0	59,7	16,1	63,7	23,5	1,315	0,253

Tablo 38, Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarını hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımını göstermektedir. Sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, Vitalite, sosyal fonksiyon, rol güç ve mental sağlık alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($P> 0,05$). Kan basıncı ölçtürme sıklığına göre Ağrı alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,03$ $F=2,34$) Ortaya çıkan farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucu farkın kan basıncını “hiç ölçtürmeyen gruptan kaynaklandığı ve bu grubun ortalamasının diğer tüm gruplardan anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca kan basıncını” kendini kötü hissedince” ölçtüren grupla “haftada bir” ve “doktora gelince” ölçtüren

grup arasında da anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığına göre Genel sağlık alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,01$ $F=2,85$). Bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucu kan basıncını “hiç ölçtürmeyen” grubun ortalamasının “arada sırada”, “her gün”, “doktora gelince” ve “haftada bir” ölçtüren grupların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca kan basıncını “kendini kötü hissedince” ölçtüren grupla; “arada sırada”, “her gün”, “doktora gelince” ve “haftada bir” ölçtüren grup arasında da anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Tablo 39. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının hastaların kontrole gitme sıklığına göre dağılımı.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Kontrole Gitme Sıklığı												F	p
	Ayda bir (n= 35)		Üç ayda bir (n= 57)		Altı ayda bir (n= 21)		Yılda bir (n= 23)		Hiç gitmem (n= 24)		Diğer (n= 5)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Fiziksel fonksiyon	52,3	27,6	57,8	33,0	61,7	27,1	63,3	24,6	68,1	27,3	41,0	36,1	1,354	0,244
Rol güç fiz. fonksiyon	49,3	49,1	70,6	45,1	70,2	44,5	63,0	47,6	63,5	43,6	40,0	46,5	1,273	0,278
Ağrı	56,1	24,5	62,1	24,9	71,1	31,2	66,7	24,6	71,0	26,2	63,6	25,8	1,437	0,214
Genel sağlık	52,6	21,8	60,0	19,7	56,1	21,2	63,2	20,3	64,4	17,2	51,6	24,5	1,485	0,198
Vitalite	52,6	20,9	53,9	19,0	56,9	20,5	63,3	22,9	55,4	14,1	48,0	23,1	1,114	0,355
Sosyal fonksiyon	63,9	20,5	67,3	22,0	73,8	24,3	67,9	19,5	72,9	21,4	67,5	22,7	0,805	0,548
Rol güç Mental sağlık	55,2	48,5	75,4	42,5	68,3	46,5	62,3	48,5	76,4	39,9	40,0	54,8	1,485	0,198
	57,7	19,7	64,0	18,1	61,5	20,4	72,5	16,6	68,0	12,0	62,4	15,6	2,261	0,051

Tablo 39, Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarını hastaların kontrole gitme sıklığına göre dağılımını göstermektedir. Hastaların kontrole gitme sıklığına göre Sf- 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 40. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin hipertansiyon süresine göre dağılımı.

SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği	Hipertansiyon süresi										F	p
	06-1 Yıl (n: 14)		1-5 yıl (n: 49)		6-10 Yıl (n: 42)		11-20 Yıl (n: 45)		20 Yıl ve üzeri (n: 10)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Fiziksel fonksiyon	54,6	35,9	58,0	29,1	66,8	27,4	56,0	30,0	45,0	25,5	1,614	0,173
Rol güç fiz. fonksiyon	78,6	42,6	58,2	48,0	73,4	41,5	62,2	48,2	20,0	35,0	3,450	0,010
Ağrı	66,4	26,9	62,9	29,6	68,0	22,3	62,0	26,2	54,6	22,2	0,722	0,578
Genel sağlık	58,8	26,0	55,7	22,8	63,0	17,2	59,2	18,8	52,0	18,9	1,082	0,367
Vitalite	55,0	19,6	54,3	18,4	59,4	20,3	53,2	20,8	51,5	18,9	0,745	0,563
Sosyal fonksiyon	75,9	19,9	68,1	23,0	72,6	20,6	63,6	21,6	60,0	15,4	1,847	0,122
Rol güç	85,7	36,3	61,2	47,8	73,0	42,1	71,1	44,7	30,0	48,3	2,859	0,025
Mental sağlık	62,3	18,2	63,1	17,4	70,6	15,9	58,9	20,1	63,6	15,9	2,615	0,037

Tablo 40, SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği skorlarının hataların hipertansiyon süresine göre dağılımını göstermektedir. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği Fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, Vitalite ve sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipertansiyon süresine göre rol güç fiziksel fonksiyon skorları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,010$ $F=3,450$). Yapılan Post Hoc analizi sonucunda rol güç fiziksel fonksiyon skorları arasındaki anlamlı farkın hipertansiyon süresi “06-1 yıl ” ile “21 ve üzeri yıl” arasında ve “21 yıl ve üzeri ” ile “6-10 yıl” arasında olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon süresine göre Rol güç alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,02$ $F=2,85$). Yapılan Post Hoc analizi sonucunda rol güç alt boyut skorları arasındaki anlamlı farkın “06-1yıl” grubu ve “21 yıl ve üzeri” grupları arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hipertansiyon süresine göre Mental sağlık alt boyut skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,03$ $F=2,61$). Yapılan Post Hoc analizi sonucunda mental sağlık alt boyut skorları arasındaki anlamlı farkın “6-10 yıl” grubu ve “11-20 yıl” grupları arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 41. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının Beden Kitle İndeksi ve Yaş ile ilişkisi.

Tablo 41. Sf- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorlarının Beden Kitle İndeksi ve Yaş ile ilişkisi.

	SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği															
	Fiziksel fonksiyon		Rol güç fiz. fonksiyon		Ağrı		Genel sağlık		Vitalite		Sosyal Fonksiyon		Rol güç		Mental sağlık	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	P	r	p	r	p
Beden Kitle İndeksi	-0,108	0,167	-0,091	0,246	-0,154	0,04	-0,057	0,467	-0,099	0,206	-0,037	0,639	-0,037	0,635	0,002	0,980
Yaş	-0,241	0,002	-0,152	0,052	-0,187	0,016	-0,006	0,940	-0,026	0,740	-0,300	0,000	-0,102	0,191	0,079	0,313

Tablo 41. SF- 36 Yaşam kalitesi ölçeğiskorlarının beden kitle indeksi ve yaş ile ilişkisini gösteren Pearson korelasyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Ağrı alt boyut skoru ile beden kitle indeksi ($r=-0,15$ $p=0,04$) ve yaş ($r=-0,18$ $p=0,01$) arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ancak çok zayıf bir ilişki vardır. Fiziksel fonksiyon alt boyut skoru ile yaş arasında negatif yönde anlamlı ve yine çok az zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,24$ $p=0,00$). Sosyal fonksiyon alt boyut skoru ile yaş arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,30$ $p=0,00$).

4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Skorlarına İlişkin Bulgular

Tablo 42. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların yaş gruplarına göre dağılımı.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Yaş										F	P
	50 yaş ≤ (n=17)		51-60 yaş (n=43)		61-70 yaş (n=47)		71-80 yaş (n=40)		81 yaş ≥ (n=18)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Kendini gerçekleştirme	36,6	9,3	43,5	8,6	41,3	7,6	42,4	7,9	40,8	8,3	2,301	0,061
Sağlık sorumluluğu	24,9	5,0	25,6	4,3	24,0	5,5	24,0	4,6	22,3	6,1	1,558	0,188
Egzersiz	7,5	2,9	8,8	3,6	7,6	2,8	7,0	2,6	6,9	2,8	2,357	0,056
Beslenme	16,1	3,8	16,8	4,0	15,4	3,7	15,5	2,7	14,4	2,7	1,848	0,122
Kişiler arası ilişkiler	23,5	4,7	24,1	4,1	24,1	3,6	24,6	3,3	25,1	2,5	0,553	0,697
Stres yönetim	16,9	5,2	20,9	4,8	20,5	4,8	20,6	5,1	20,6	4,8	2,208	0,070
Ölçek toplam	125,5	20,6	139,7	19,8	132,8	21,1	20,6	4,8	130,1	21,9	1,790	0,133

Tablo 42, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarını hastaların yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Yaş gruplarına göre SYBDÖ alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Tablo 43. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların beden kitle indeksi gruplarına göre dağılımı.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Beden kitle indeksi												F	p
	Zayıf (n= 1)		Normal (n= 31)		Şişman (n= 62)		1. Derece Obez (n= 52)		2. Derece Obez (n= 12)		3. Derece Obez (n= 7)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Kendini gerçekleştirme	41,0	-	39,4	8,5	41,0	8,2	43,5	7,4	40,3	8,8	45,3	6,4	1,408	0,224
Sağlık sorumluluğu	24,0	-	22,5	6,4	25,2	4,6	24,9	4,9	22,3	3,4	23,6	4,1	1,802	0,115
Egzersiz	5,0	-	7,7	3,5	8,2	3,3	7,3	2,4	6,8	3,4	7,3	2,6	0,915	0,473
Beslenme	13,0	-	15,1	2,7	16,7	3,7	15,9	3,7	13,2	2,7	13,4	1,5	3,475	0,005
Kişiler arası ilişkiler	25,0	-	23,6	3,6	23,3	4,2	25,3	2,9	25,8	3,0	24,1	2,7	2,401	0,039
Stres yönetim	19,0	-	19,1	5,4	20,3	5,2	20,3	5,2	20,4	4,5	20,7	5,5	0,925	0,467
Ölçek toplam	127,0	-	127,4	22,9	134,7	22,0	137,4	17,2	128,9	20,4	137,1	15,4	1,149	0,337

Tablo 43, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarını hastaların beden kitle indeksi gruplarına göre dağılımını göstermektedir. SYBDÖ alt boyut skorlarının BKİ ne göre dağılımı arasında varyans analizi yapılmıştır. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres alt boyut skorları ve toplam ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). BKİ ye göre Beslenme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F=3,475$ $p=0,005$) Ortaya çıkan bu farkın nedenini belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucunda farkın şişman olan grup ile normal, 2.Derece Obez ve 3. Derece Obez grubu arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kişiler arası ilişkiler alt boyut skoru ile benden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F=2,401$ $p=0,039$). Post Hoc LSD analizi sonucunda farkın şişman olan grup ortalamasınının 1. derece Obez ve 2. derece obez gruplarının ortalamasında farklı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan Post Hoc LSD analizinde zayıf grubunda bir kişi olduğu için grup içinde kıyaslama yapılamamıştır. Post Hoc Analizi zayıf grubu hariç diğer beş grup arasında yapılmıştır.

Tablo 44. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların cinsiyete göre dağılımı.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Kadın (n: 105)		Cinsiyet Erkek (n: 60)		t	p
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Kendini gerçekleştirme	41,9	7,4	41,1	9,7	0,633	0,528
Sağlık sorumluluğu	24,3	5,1	24,4	5,1	-2,215	0,830
Egzersiz	7,4	2,6	8,0	3,7	-1,087	0,279
Beslenme	15,6	3,8	16,0	3,1	-0,606	0,546
Kişiler arası ilişkiler	24,8	3,0	23,3	4,5	2,636	0,009
Stres yönetim	20,8	4,6	19,3	5,5	1,952	0,053
Ölçek toplam	134,9	18,1	132,0	24,2	0,871	0,385

Tablo 44, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların cinsiyetlerine göre dağılımını göstermektedir. Cinsiyete göre SYBDÖ alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla independent T testi analizi yapılmıştır. Cinsiyete göre Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Cinsiyete göre Kişiler arası ilişkiler alt boyut skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($T=2,63$ $p=0,009$).

Tablo 45. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların eğitim durumuna göre dağılımı.

SAĞLIKLIL YAŞAM BİÇİMİ DEĞİŞİKLİKLERİ ÖLÇEĞİ	EĞİTİM DURUMU								F	p
	Okuma yazma yok (n: 20)		Okuryazar - ilköğretim (n: 107)		Orta öğretim (n: 26)		Yüksek öğretim (n: 12)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Kendini gerçekleştirme	40,6	8,0	42,8	7,5	40,2	9,4	35,7	10,9	3,240	0,002
Sağlık sorumluluğu	21,5	4,8	24,2	4,7	25,6	5,3	27,9	6,0	5,114	0,000
Egzersiz	5,9	1,1	7,4	2,6	9,2	4,1	9,8	3,9	7,577	0,000
Beslenme	13,4	2,1	15,4	3,3	17,3	4,0	19,3	3,1	10,230	0,000
Kişiler arası ilişkiler	25,4	2,1	24,9	3,0	22,3	4,6	20,7	5,3	9,236	0,001
Stres yönetim	20,1	4,7	20,8	4,9	19,4	5,0	17,4	5,9	2,109	0,101
Ölçek toplam	126,7	18,1	135,5	18,5	133,9	25,1	130,7	29,1	1,132	0,338

Tablo 45, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların eğitim durumuna göre dağılımını göstermektedir.

Eğitim durumuna göre Kendini gerçekleştirme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (F=3,240 p=0,002). Bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc analizi sonucu farkın “okuryazar – ilköğretim” grubu ve “yükseköğretim” grubu arasında olduğu saptanmıştır (p<0,05). Eğitim durumuna göre Sağlık sorumluluğu alt boyut skorları arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (F=5,114 p=0,000). Bu farkın “okuma yazma yok” grubuyla “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” grubu arasında olduğu Post Hoc analizi sonucunda saptanmıştır (p<0,05).

Eğitim durumu ile Egzersiz alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır (F=7,577 p=0,000). Bu farkın “okuma yazma yok” grubuyla “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” grubu arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca “okuryazar ilköğretim” grubuyla “ortaöğretim” ve “yükseköğretim” grubu arasında da anlamlı fark vardır (p<0,05).

Eğitim durumuna göre Beslenme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (F=10,230 p=0,000). Bu farkın “okuma yazma yok” grubuyla “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” grubu arasında ayrıca “okuryazar” ve “yüksek öğretim” grupları arasında olduğu Post Hoc analizi sonucunda bulunmuştur (p<0,05).

Eğitim durumuna göre Kişilerarası ilişkiler alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=9,236$ $p=0,001$). Bu fark “okuma yazma yok” grubu ile “ortaöğretim” ve “yüksek ğretim” arasında ayrıca “okuryazar-ilköğretim” grubu ile “ortaöğretim” ve “yüksek ğretim” grubu arasında anlamlıdır ($p<0,05$).

Eğitim durumuna göre Stres yönetimi alt boyut skorları ve ölçek toplam alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 46. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği skorlarının hastaların medeni durumlarına göre dağılımı.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği	Medeni durum					
	Evli (n: 117)		Bekar (n: 48)		t	p
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Kendini geekleştirme	41,8	8,3	41,1	8,4	0,482	0,630
Sağlık sorumluluğu	25,0	4,8	22,6	5,3	2,820	0,005
Egzersiz	8,0	3,2	6,7	2,3	2,565	0,011
Beslenme	16,6	3,4	13,8	3,0	4,901	0,000
Kişiler arası ilişkiler	23,9	3,7	25,1	3,4	-1,857	0,065
Stres yönetim	20,1	5,0	20,7	4,9	-0,772	0,441
Ölçek toplam	135,4	20,1	130,0	21,1	1,534	0,127

Tablo 46, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leğinin hastaların medeni duruma göre dağılımını göstermektedir. Kendini geekleştirme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut skorları ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hastaların medeni durumlarına göre Sağlık sorumluluğu alt boyut skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t=2,820$ $p=0,005$). Egzersiz ($t=2,565$ $p=0,011$) ve Beslenme ($t=4,901$ $p=0,000$) alt boyut skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır.

Tablo 47. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği skorlarının hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımı.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Değişiklikleri leği	Kan Basıncı														F	p
	Optimal		Normal		Yüksek Normal		1.Evre HT		2.Evre HT		3.Evre HT		İzole Sistolik HT			
	(n:70)		(n:36)		(n:5)		(n:24)		(n:7)		(n:8)		(n:15)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Kendini geekleştirme	41,4	7,6	41,0	10,8	42,2	9,8	43,3	7,1	39,3	8,1	43,5	9,1	41,3	7,1	0,355	0,906
Sağlık sorumluluğu	23,8	5,2	24,3	5,3	25,8	5,1	24,3	4,5	23,0	4,7	24,6	4,3	26,7	5,0	0,813	0,561
Egzersiz	7,5	3,0	7,5	3,0	9,4	2,7	7,8	3,0	7,4	3,2	6,0	1,4	8,7	3,8	1,048	0,396
Beslenme	15,3	3,5	16,1	3,9	17,6	2,6	15,4	3,1	15,4	3,6	15,0	3,0	17,5	3,9	1,215	0,301
Kişiler arası ilişkiler	24,5	3,2	23,1	5,0	23,0	3,3	25,1	3,2	24,6	1,0	27,1	1,0	22,9	3,5	2,186	0,047
Stres yönetim	20,5	5,0	19,5	5,7	22,2	6,8	20,6	4,4	19,1	3,2	21,0	5,6	20,0	4,2	0,381	0,890
Ölçek toplam	132,9	18,9	131,7	26,8	140,2	22,6	128,9	18,1	128,9	18,1	137,1	18,8	137,1	18,8	0,406	0,874

Tablo 47, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarını hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyut skorları ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kişilerarası ilişkiler alt boyut skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($F=2,186$ $p=0,047$). Ortaya çıkan bu anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucunda kan basıncı “normal “olan grup ile “1. evre HT” ve “2. evre HT” olan gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 48. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımı.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Değişiklikleri Ölçeği	Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı														F	p
	Hiç Ölçtürmem		Arada Sırada		Her gün		Doktora Gidince		Kendimi Kötü Hissedince		Haftada Bir		Ayda bir			
	(n: 3)		(n: 78)		(n: 10)		(n: 13)		(n: 9)		(n: 38)		(n: 14)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	sd		
Kendini gerçekleştirme	51,0	1,7	42,1	7,6	39,3	11,3	40,5	6,7	45,2	8,9	40,8	9,4	39,3	7,9	1,381	0,226
Sağlık sorumluluğu	22,0	1,7	23,8	4,9	27,3	5,6	24,7	5,4	23,0	3,5	24,2	5,2	26,4	5,5	1,321	0,251
Egzersiz	5,7	1,2	7,3	2,9	6,3	1,3	7,9	2,9	8,1	3,7	7,8	3,1	9,8	4,1	1,940	0,077
Beslenme	18,0	3,0	15,3	3,3	16,8	4,7	15,6	3,9	14,6	1,4	16,3	3,9	16,4	3,4	0,997	0,429
Kişiler arası ilişkiler	26,0	2,0	24,5	3,6	25,0	3,6	23,8	4,0	25,2	3,3	24,0	4,0	22,4	3,0	0,985	0,438
Stres yönetim	22,7	6,1	20,0	4,8	17,1	3,7	21,2	4,1	24,0	4,8	20,7	5,6	19,1	4,2	1,997	0,069
Ölçek toplam	145,3	4,6	133,0	18,4	131,8	25,5	133,8	20,4	140,1	19,6	133,8	23,8	133,4	23,5	0,329	0,921

Tablo 48, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarını hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımını göstermektedir. SYBDÖ alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 49. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların kontrole gitme sıklığına göre dağılımı.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Kontrolle Gitme Sıklığı										F	p		
	Ayda bir		Üç ayda bir		Altı ayda bir		Yılda bir		Hiç gitmem				Diğer	
	(n: 35)		(n: 57)		(n: 21)		(n: 23)		(n: 24)				(n: 5)	
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Kendini gerçekleştirme	41,9	7,1	41,6	7,8	37,7	11,3	40,7	9,5	45,0	6,6	43,4	4,6	1,919	0,094
Sağlık sorumluluğu	26,4	5,2	24,9	4,9	21,9	5,5	23,7	4,4	22,9	4,3	22,6	3,8	3,090	0,011
Egzersiz	8,0	3,5	7,6	2,9	8,2	3,8	8,0	3,2	6,4	1,6	6,8	2,2	1,172	0,326
Beslenme	16,6	4,1	15,8	3,5	15,3	4,3	16,3	2,5	14,6	2,9	13,8	1,6	1,396	0,228
Kişiler arası ilişkiler	24,7	2,4	24,7	3,4	21,8	4,8	23,9	4,8	24,7	3,0	25,4	1,7	2,558	0,029
Stres yönetim	20,9	5,1	20,4	4,8	17,9	5,2	20,1	5,5	20,9	4,7	22,2	2,9	1,314	0,261
Ölçek toplam	138,6	19,6	135,0	19,0	122,7	27,9	132,7	22,8	134,5	13,7	134,2	13,3	1,713	0,135

Tablo 49, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların kontrole gitme sıklığına göre dağılımını göstermektedir. Kendini gerçekleştirme alt

boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyut skorları arasındaki fark olarak istatistiksel anlamlıdır ($F=3,090$ $p=0,011$). Post Hoc analiz sonucu bu farkın “ayda bir” kontrole giden grupla “altı ayda bir” kontrole giden grup arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Egzersiz ve Beslenme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Kişiler arası ilişkiler alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=2,558$ $p=0,029$). Post Hoc analizi sonucu bu farkın “üç ayda bir” kontrole giden grupla “altı ayda bir” kontrole giden grup arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Stres yönetimi ve ölçek toplam skorları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 50. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların hipertansiyon süresine göre dağılımı.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Hipertansiyon süresi										F	p
	1 Yıl ve Altı (n: 14)		1-5 yıl (n: 49)		6-10 Yıl (n: 47)		11-20 Yıl (n: 45)		20 Yıl ve Üzeri (n: 10)			
	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd		
Kendini gerçekleştirme	41,7	8,9	40,0	9,2	43,1	8,0	41,8	8,0	40,6	4,9	0,878	0,478
Sağlık sorumluluğu	23,4	3,9	23,4	5,1	24,2	4,7	26,2	5,2	21,9	5,8	2,719	0,032
Egzersiz	6,6	2,5	7,2	2,9	8,3	3,3	7,9	3,2	6,9	1,5	1,521	0,198
Beslenme	16,0	4,6	15,3	2,9	16,3	3,9	15,9	3,7	14,5	2,2	0,751	0,558
Kişiler arası ilişkiler	24,9	2,6	24,0	4,0	24,4	3,8	24,2	3,6	23,8	3,6	0,240	0,915
Stres yönetim	20,3	5,1	19,1	5,3	21,3	4,9	20,3	4,7	20,7	4,7	1,152	0,334
Ölçek toplam	132,9	20,6	129,1	20,3	137,6	21,2	136,4	20,4	128,4	16,1	1,413	0,232

Tablo 50, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların hipertansiyon süresine göre dağılımını göstermektedir. SYBDÖ alt boyut skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Kendini gerçekleştirme, Egzersiz, Beslenme orları Kişiler arası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyut ve Ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyut skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=2,719$ $p=0,032$). Bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucu farkın HT süresi “11-20 yıl” arasında olan grup ile “1-5 yıl” ve “21 yıl ve üzeri” olan grup arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Tablo 51. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının beden kitle indeksi ve yaş ile ilişkisi.

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği													
	Kendini gerçekleştirme		Sağlık sorumluluğu		Egzersiz		Beslenme		Kişiler arası ilişkiler		Stres yönetim		Ölçek toplam	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Beden														
Kitle İndeksi	0,104	0,184	0,141	0,071	0,187	0,010	-0,110	0,161	-0,081	0,303	0,024	0,764	0,150	0,054
Yaş	0,037	0,633	-0,168	0,031	-0,156	0,045	-0,197	0,011	0,105	0,180	0,088	0,258	-0,043	0,581

Tablo 51 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarını Beden Kitle İndeksi ve yaş ile ilişkisini değerlendiren Pearson korelasyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Beden kitle indeksiyle egzersiz alt boyut skorları arasında pozitif yönde anlamlı ancak çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0,187$ $p=0,010$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut ve ölçek toplam skorları arasında herhangi bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Yaş ile Sağlık sorumluluğu alt boyut skoru ($r=-0,168$ $p=0,031$), egzersiz alt boyut skoru ($r=-0,156$ $p=0,045$) beslenme alt boyut skoru ($r=-0,197$ $p=0,011$) arasında negatif yönde anlamlı ancak çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile kendini gerçekleştirme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

5.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Ve Tanıtıcı Özelliklerinin İncelenmesi

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $65,21 \pm 11,77$ dir. 50 yaş ve üzeri hipertansiyon hastaları örneklemin % 89,5 ini oluşturmaktadır. TEKHARF çalışmasında da hipertansiyonlu olguların çoğunun 50 yaş ve üzerinde olduğu gösterilmiştir. Bu hastalığa bağlı gelişen etkiler daha çok düşük ve orta gelir düzeyi olan ülkelerde, 45–69 yaş grubunda görülmektedir (Lawes et al., 2008).

Hastaların tanısı alan hastaların çoğunun (n=105, %63,6) kadın olduğu belirlenmiştir. Altun ve arkadaşlarının yapmış oldukları “Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması” na göre; hipertansiyon prevalansı kadınlarda (%36,1) erkeklere göre (%27,5) daha yüksek bulunmuştur. Dalak (2010)’ ın çalışmasında hipertansif bireylerin %52,7’sinin kadın ve %47,3’ünün erkek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar bizim çalışmamızda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir. Kadınlarda hipertansiyonun daha yaygın olmasının nedeninin postmenapozal değişikliklerin etkisiyle östrojenin azalması, beden yağ dağılımının değişmesi (obezite) ve bu sebeple kadınların tuza daha duyarlı hale gelmeleri olduğu belirtilmektedir (Yurdağül ve AYTEKİN 2010).

Diğer sosyo demografik özelliklere incelendiğinde, hastaların % 70,9’ nun evli olduğu, hastaların %64,8’inin okuryazar- ilköğretim mezunu olduğu, % 98,8’ nin bir sosyal güvenceye sahip olduğu ve %33,3 nün emekli olduğu saptanmıştır. Parabaş (2009)’ ın çalışmasında örneklemin %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. Bu çalışmanın sonucu bizim sonuçlarımızla paraleldir. Arpacı ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan bir çalışmada KB kontrolü sağlanmış ve sağlanamamış hastaların eğitim ve gelir düzeyleri karşılaştırılmıştır. 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.

Araştırmaya katılan hipertansiyon hastalarının % 37,58' inin şişman, %31,52' sinin 1. Derece obez olduğu belirlenmiştir. Başka bir çalışmada araştırmaya katılanların %68,3' ünün şişman olduğu belirtilmiştir (Parabaş 2009). Beden kitle indeksinin hipertansiflerde yüksek olduğu ve hipertansiyonla beden kitle indeksi arasında lineer bir ilişki olduğu saptanmıştır (Altun 2003).

Hastaların cinsiyete göre zararlı alışkanlıkları kullanma durumları incelendiğinde kadınların % 95,2' sinin herhangi bir zararlı alışkanlığı olmadığı, erkek hastaların ise %20,0' sinin sigara kullandığı saptanmıştır. Acehan (2010) sigara içenler arasında KB düzeylerinin içmeyenlerle aynı veya daha düşük olduğu bulunmuştur.

Kan basıncı değerlerine bakıldığında hastaların % 42'sinin kan basıncının optimum düzeyde, %22'sinin normal düzeyde, % 9'unun izole sistolik hipertansif olduğu, %15'nin 1. Evre, %4'ünün 2. evre HT ve %5'ininde 3. evre HT olduğu belirlenmiştir. PATENT çalışmasında hipertansif (yeni veya eski tanı, tedavi alan veya almayan) grupta, kan basıncı dağılımında değerlerin % 8.1'inin 140/90 mmHg'nın altında, % 51.7'sinin Evre 1, % 24.6'sının Evre 2 ve % 15.6'sının ise Evre 3 düzeyinde olduğu belirtilmiştir (Altun 2003). Çalışmamızla Altun'un (2003) Çalışması arasında önemli farklılık görülmektedir. Ortaya çıkan bu farkın nedeni olarak örneklem grubumuzun Altun'un örneklem grubuna göre daha küçük olması ve bölgesel bir çalışma olması gösterilebilir.

Araştırmaya katılan hastaların %9,1'i kan basıncını kontrol altına almak için bitkisel yöntemler kullanmaktadır ve bu hastaların % 93,3'ü kullandığı yöntemin kan basıncını kontrol altına aldığını düşünmektedir. Bitkisel yöntem kullananların % 66,7'si limon suyu kullandığını ifade etmiştir. Hastalardan medikal yöntem ile alternatif yöntemi kıyaslaması istendiğinde, hastaların % 66,7'si hem medikal hem de bitkisel yöntemin kan basıncını kontrol altına almada etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Tezel ve Akpınar (2003) 'ın çalışmasında hipertansiyon hastalarının % 86.92'sinin kan basınçlarını düzenlemek için bazı doğal yöntemler kullandıkları bulunmuştur Araştırmaya katılan hastaların % 63.72'sinin kullandıkları ilaç dışı yöntemlerden fayda gördüklerini ifade ettikleri belirtilmiştir. çalışmamızda

alterantif yöntemin kan basıncını düşürmede etkili olduğuna dair inançları arasında önemli bir fark görülmektedir. Hastalarımızın alternatif yöntemin etkin olduğuna daha yüksek oranda inanıyor olmalarına karşın hastaların sadece %9,' inin alternatif yöntem kullandığını dikkatten kaçırmamak gerekir. Alternatif yöntem kullanan kişilerin bu yöntemin etkin olduğuna inanıyor olmaları zaten beklenen bir durumdur.

Hastalara sizce “hipertansiyon hastası olmanızın sebebi nedir?” diye sorulduğunda soruya cevap veren hastaların %76,7'si birinci neden olarak stresi göstermişler, %39,5'i ikinci neden olarak diyet yemek alışkanlıkları ve %24,1'i hastalığının üçüncü nedeni kalıtsal demişlerdir. Başka bir çalışmada hipertansiyon hastalarına hastalıklarının nedenleri sorulduğunda birinci önemli neden olarak hastaların % 57,8 i stres endişe, %12,8 i kalıtsal ve % 9.2 si diyet yemek alışkanlıkları olarak ifade ettiği belirtilmiştir (Acehan 2010). Bu araştırma sonuçları çalışmamızla paralellik göstermektedir, hastalık için belirtilen üç önemli nedenin aynı olduğu görülmüştür.

5.2. Hastalık Algısı Ölçeği bulgularının incelenmesi

Hipertansiyon hastalarının hastalık algılarını değerlendirmek amacıyla uygulanan hastalık algısı ölçeği sonuçlarına göre;

Yaş grupları ile HAÖ alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kayış'ın (2009) kanser hastalarına yönelik yaptığı çalışmada yaş ile süre (akut/kronik) arasında pozitif bir ilişki olduğu, kişisel ve tedavi kontrolü ile negatif ilişki olduğunu belirtilmiştir. Hastanın yaşı arttıkça hastalık süresinin kronik olarak algılandığı, kişisel ve tedavi kontrolünün azaldığı belirtilmiştir. Genç yaştaki hastaların hastalık süresini akut, ileri yastaki hastaların ise kronik olarak algılamaları kültürümüzde ileri yaşlarda kronik hastalıkların ortaya çıkmasının doğal görülmesi ile açıklamıştır. (Kayış 2009). Çalışmamızda yaş gruplarının birbirine yakın olması hastalık algısını etkilememesinin nedeni olduğu düşünülmektedir.

HAÖ alt boyut skorların beden kitle indeksine göre dağılımı arasında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır .Ancak normal ve fazla kilolu grupta olan hastaların ölçek alt skor ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Hipertansif hastaların beden kitle indekslerinin hastalık algıları üzerine önemli bir farklılık oluşturmamaktadır.

HAÖ alt boyut skorlarının eğitim durumuna göre dağılımı arasında hastalık tipi kimlik, süre (akut/ kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre süre (döngüsel) alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur .Ortaya çıkan bu farkın “okuma yazması olmayan” grup ile diğer gruplar arasında olduğu saptanmıştır. Kayış’ın (2009) çalışmasında eğitim durumu ile HAÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında; üniversite ve üzeri mezunu olanların kişisel kontrol puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Hastaların eğitim seviyesi arttıkça hastalığın seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algılarının arttığı ifade edilmiştir (Kayış 2009). Acehan’ın (2010) çalışmasında dikkat çekici nokta ise eğitim durumunun artmasının hastalığı anlayabilme ve kişisel kontrol alt ölçekleri ile belirgin korelasyon ($p=0,01$) göstermiş olmasıdır. Çalışmamızda diğer çalışmalara benzer sonuçlar elde edilmiştir. Eğitim durumu arttıkça hastaların hastalıkları ile ilgili farkındalığının değiştiği hastalığı ve tedavisi hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu düşünülmektedir.

Hastalık algısının cinsiyetler arasında HA ölçeği hastalık tipi kimlik, süre (akut/kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, süre (döngüsel) alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır .

Tablo 16’da Medeni duruma göre duygusal temsiller alt boyut skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,010$ $U=2284,500$). Evlilerin hastalıklarına yönelik negatif duygularının bekarlara göre daha az olduğu görülmüştür.

Kan basıncı ölçtürme sıklığına göre hastalık tipi kimlik alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$). “Ayda bir” kan basıncını ölçtürenlerin hastalık tipi kimlik alt boyut skor ortalaması $3,1 \pm 3,6$ olarak diğer gruplardan yüksektir (Tablo 18). Bu durum kan basıncını “ayda bir” ölçtüren grubun hastalığa yönelik semptom sayısının diğer gruplardan fazla olduğunu göstermektedir.

Hastaların kontrole gitme sıklığına göre duygusal temsiller alt grup skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=15,539$ $p=0,008$). “Altı ayda bir” kontrole giden hastaların hastalığına yönelik daha fazla negatif düşünceye sahip olduğu saptanmıştır. Fakat örneklem grubundaki çoğu hastanın kontrol amacının muayene olmak ya da hastalığının seyrini öğrenmek olmadığı genelde ilaç yazdırmak için kontrole geldiği düşünülürse kontrole gelme sıklığının hastalık algısı üzerine etkisinin ölçülebilirliğini etkilediği düşünülmektedir.

HA ölçeği alt boyut skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Acehan’ın (2010) çalışmasında yapılan korelasyon analizinde HT süresi arttıkça süre (akut/kronik) ($p=0,01$), sonuçlar ($p=0,01$), duygusal temsiller ($p=0,01$) alt ölçeklerinde de artış olduğu görülmektedir. Örneklem arasındaki farklılığın sonucu etkilediği düşünülmektedir.

Hastalık algısı ölçeği alt boyut skorları ile beden kitle indeksi ve yaş arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre ölçek alt boyut skorları ile beden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Ölçek “sonuçlar” alt boyut skoru ile yaş arasında pozitif yönlü ancak çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,15$ $p=0,04$). Ölçek tedavi kontrolü skoru ile yaş arasında da pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,21$ $p=0,00$).

Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarını etkileyen faktörlerden birisi hastalık algısıdır. Hastaların hastalıkları hakkında bilgileri, hastalığın akut ya da kronik olması hakkındaki doğru inanışları ile hastalığın duygusal temsilleri ve

sonuçları hakkında olumlu inanışlarının paralellik gösterdiği düşünülebilir. Hastalık algısının tedaviye uyum sürecindeki rolünü değerlendirmek üzere farklı örneklemelerde daha geniş kitlelerde çalışmaların yapılması daha genellenebilir sonuçların çıkmasını sağlayabilir.

5.3. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği bulgularının değerlendirilmesi

Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasında HT tespit edilen kadınların % 38'inin, erkeklerin ise % 28'inin antihipertansif tedavi altında oldukları saptanmıştır. Tedavi alan erkeklerin % 60'ının, kadınların ise % 42'sinin kan basınçlarının kontrol altında bulunduğu belirlenmiştir. Ogedegbe ve arkadaşlarının (2003) Afrika kökenli Amerikalı hipertansif bireylerde ilaca uyumu değerlendirmek için İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğini geliştirmiştir. Bu ölçek ile yapılan araştırmada ilaca uyum oranı yüksek olan bireylerde KB değerleri düşük bulunmuştur.

Bizim çalışmamızda tedaviye uyumu değerlendirmek amacıyla Karademir ve arkadaşlarının (2009) geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yaptığı Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum ölçeği kullanılmıştır. Uyumu etkileyebileceğini düşündüğümüz yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi sosyo demografik özellikler ile HBHTU ölçeği karşılaştırılmıştır.

HBHTU ölçeğinin total skoruna bakılarak hastaların uyumu değerlendirildiğinde hastaların sadece %15,8 inin tam uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda yaş ile ölçek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır fakat yaş arttıkça medikal uyum ve beslenme uyumunun azaldığı saptanmıştır. BKİ ne göre tedaviye uyum incelendiğinde BKİ ile ölçek total skor arasında anlamlı bir ilişki vardır BKİ arttıkça tedaviye uyum azaldığı saptanmıştır.

HBHTU ölçeği total uyum skoru ve medikal uyum alt boyut ölçeğinin kadın ve erkek arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı, beslenme alt boyut skorları ortalamasının erkeklerde daha yüksek çıktığı yani erkeklerin beslenme uyumunun

kadınlardan daha az olduğu görülmüştür. Ayrıca istatistiksel olarak cinsiyet ve beslenme uyum ölçeği arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Tablo 24).

Literatürde bezer bulgulara rastlanmıştır. Akgöl' ün (2008) çalışmasında ise kadın ile erkek arasında hedef kan basıncı değerlerine ulaşmada belirgin bir fark gözlenmezken tedaviye uyumda kadınlar göreceli olarak daha iyi durumda olduğu belirtilmiştir.

Eğitim durumları ile HBHTU ölçeği değerlendirildiğinde gruplar arasında beslenme uyum skorlarının istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Akgöl' ün çalışmasında da eğitim düzeyi düşük hastaların hastalık hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu ve kontrole gelme sıklığının yüksek olmasına bağlı olarak tedaviye uyumlu oldukları belirtilmiştir.

Medeni duruma göre HBHTU ölçeği değerlendirildiğinde ölçek total skorlarının medeni durumla istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür Evlilerin tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.

Kan basıncına göre HBHTU ölçeği incelendiğinde kan basıncı gruplarına göre ölçek total skorları ve medikal uyum skorları istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmuştur ($p < 0,05$). Hipertansif sınıflandırma yükseldikçe ölçek total puan ve medikal uyum puanını arttırdığı görülmüştür (Tablo 27). Lambert ve arkadaşlarının (2006) aynı ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada DKB ölçümüyle ölçek arasında pozitif anlamlı bir ilişki görülmüştür. Ayrıca medikal uyum ve DKB arasında bir ilişki bulunmuştur.

Kan basıncı ölçtürme sıklığına göre HBHTU ölçeği incelendiğinde ölçek total skorları, beslenme uyum skorları ve medikal uyum skorları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu saptanmıştır . Kan basıncını “hiç ölçtürmem” diyen grup ölçek total skoru ve medikal uyum skorları puanı en yüksek, uyumu da en düşük olan gruptur. Kan basıncını “kendimi kötü hissedince ölçtürürüm” diyen grup beslenme uyumu alt boyut skorunda tam uyumludur ($\bar{x}=0,00$ $sd=0,0$). Çalışmamızda kan basıncını ölçtürme sıklığının hipertansiyon tedavisine uyumu etkilediği görülmüştür ama bu

sonuçlara göre genelleme yapılmamalıdır örneklem sayısının daha çok olduğu farklı bölgelerde yapılacak olan çalışmalarla daha genele uyarlanabilen sonuçların çıkacağı düşünülmektedir.

Kontrole gitme sıklığının tedaviye uyumu etkilediği literatürdeki çalışmalarında belirtilmektedir (Akgöl 2008, Arpacı ve ark., 2008). Fakat bizim çalışmamızda Kontrole gitme sıklığı ile HBHTU ölçeği alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$). Bu sonucun önemli etkenlerinden biri çalışmaya katılan çoğu hastanın hastalığı ile bilgi almak ya da muayene olmak amacıyla değil sadece ilaç yazdırmak amacıyla polikliniğe başvurmaları olduğu düşünülmektedir.

Hipertansiyon süresinin hipertansiyon tedavisinde uyumu etkileyip etkilemediğini incelemek amacıyla yapılan analizde total skor ve medikal uyum skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Bir yıl ve daha az süredir hipertansiyon tanısı almış hastaların ölçek ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüş dolayısıyla da uyumun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Akgöl (2008) çalışmasında tedavi süresi uzadıkça hastaların tedaviye uyumunun arttığını belirtmiştir. Bunun nedeni olarak HT süresi arttıkça, eklenen komorbid durumlar ve HT'na bağlı semptomların artması tedaviyi hasta için kaçınılmaz hale getirmekte bu da hastaların ilaçlarını daha düzenli kullanmasına yol açtığını belirtmiştir (Akgöl 2008). Yine çalışmamızla aynı sonucu elde etmiş ve 06 ay ve bir yıl dır HT tanısı olan hastaların tedaviye en uyumsuz grup olduğunu ifade etmiştir (Akgöl 2008).

5.4. Sf 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Bulgularının Değerlendirilmesi

Sf 36 yaşam kalitesi ölçeğinin yaş gruplarına göre dağılımında sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F=4,012$ $p=0,004$). Tablo 32'te yaş ilerledikçe sosyal sosyal fonksiyon alt boyut skor ortalamasının düştüğü saptanmıştır. Bardage ve arkadaşlarının (2001) 5404 kişi üzerinde yaptığı toplum tabanlı bir çalışmada hipertansif hastalarda yaşam kalitesi düzeyleri araştırılmış; yaş arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğünü ifade

etmişlerdir. Li ve arkadaşlarının (2005) 9703 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada SF-36 ölçeğinin bütün alt ölçekleri için ileri yaşlarda genç yaştakilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğunu ifade etmişlerdir. Aydemir ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada da sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanları ileri yaşlarda daha düşük olarak belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada da yaş arttıkça ölçek puanlarının anlamlı derecede düştüğü belirtilmiştir (Göçgeldi ve ark.,2008).

Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımında fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($t=-3,466$ $p=0,001$ Tablo 34). Rol güç fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasında da cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($t= -2,726$ $p=0,007$). Ağrı alt boyut skorları arasındaki farklar ($t=-4,877$ $P=0,000$) istatistiksel olarak anlamlıdır. Genel sağlık alt boyut skorları arasında ($t= -2,453$ $p=0,015$). Vitalite alt boyut skorları arasında ($p=0,049$ $t=-1,988$). Sosyal fonksiyon alt boyut skoru, rol güç alt boyut skoru ve mental sağlık alt boyut skorları arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin yaşam kalitesi ölçeğinde tüm alt boyut skorlarında aldıkları puanlarının kadınlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda erkeklerin kadınlardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Bizim çalışmamızla paralel olarak Göçgeldi ve ark. (2008) çalışmasında hipertansif kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçek puanlarının erkeklere göre genel sağlık alt boyut ölçeği hariç bütün alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir. Benzer çalışmalarda da hipertansif kadınlardaki yaşam kalitesi puanlarının benzer şekilde düşük olduğu ifade edilmiştir (Bardege et al.,2001, Li et al., 2005, ve Aydemir 2005). Bu durum kadınların erkeklere göre daha duygusal ve yaşam şartlarınının kadınlar üzerinde daha çok negatif etki oluşturduğundan dolayı kaynaklandığı düşünülmektedir.

Medeni duruma göre fiziksel fonksiyon alt boyut skorları ($t=4,17$ $p=0,00$) , Rol güç fiziksel fonksiyon alt boyut skorları ($t =2,14$ $p=0,03$), Sosyal fonksiyon alt boyut skorları ($t=3,87$ $p=0,00$) ve ağrı alt boyut skorları ($t=2,79$ $p=0,00$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 36). Çalışmamızda

evliler fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, ağrı ve sosyal fonksiyon alt boyut skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yaşam kalitelerinin bekarlara yüksek olduğu bulunmuştur. Bardege ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında çalışmamızla benzerlikler vardır. Göçgeldi ve ark.(2008) çalışmasında bütün alt ölçeklerde dul/boşanmış olanlar evli ve bekarlara göre daha düşük puanlar almış olup, aradaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Evlilerin yaşam kalitelerinin genel olarak daha yüksek olmasında düzenli yaşam şartları ve sosyal desteklerinin fazla olmasının etken olduğu düşünülmektedir.

Eğitim durumuna göre fiziksel fonksiyon alt boyut skorları, rol güç fiziksel fonksiyon alt boyut skoru, ağrı alt boyut skoru ve sosyal fonksiyon alt boyut skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumuna göre Genel sağlık alt boyut skorları, Vitalite alt boyut skorları, Rol Güç alt boyut skorları ve mental sağlık alt boyut skorları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($p>0,05$). Çalışmamızda eğitim durumu arttıkça fiziksel fonksiyon alt boyut skorları, rol güç fiziksel fonksiyon alt boyut skorları, ağrı alt boyut skorları, sosyal fonksiyon alt boyut skorları puanlarının arttığı saptanmıştır. Li ve arkadaşlarına (2005) göre eğitim seviyesi arttıkça çoğu yaşam kalitesi skorları da artış gösterdiği belirtilmiştir. Bardage ve arkadaşlarına (2001) göre ise eğitim seviyesi arttıkça Fiziksel fonksiyon alt boyut skorları ve Vitalite alt ölçeklerinde artış olduğu gözlenmiştir. Göçgeldi ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da benzer olarak eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi skorlarının arttığı, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Literatürdeki çalışmalarla bizim çalışmamız paralel olduğu görülmüştür eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı anlaşılmaktadır.

SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). İstatistik olarak anlamlı bir farklılık çıkmasa da ölçek ortalamalarına bakılınca genel olarak vücut kitle indeksi arttıkça yaşam kalitesi azalmıştır. Göçgeldi ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında bizim çalışmamızdan biraz farklılık göstererek bazı alt boyut ölçekleri ile beden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür.

Kan basıncı grubuna göre Fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, rol güç ve mental sağlık alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Ağrı, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon alt boyut skorlarının kan basıncı gruplarından etkilendiği görülmektedir (Tablo 37).

Sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımında Fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, Vitalite, sosyal fonksiyon, rol güç ve mental sağlık alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p> 0,05$). Ağrı ve genel sağlık alt boyut skorları ile kan basıncı ölçtürme sıklığı arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 38). Kan basıncımı hiç ölçtürmem diyen hastaların ağrı ve genel sağlık ölçek ortalamaları diğer gruplara göre yüksektir yaşam kalitesi daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni olarak hipertansiyon belirtilerini günlük hayatta çok hissetmemeleri olduğu düşünülmektedir.

Hastaların kontrole gitme sıklığına göre Sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin hipertansiyon süresine göre dağılımında Fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, Vitalite ve sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipertansiyon süresine göre Rol güç alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Yapılan Post Hoc analizi sonucunda rol güç alt boyut skorları arasındaki anlamlı farkın “06-1yıl” grubu ve “21 yıl ve üzeri” grupları arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Rol güç. Ve mental sağlık alt boyut skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur hipertansiyon sürese 0,5 – bir yıl arasında olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hastalığa ilişkin diğer özellikler ile yaşam kalitesi incelendiğinde hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yaşam kalitesini düşürdüğü görülmektedir.

Çalışmamızda bağımsız değişkenlerden yaşın, medeni durumun, cinsiyetin beden kitle indeksinin hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan bireylerde yaşam kalitesini etkilediği görülmüştür.

5.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Yaş gruplarına göre SYBDÖ alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Literatürde bizim çalışmamızla paralel sonuçlar bulunmuştur. Dalak (2010)'ın hipertansiyon hastaları ile çalışmada yaş ile SYBD arasında anlamlı fark olmadığını belirlenmiştir. Özer ve Argon (2005)'un kalp yetmezliği olan hastalarla yaptığı çalışmasında, bizim çalışmamızda olduğu gibi yaş grupları ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ifade edilmemiştir.

SYBDÖ'nin BKİ'ne göre dağılımında Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres alt boyut skorları ve toplam ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). BKİ'ye göre Beslenme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F=3,47$ $p=0,00$) Kişiler arası ilişkiler alt boyut skoru ile benden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($F=2,40$ $p:0,03$). Dalak'ın(2010) çalışmasında BKİ ile SYBDÖ arasında anlamlı bir ilişki olmadığı ifade edilmiştir. İki çalışma arasındaki sonuçların paralel olduğu görülmüştür.

Cinsiyete göre Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyete göre Kişiler arası ilişkiler alt boyut skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($t=2,63$ $p=0,009$). Çalışmamızda ölçek alt boyut skorları ortalamalarında genel olarak erkeklerin puanları daha yüksek iken kadınların ölçek toplam puanı erkeklerden yüksek çıkmıştır. Dalak'ın (2010) çalışmasında ise erkeklerin ölçek puan toplamı ve alt boyut ölçekleri puanları kadınlardan yüksek olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar çalışmaların yapıldığı bölgelerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Eğitim durumuna göre SYBDÖ' nin Kendini gerçekleştirme alt boyut skorları Sağlık sorumluluğu alt boyut skorları Egzersiz alt boyut skorları Beslenme alt boyut skorları Kişilerarası ilişkiler alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumuna göre Stres yönetimi alt boyut skorları ve ölçek toplam alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$ Tablo 45)

Çalışmamızla benzer sonuçları olan Dalak çalışmasında hipertansif bireylerin eğitim düzeyleri artıkça SYBDÖ arttığı belirtilmiştir. Arpacı ve arkadaşlarının (2008) alışmasında kan basıncı kontrol altında olmayanların eğitim düzeylerinin genellikle ilkokul ve ortaokul mezunu, kan basıncı kontrol altında olanların ise ağırlıklı olarak lise ve yüksekokul mezunu olduğu belirlenmiştir. Bilgili ve Ayaz (2009) ğrenim düzeyi yüksek kadınlarda, kendi sağlıklarının sorumluluğunu daha fazla üstlendiklerini, stres yönetimi, beslenme ve kendini gerçekleştirme puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Araştırmanın sonuçları literatür sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak kişinin sağlık anlayışının olumlu yönde değişeceği, bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu daha fazla üstlenecekleri, tedavi sürecine katkıda bulunabilecek davranışlar geliştirecekleri ve tüm bunların sonucunda kişinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştiği düşünülebilir. Eğitim seviyesi yükseldikçe kişilerin hastalıkları ile ilgili daha çok bilgiye sahip olmaları, baş etme yollarını öğrenmeleri uygulanan yaşam biçimi davranışları tedaviye uyumu arttıracak ve yaşam kalitesini arttıracaktır.

Medeni duruma göre SYBDÖ' nin Kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut skorları ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Hastaların medeni durumlarına göre Sağlık sorumluluğu Egzersiz ve Beslenme alt boyut skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. ($p<0,05$). Evlilerin sağlıklı yaşam biçimi puan ortalamaları kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut ölçekleri haricinde yüksek çıkmıştır.

Literatürdeki diğer çalışmalarda bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Esin'nin (1999) sağlıklı bireylerle yapmış olduğu çalışmasında

sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının evlilerde bekarlara göre daha gelişmiş olduğu bulunmuştur. Dalak' ın(2010) araştırmasında hipertansif bireylerin %66.2'sinin evli, %7.7'sinin bekar ve eşinden ayrılmış, %18.5'inin ise eşini kaybetmiş olduğu belirlenmiştir, istatistiksel değerlendirme sonucunda SYBDÖ'nin kendini gerçekleştirme, kişiler arası ilişkiler alt boyutları ve ölçek toplam puanları evli bireylerde yüksek bulunmuştur. Bekar kişilerde stres yönetimi puanı daha yüksek iken eşinden ayrılmış olan kişilerde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme puan dağılımları yüksektir (Dalak 2010).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarını hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyut skorları ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Kişilerarası ilişkiler alt boyut skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışmamızda hastaların kan basıncı gruplarına göre değerlendirme yapıldığında gruplar içinde ölçek skorları puanları göz önüne alındığında egzersiz alt boyut ölçeğinin puan ortalamalarının en düşük olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızla aynı şekilde analiz yapılmasa da literatürdeki çalışmaların sonuçları ile benzer sonuçlar ortaya çıktığı saptanmıştır (Yalçınkaya ve ark. 2007, Özkan ve yılmaz 2008, Dalak 2010)

Kan basıncı ölçtürme sıklığına göre SYBDÖ alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 49 $p>0,05$). Çalışmamızla paralel olarak Dalak ın araştırmasında esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin kan basıncını ölçtürme sıklığı değerlendirildiğinde sadece % 26,9'unun öneriler doğrultusunda ölçtürdüğü belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel fark çıkmamıştır.

Kontrol gitme sıklığına göre Kendini gerçekleştirme alt boyut skorları, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve ölçek toplam alt boyut skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyut skorları ve kişiler arası ilişkiler alt boyut skorlarında ortaya çıkan fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$ Tablo 50). Özer ve Argon (2005)'un çalışmasında kalp

hastalarında, hastalık tanısının belirlenme zamanı ile sağlık davranışları puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu belirtilmiştir.

Hipertansiyon tedavisinde tedaviye uyumu etkileyebilecek faktörleri değerlendirmek amacıyla Hastalık Algısı Ölçeği, Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği, Sf 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği bağımsız değişkenler yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum gibi kişisel özellikler ve kan basıncı, kan basıncı ölçtürme sıklığı, kontrole gitme sıklığı ve hastalığının süresi gibi hastalığa özgü özellikler açısından değerlendirildi.

Birinci basamak sağlık kuruluşuna 52 esansiyel hipertansif hasta ile yapılan bir çalışmada, hastalar ikişer haftalık aralıklarla takibe alınıp, ortalama KB, Beden Kitle İndeksi, kullanılan ilaçlar, fiziksel aktivite düzeyleri açısından değerlendirilmişlerdir. Daha sonra, HT ve sağlıklı yaşam biçimleri konusunda eğitilip, çalışmanın başlangıcı, birinci ve ikinci ay sonunda hedef KB değerlerine ulaşma yönünden değerlendirilmişlerdir. Başlangıçta tedavi almalarına rağmen, hedef KB değerlerine ulaşma oranı % 27 iken, birinci ve ikinci ayın sonunda bu oranların, sırasıyla, % 37 ve % 46' ya ulaştığı sonucuna varmışlardır (Gögen ve Özdemir 2005). Yapılan analizlerde literatür taramasında sadece tıbbi tedavinin hipertansiyonla mücadelede yeterli olmadığı göz önünde bulundurularak genel olarak yaşın, cinsiyetin, medeni durumun ve eğitim durumunun hastalık algısını, yaşam kalitesini, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve dolayısıyla tedaviye uyumu etkilediği saptanmıştır. Hipertansiyon hastalığına özgü olan özelliklerle ilgili literatürde yeterli çalışmaya rastlanmamıştır bu nedenle tartışmada daha çok kendi çalışmamızın sonuçları değerlendirilmiştir. Özellikle Hill Bone hipertansiyon tedavisi uyum ölçeği kullanılarak yapılacak olan daha geniş katılımlı çalışmalar hipertansiyonda tedaviye uyum durumunu göstermede daha spesifik bilgilere ulaşmamızı sağlayacağı düşünülmektedir.

6. SONUÇLAR

Hipertansiyon tanısı almış hastaların tedavi uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçlarına göre;

6.1. Hastaların Bazı Sosyo-Demografik ve Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $65,21 \pm 11,77$ dir. 61 - 70 yaş aralığında 47 hasta vardır ve örneklemin % 28.5 ini oluşturmaktadır. Hastaların cinsiyetine göre dağılımına bakıldığında hipertansiyon tanısı alan hastaların çoğunun (n=105, %63,6) kadın olduğu görülmektedir. Diğer sosyo demografik özelliklere bakıldığında hastaların % 70,9' nun evli olduğu, eğitim durumlarına bakıldığında hastaların %64,8'inin okur yazar- ilköğretim mezunu olduğu, % 98,8' nin bir sosyal güvenceye sahip olduğu ve %33,3 nün emekli olduğu saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan hipertansiyon hastalarının beden kitle indeksine göre dağılımlarına bakıldığında 165 hastanın % 37,58' inin şişman, %31,52' sinin 1. Derece obez olduğu saptanmıştır.
- Kadınların % 95,2' sinin herhangi bir zararlı alışkanlığının olmadığı ve erkek hastaların ise sadece %20,0' sinin sigara kullandığı görülmektedir (Tablo 8)
- Araştırmamıza katılan hastalarının %54,5 inde hipertansiyondan başka hastalıkların var olduğu görüldü. Bu % 54,5 lik grupta yer alan hastaların %27,9'unda DM, %17,6'sında KKH ve %21,2'sinde hipertansiyona eşlik hiperlipidemi olduğu saptanmıştır (Tablo 9)
- Araştırmaya katılan 165 hastanın %29,7'sinin 1-5 yıl, %28,5'inin 6-10 yıl ve %27,3'ünün 11-20 yıldır hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir (Grafik III).

- Kan basıncı değerlerine bakıldığında hastaların %42'sinin kan basıncı optimum düzeyde, %22'sinin normal düzeyde, %9'unun izole sistolik hipertansif olduğu belirlenmiştir (Grafik IV).
- Araştırmaya katılan hastaların %9,1'i kan basıncını kontrol altına almak için tıbbi tedavisine ek olarak bitkisel yöntemler de kullanmaktadır ve bu hastaların % 93,3'ü kullandığı yöntemin kan basıncını kontrol altına aldığını düşünmektedir. Hastaların % 66,7'si limon suyu kullandığını ifade etmiştir. Medikal yöntem ile alternatif yöntemin kıyaslanması istendiğinde, hastaların % 66,7'si hem medikal hem de bitkisel yöntemin kan basınçlarını kontrol altına almada etkili olduğunu ifade etmiştir (Tablo10).
- Çalışmaya katılan hastalardan 125'i hastalığının birinci nedenin stres olduğunu ifade etmişlerdir(Tablo 11).

Hastalık Algısı Ölçeğine Yönelik Sonuçlar

- Yaş gruplarına göre HAÖ alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12)
- Ölçek skorların beden kitle indeksine göre dağılımı arasında fark olup olmadığını değerlendirmek üzere yapılan Kruskal Wallis Varyans analizi sonucunda, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). (Tablo 13)
- Ölçek skorlarının cinsiyete göre dağılımında gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 14).
- HA ölçeği alt boyut skorlarının eğitim durumlarına göre dağılımı arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskall Wallis varyans analizi sonucunda hastalık tipi kimlik, süre (akut/ kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve duygusal temsiller alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre süre (döngüsel) alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur

($p=0,013$ $X^2=10,8$). Eğitim durumu ile Süre (döngüsel) alt boyut skorları arasında çıkan bu fark Mann Whitney U testi yapılarak eğitim durumu “okuma yazması yok ” olan grup ile eğitim durumu “okuryazar-ilköğretim” olan grubun ($p=0,000$ $U=707,5$), eğitim durumu “okuma yazması yok” olan grup ile eğitim durumu “orta öğretim” olan grubun ($p=0,000$ $U=144,5$), ve eğitim durumu “okuma yazması yok” olan grup ile eğitim durumu “yükseköğretim” olan ($P=0,000$ $U=58,5$) grup arasındaki farkların tümünün istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (Tablo 15).

- HA ölçeğinin alt boyut skorlarının kan basıncı gruplarına göre dağılımları sonucunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 17)
- HA ölçeği alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre süre (akut/ kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme, süre (döngüsel), duygusal temsiller alt grup skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kan basıncı ölçtürme sıklığına göre hastalık tipi kimlik alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2:15,458$ $p:0,017$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; “kan basıncını hiç ölçtürmem” diyen grupla “her gün ölçtürürüm” diyen grup ($U:3,000$ $p=0,036$), “kan basıncını hiç ölçtürmem” diyen grupla “kan basıncını haftada bir ölçtürürüm” diyen grup ($U:16,500$ $p:0,033$), yine “kan basıncını hiç ölçtürmem” diyen grupla “ayda bir ölçtürürüm” diyen grup ($U:6,000$ $p:0,049$) arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca “kan basıncını arada sırada ölçtürürüm” diyen grupla “kan basıncını her gün ölçtürürüm” diyen grup ($U: 234,000$ $p:0,031$), “kan basıncını arada sırada ölçtürürüm diyen grupla” kan basıncını “ayda bir ölçtürürüm” diyen grup ($U:343,500$ $p:0,021$) ve kan basıncını “her gün ölçtürürüm” diyen grupla kan basıncını “doktora gelince ölçtürürüm” diyen grup ($U:33,500$ $p:0,040$) arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (Tablo 18)

- HA ölçeği alt boyut skorlarının kontrole gitme sıklığına göre dağılımları sonucunda hastalık tipi kimlik, süre (akut/ kronik), sonuçlar, kişisel kontrol, tedavi kontrolü, hastalığı anlayabilme ve süre (döngüsel) alt grup skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Kontrole gitme sıklığına göre duygusal temsiller alt grup skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2:15,539$ $p:0,008$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; “ayda bir kontrole giden” grupla “altı ayda bir” kontrole giden grup (U: 272,500 $p:0,030$), kontrole “üç ayda bir” giden grupla “altı ayda bir” giden grup (U: 385,500 $p:0,001$) ve kontrole “altı ayda bir” giden grupla “hiç gitmeyen” grup arasındaki (U:144,000 $p:0,009$) farkların tümünün istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (Tablo 19)
- HA ölçeği alt boyut skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 20).
- HA ölçeği alt boyut skorları ile beden kitle indeksi ve yaş arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre ölçek alt boyut skorları ile beden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p >0,05$). Ölçek “sonuçlar” alt boyut skoru ile yaş arasında pozitif yönlü ancak çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,15$ $p=0,04$). Ölçek tedavi kontrolü skoru ile yaş arasında da pozitif yönlü ve çok zayıf bir ilişki vardır ($r=0,21$ $p=0,00$) (Tablo 21).

Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Skorlarına ilişkin

Sonuçlar

- HBHTU ölçeği alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskal Wallis analizi sonucuna göre gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 22)

- HBHTU Ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksi gruplarına göre dağılımı arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskall Wallis Varyans analizinde beslenme alt boyut skoru ile medikal skor arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Beden kitle indeksine göre ölçek total skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=11,441$ $p=0,043$). Bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testleri sonucunda beden kitle indeksine göre “fazla kilolu” olan grup ile beden kitle indeksine göre “2. derece obez” olan grup ($U=184,000$ $p=0,001$), “1. derece obez” olan grup ile “2. derece obez” olan grup ($U=188,500$ $p=0,032$) ve “2. derece obez” olan grup ile “3. derece obez” olan grup arasındaki ($U=14,500$ $p=0,019$) farkların tümünün istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 23)
- HBHTU ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında yapılan Mann Whitney U testi analizine göre ölçek total skor alt boyutu ve medikal skor alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Cinsiyet ile Beslenme alt boyut skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,034$ $U=2549,500$) (Tablo 24).
- HBHTU ölçeği alt boyut skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Kruskall Wallis Varyans analizi sonucunda HBHTU ölçeği Medikal alt boyut ve Total Skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Eğitim durumuna göre beslenme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,00$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; “okuma yazması olmayan” grup ile eğitim durumu “yüksek öğretim” olan grubun ($p=0,02$ $U=64,00$), eğitim durumu “okuryazar- ilk öğretim” olan grup ile “orta öğretim” olan grubun ($p=0,01$, $U=959,00$) ve eğitim durumu “okur yazar-ilköğretim” olan grup ile “yüksek öğretim” olan grup arasındaki ($p=0,00$ $U=237,00$) farkların tümünün istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır (Tablo 25)

- HBHTU ölçek skorlarının medeni duruma göre dağılımları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi analizine sonucunda; beslenme alt boyut skoru ve medikal uyum skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0,05$). Medeni duruma göre Total uyum skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p=0,032$ $U=2213,500$) (Tablo 26)
- HBHTU ölçeği skorlarının kan basıncına göre dağılımları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis Varyans analizinde kan basıncına göre total uyum skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($X^2=13,419$ $p=0,037$). Total uyum alt boyut skorları arasında bulunan bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Mann Whitney U testi analizi sonucunda kan basıncı “optimal” olan grup ile kan basıncı “normal” olan grup ($p=0,027$ $U=930,500$), kan basıncı “optimal” olan grup ile “1. Evre hipertansiyon” olan grup arasında ($P=0,019$ $U=571,500$), kan basıncı “optimal” olan grup ile “3. evre hipertansiyon” olan grup arasında ($p=0,014$ $U=132,000$) ve kan basıncı “optimal” olan grup ile “izole sistolik hipertansiyon” olan grup arasındaki ($p=0,047$ $U=354,500$) farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kan basıncına göre Medikal uyum skorları arasında da anlamlı bir fark bulunmaktadır ($X^2=17,647$ $p=0,007$). Medikal uyum alt boyut skorları arasında bulunan bu farkın kaynağı Mann Whitney U analizi yapılarak değerlendirilmiştir. Buna göre kan basıncı “optimal” olan grup ile “norma”l olan grup arasında ($p=0,025$ $U=932,000$), kan basıncı “optimal” olan grup ile “1. Evre hipertansiyon” olan grup arasında ($p=0,010$ $U=548,000$), kan basıncı “optimal” olan grup ile “3.evre hipertansiyonu” olan grup arasında ($p=0,010$ $U=128,500$) ve kan basıncı “optimal” olan grup ile “izole sistolik hipertansiyonu” olan grubu arasındaki ($p=0,024$ $U=335,500$) farklar istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlar farkın kaynağının kan basıncı optimal olan grup olduğunu ve bu grubun

skorlarının diğ er tüm gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede farklı olduğunu göstermektedir (Tablo 27).

- HBHTU ölçeğ i alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasında anlamlı fark olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskall Wallis Varyans analizi yapılmıştır. Analiz sonucuna göre kan basıncı ölçtürme sıklığına göre total uyum alt boyut skoru, beslenme alt boyut skoru ve medikal uyum alt boyut skorları arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Farkın kaynağ ını belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonucunda kan basıncını “hiç ölçtürmem” diyen grupla sırasıyla “arada sırada ölçtürürüm” ($p=0,020$ $U=28,500$), “her gün ölçtürürüm” ($p:0,049$ $U:3,000$), “doktora gelince ölçtürürüm” ($p=0,01$ $U=1,500$), “kendimi kötü hissedince” ($p:0,03$ $U=2,500$) ve “haftada bir ölçtürürüm” ($p=0,01$ $U=9,500$) diyen grupların skorları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca total uyum skoru ile kan basıncı ölçtürme sıklığı grupları arasında yapılan Mann Whitney U testleri sonunda kan basıncını “ayda bir” ölçtürürüm diyen grupla sırasıyla “oktora gelince” ($p=0,033$ $U=47,500$), “kendimi kötü hissedince” ($p=0,039$ $U=30,500$) ve “haftada bir” ölçtürürüm ($p=0,035$ $U=164,500$) diyen gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Kan basıncını ölçtürme sıklığına göre Beslenme uyum alt boyut skorları arasında Kruskall Wallis analizi sonucu anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=14,321$ $p=0,026$). Beslenme uyumu alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığı göre aralarındaki farkın Mann Whitney U testi yapılarak Kendimi kötü hissedince ölçtürürüm grubuyla sırasıyla arada sırada grubu ($p=0,002$ $U=139,500$), her gün ölçtürürüm ($p=0,000$ $U=0,000$), doktora gelince ölçtürürüm ($p=0,005$ $U=22,500$) ve ayda bir ölçtürürüm diyen grup ($p=0,002$ $U=18,000$) arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 28).

Kan basıncı ölçtürme sıklığına göre Medikal uyum alt boyut skorları arasında yapılan Kruskall Wallis analizi sonucu anlamlı bir fark bulunmuştur ($X^2=13,212$ $p=0,040$). Mann Whitney U testleri sonuçların göre “hiç ölçtürmem” diyen grupla

sırasıyla “arada sırada” ($p=0,003$ $U=14,000$), “her gün” ($p=0,016$ $U=1,000$), “haftada bir” ($p=0,007$ $U=4,500$) ve “ayda bir” ölçtürürüm grubu ($p=0,032$ $U=4,000$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca “haftada bir” ölçtürürüm diyen grupla “ayda bir” ölçtürürüm diyen grup arasında da ($p=0,038$ $U=167,000$) anlamlı fark olduğu belirlenmiştir.

- Kontrole gitme sıklığına göre Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut skorları arasında yapılan Kruskall Wallis Varyans analizinde skorlar arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$) (Tablo 29).
- Kruskall Wallis Varyans analizinde hipertansiyon süresine göre beslenme alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hipertansiyon süresine göre Total uyum alt boyut skorları ($X^2=10,936$ $P=0,027$) ve medikal uyum alt boyut skorları arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Hipertansiyon süresine göre Total uyum skorları arasındaki bu farkın kaynağı Mann Whitney U testi yapılarak değerlendirilmiştir. HT süresi “1-5 yıl” olan grup ile “6-10 yıl” olan grup ($p=0,011$ $U=808.000$), “1-5 yıl” olan grup ile “21 yıl ve üzeri” olan grup arasında ($p=0,007$ $U=113,000$) ve “11-20 yıl” olan grup ile “21 yıl ve üzeri” olan grup arasındaki ($p=0,043$ $U=133,000$) farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. HT süresine göre medikal uyum alt boyut skorları arasındaki farklar ile ilgili olarak yapılan ikili karşılaştırmalarda, HT süresi “1-5 yıl” olan grup ile “21 yıl ve üzeri olan grup” ($p=0,015$ $U=125,500$) ve “1-5 yıl” olan grup ile “6-10 yıl” olan grupların ($U=789,500$ $p=0,007$) medikal uyum skorları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 30)
- Hill bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksi ve yaş ile ilişkisini gösteren Pearson korelasyon analizi sonuçlarını göstermektedir. Beden kitle indeksi ve yaş ile Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 31).

- Araştırmaya katılan hastaların sadece %15.8'i HBHTUÖ de hiçbir zaman şikkını işaretlemiştir. Yani hastaların % 15.8'i hipertansiyon tedavisine tam uyumlu olduğu saptanmıştır. Bu ölçeğin değerlendirilmesinde tam uyumlu olabilmek için tüm sorulara hiçbir zaman şikkını işaretlemek gerekmektedir.

Yaşam Kalitesi Ölçeği Skoralarına İlişkin Sonuçlar

- SF- 36 yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizinde (One Way ANOVA) yaş gruplarına göre sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (F=4,012 p=0,004). Yaş gruplarına göre Sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasındaki farklılığın kaynağın belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc analiz (Bonferroni) sonucunda bu farkın 51-60 yaş grubu ile 71-80 yaş grubu ve 81 ve üzeri yaş grubu arasında olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 32)
- SF 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksine göre dağılımları arasında anlamlı bir olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan varyans analizi sonucundaskorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (P>0,05) (Tablo 33).
- SF -36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan independent samples T testi analizi sonucunda fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (t=-3,466 p=0,001). Rol güç fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasında da cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı fark vardır (t= -2,726 p=0,007). Ağrı alt boyut skorları arasındaki farklar (t=-4,877 p=0,000) istatistiksel olarak anlamlıdır. Genel sağlık alt boyut skorları arasında (t:-2,453 p:0,015). Vitalite alt boyut skorları arasında (p=0,049 t=-1,988). Sosyal fonksiyon alt boyut skoru, rol güç alt boyut skoru ve mental sağlık

alt boyut skorları arasında cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 34)

- Sf 36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını değerlendirmek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Eğitim durumuna göre fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=9,115$ $p=0,000$). Eğitim durumuna göre fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasındaki bu farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Post Hoc analizde farkın (Bonferroni) eğitim durumu “orta öğretim” ve “yükseköğretim” olan grup ile diğer gruplar arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 35).

Eğitim durumuna göre Rol güç fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($F=4,014$ $p=0,000$). Ortaya çıkan bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD (Least Significance Difference) analizi sonucunda farklılık oluşturan grupların eğitim durumu “okuma yazması yok” olan grup ile eğitim düzeyi “ortaöğretim” olan grup ve eğitim düzeyi “yüksek öğretim” olan gruplar olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Eğitim durumuna göre Ağrı alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p=0,000$ $F=7,498$) bu farkın Post Hoc analizi yapılarak eğitim durumu “okuma yazma yok” grubu ile “orta öğretim” ve eğitim durumu “yüksek öğretim” olan grup arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim durumu “okur yazar- ilköğretim” olan grup ile “orta öğretim” olan grup arasında ve eğitim durumu “yüksek öğretim” olan grup ile “okuma yazma yok” olan grup arasındaki farklarında anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Eğitim durumuna göre Genel sağlık alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($F=1,924$ $p=0,128$). Eğitim durumuna göre Vitalite alt boyut skorları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir ($F=2,59$ $p=0,055$).

Eğitim durumuna göre sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=5,20$ $p=0,00$). Bu farkın kaynağını belirlemek üzere Post Hoc (LSD) analiz yapılmıştır. nemli farkların eğitim durumu “orta ğretim” olan grup ile “okuma yazma yok” olan grup ve eğitim durumu “okur yazar- ilköğretim” olan grup arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Eğitim durumuna göre Rol G alt boyut skorları ve mental sağlık alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

- SF -36 yaşam kalitesi leği alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığının belirlemek amacı ile independent samples t testi analizi yapılmıştır. Medeni duruma göre fiziksel fonksiyon alt boyut skorları ($t=4,17$ $P=0,00$), Rol g fiziksel fonksiyon alt boyut skorları ($t=2,14$ $P=0,03$), Sosyal fonksiyon alt boyut skorları ($t=3,87$ $P=0,00$) ve ağrı alt boyut skorları ($t=2,79$ $P=0,00$) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Genel sağlık ($t=1,32$ $P=0,18$), Vitalite ($t=1,848$ $P=0,066$), Rol G ($t=1,919$ $P=0,057$) ve Mental sağlık ($t=-0,269$ $P=0,788$) alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 36).
- Gruplar arasındaki fark varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Kan basıncı grubuna göre Fiziksel fonksiyon, rol g fiziksel fonksiyon, rol g ve mental sağlık alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($P>0,05$). Kan basıncı grubuna göre Ağrı alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,419$ $P=0,003$). Ağrı alt boyut skorları arasındaki bu farkın “2. Evre hipertansiyon” grubu ile “normal” kan basıncı ve” izole sistolik hipertansiyon” grubu arasındaki farktan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 37).

Kan basıncı grubuna göre Genel sağlık alt boyut skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($P=0,023$ $F=2,519$). Post Hoc LSD analizi sonucu Genel sağlık alt boyut skorları arasındaki farkın “izole sistolik kan basıncı” grubu ile

“optimal” kan basıncı grubu, “2. evre HT” grubu ve “3. evre HT” grubu arasında olduğu ayrıca “2.evre HT” ile “1. evre HT” arasındaki farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Kan basıncı gruplarına göre Vitalite alt boyut skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($P=0,010$ $F=2,934$) Bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucuna göre kan basıncı “normal” olan grupla kan basıncı “optimal” olan grup ve “yüksek normal” olan grup arasında anlamlı fark vardır. Kan basıncı grubu “izole sistolik hipertansiyon” olan grup ile “optimal”, “yüksek normal”, “1. evre HT” olan grup ve kan basıncı 2. evre HT olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Kan basıncı gruplarına göre Sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($P=0,026$ $F=2,467$). Post Hoc LSD analizi sonucu kan basıncı “yüksek normal” olan grup ile “normal” ve “izole sistolik hipertansiyon” olan grup arasında ve “2. evre HT” ile “optimal”, “normal” ve “izole sistolik HT” grubu arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

- Fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, Vitalite, sosyal fonksiyon, rol güç ve mental sağlık alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($P> 0,05$). Kan basıncı ölçtürme sıklığına göre Ağrı alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($P=0,03$ $f=2,34$) Ortaya çıkan farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucu farkın kan basıncını “hiç ölçtürmeyen gruptan kaynaklandığı ve bu grubun ortalamasının diğer tüm gruplardan anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca kan basıncını” kendini kötü hissedince” ölçtüren grupla “haftada bir” ve “doktora gelince” ölçtüren grup arasında da anlamlı fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığına göre Genel sağlık alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($P=0,01$ $f=2,85$). Bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post

Hoc LSD analizi sonucu kan basıncını “hiç ölçtürmeyen” grubun ortalamasının “arada sırada”, “her gün”, “doktora gelince” ve “haftada bir” ölçtüren grupların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca kan basıncını “kendini kötü hissedince” ölçtüren grupla; “arada sırada”, “her gün”, “doktora gelince” ve “haftada bir” ölçtüren grup arasında da anlamlı fark vardır ($p<0,05$) (Tablo 38).

- Hastaların kontrole gitme sıklığına göre Sf-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 39).
- HT süresine göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeği Fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, Vitalite ve sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hipertansiyon süresine göre Rol güç alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($P=0,02$ $f=2,85$). Yapılan Post Hoc analizi sonucunda rol güç alt boyut skorları arasındaki anlamlı farkın “06-1yıl” grubu ve “21 yıl ve üzeri” grupları arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Hipertansiyon süresine göre Mental sağlık alt boyut skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($P=0,03$ $f=2,61$). Yapılan Post Hoc analizi sonucunda mental sağlık alt boyut skorları arasındaki anlamlı farkın “6-10 yıl” grubu ve “11-20 yıl” grupları arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 40).
- SF- 36 Yaşam kalitesi ölçeğiskorlarının beden kitle indeksi ve yaş ile ilişkisini gösteren Pearson korelasyon analizi sonuçlarına göre; Ağrı alt boyut skoru ile beden kitle indeksi ($r=-0,15$ $p=0,04$) ve yaş ($r=-0,18$ $p=0,01$) arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ancak çok zayıf bir ilişki vardır. Fiziksel fonksiyon alt boyut skoru ile yaş arasında negatif yönde anlamlı ve yine çok az zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,24$ $P=0,00$). Sosyal fonksiyon alt boyut skoru ile yaş arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki vardır ($r=-0,30$ $p=0,00$) (Tablo 41)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Skorlarına İlişkin Sonuçlar

- Yaş gruplarına göre SYBDÖ alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$) (Tablo 42)
- SYBDÖ alt boyut skorlarının BKİ ne göre dağılımı arasında varyans analizi yapılmıştır. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres alt boyut skorları ve toplam ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). BKİ ye göre Beslenme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($f=3,475$ $p=0,005$) Kişiler arası ilişkiler alt boyut skoru ile benden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($f=2,401$ $p:0,039$) (Tablo 43). Ortaya çıkan bu farkın nedenini belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucunda farkın şişman olan grup ile normal, 2.Derece Obez ve 3. Derece Obez grubu arasında olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Kişiler arası ilişkiler alt boyut skoru ile benden kitle indeksi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($f=2,401$ $p:0,039$). Post Hoc LSD analizi sonucunda farkın şişman olan grup ile 1. derece Obez ve 2. derece obez arasında olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Yapılan Post Hoc LSD analizinde zayıf grubunda bir kişi olduğu için grup içinde kıyaslama yapılamamıştır. Post Hoc Analizi zayıf grubu hariç diğer beş grup arasında yapılmıştır.
- Cinsiyete göre SYBDÖ alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla independent T testi analizi yapılmıştır. Cinsiyete göre Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Cinsiyete göre Kişiler arası ilişkiler alt boyut skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($T=2,63$ $p=0,009$) (Tablo 44).
- Eğitim durumuna göre Kendini gerçekleştirme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($F=3,240$ $p=0,002$). Bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc analizi sonucu farkın “okuryazar –ilköğretim” grubu ve “yükseköğretim” grubu arasında

olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim durumuna göre Sağlık sorumluluğu alt boyut skorları arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($F=5,114$ $p=0,000$). Bu farkın “okuma yazma yok” grubuyla “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” grubu arasında olduğu Post Hoc analizi sonucunda saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 45).

Eğitim durumu ile Egzersiz alt boyut skorları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($F=7,577$ $p=0,000$). Bu farkın “okuma yazma yok” grubuyla “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” grubu arasında olduğu saptanmıştır. Ayrıca “okuryazar ilköğretim” grubuyla “ortaöğretim” ve “yükseköğretim” grubu arasında da anlamlı fark vardır ($p<0,05$).

Eğitim durumuna göre Beslenme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($F=10,230$ $p=0,000$). Bu farkın “okuma yazma yok” grubuyla “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” grubu arasında ayrıca “okuryazar” ve “yüksek öğretim” grupları arasında olduğu Post Hoc analizi sonucunda bulunmuştur ($p<0,05$).

Eğitim durumuna göre Kişilerarası ilişkiler alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=9,236$ $p=0,001$). Bu fark “okuma yazma yok” grubu ile “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” arasında ayrıca “okuryazar-ilköğretim” grubu ile “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” grubu arasında anlamlıdır ($p<0,05$).

Eğitim durumuna göre Stres yönetimi alt boyut skorları ve ölçek toplam alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

- Medeni duruma göre Kendini gerçekleştirme, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut skorları ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Hastaların medeni durumlarına göre Sağlık sorumluluğu alt boyut skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($t:2,820$ $p:0,005$). Egzersiz ($t:2,565$

p:0,011) ve Beslenme (t:4,901 p:0,000) alt boyut skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 46).

- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarını hastaların kan basıncı gruplarına göre dağılımını incelendiğinde; Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi alt boyut skorları ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Kişilerarası ilişkiler alt boyut skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($F=2,186$ $p=0,047$). Ortaya çıkan bu anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucunda kan basıncı “normal “olan grup ile “1. evre HT” ve “2. evre HT” olan gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 47).
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarını hastaların kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımını incelendiğinde; kan basıncına göre SYBDÖ alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 49)
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarının hastaların kontrole gitme sıklığına göre dağılımını incelendiğinde Kendini gerçekleştirme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyut skorları arasındaki fark olarak istatistiksel anlamlıdır ($F=3,090$ $p=0,011$). Post Hoc analiz sonucu bu farkın “ayda bir” kontrole giden grupla “altı ayda bir” kontrole giden grup arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Egzersiz ve Beslenme alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$). Kişiler arası ilişkiler alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($F=2,558$ $p=0,029$). Post Hoc analizi sonucu bu farkın “üç ayda bir” kontrole giden grupla “altı ayda bir” kontrole giden grup arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Stres yönetimi ve ölçek toplam skorları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 49)

- SYBDÖ alt boyut skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek amacıyla varyans analizi yapılmıştır. Kendini gerçekleştirme, Egzersiz, Beslenme orları Kişiler arası ilişkiler, Stres yönetimi alt boyut ve Ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyut skorları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=2,719$ $p=0,032$) . Bu farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD analizi sonucu farkın HT süresi “11-20 yıl” arasında olan grup ile “1-5 yıl” ve “21 yıl ve üzeri” olan grup arasında olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 50).
- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği skorlarını Beden Kitle İndeksi ve yaş ile ilişkisini değerlendirmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Beden kitle indeksiyle egzersiz alt boyut skorları arasında pozitif yönde anlamlı ancak çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r=0,187$ $p=0,010$). Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut ve ölçek toplam skorları arasında herhangi bir ilişki yoktur ($p>0,05$). Yaş ile Sağlık sorumluluğu alt boyut skoru ($r=-0,168$ $p=0,031$), egzersiz alt boyut skoru ($r=-0,156$ $p=0,045$) beslenme alt boyut skoru ($r=-0,197$ $p=0,011$) arasında negatif yönde anlamlı ancak çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile kendini gerçekleştirme, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut ve ölçek toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı herhangi bir ilişki yoktur ($p>0,05$) (Tablo 51).

7. ÖNERİLER

Hipertansiyon tanısı almış hastaların tedaviye uyumları ve tedaviye uyumu etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yürütülen bu çalışmada, hastaların hastalık algılarını, yaşam kaliteleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendi.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hipertansiyon tedavisinde başarıyı yakalayabilmek amacıyla tedavi uyumunu arttırmak, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması için hipertansiyon yönetimini planlayan sağlık profesyonellerinin özellikle kadınlara daha fazla önem göstermesi,
- Özellikle ileri yaş grubunda hipertansiyonun ve komorbid hastalıkların komplikasyonlarının arttığı düşünülürse ileri yaş grubu hipertansif hastalarla ilgili daha çok çalışma yapılmalıdır.
- Hipertansiyon kontrolünün sağlanması amacıyla yaşam kalitesini arttırmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek için gerekli sağlık politikaları geliştirilmelidir.
- Toplumda hipertansiyonun görülme sıklığı ile doğru orantılı olarak hipertansiyon hastası olmanın normalleşmesiyle hastaların hastalıklarını önemsemesi ve hastalıkları ve komplikasyonları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür. Hipertansif hastaların kan basıncı kontrol düzeyi ve hastalıkları hakkında bilgi düzeylerini inceleyen çamaların yapılması hipertansiyon yönetiminde daha başarılı olmayı sağlayacağı düşünülmektedir.
- Hipertansiyon hastalarının hastalıklarını tanıyabilmeleri ve bu sayede baş etme yollarını öğrenmeleri amacıyla gerek görsel gerek işitsel eğitim programları düzenlenmelidir.
- Toplumumuzda gittikçe artan obezite ile kontrol edilemeyen kan basıncı arasındaki ilişkiyi literatür de göze çarptığı gibi bizim çalışmamızda da öne

çıkılmaktadır. Hipertansiyonla mücadelede medikal yöntemlerle beraber yaşam tarzı değişiklikleri özellikle fazla kiloların verilmesine yönelik kişilere özgü programların (diyet, egzersiz vb) düzenlenmesi,

- Çalışmamızda hastalara hipertansiyon hastası olmalarının nedenleri sorulduğunda birinci neden olarak 125 kişi stres demiştir. Çağımızın en büyük sorunlarından birisi olan stres çoğu hastalığın altta yatan nedeni olmaktadır. Günlük hayatta yaşanan stresi en az düzeyde hissetmek ve hayatımızdaki etkilerini azaltmak amacıyla stresle baş etme yolları hakkında eğitimlerin yapılması önerilmektedir.
- Hipertansiyonla mücadelede hemşire bakım, rehberlik ve eğitim gibi sorumlulukları vardır, bu çerçevede hipertansiyon tedavisinde ülkemizde ve dünyada hala kan basıncı kontrol oranının istenilen seviyenin çok altında olmasının sorumluları arasındadır. Bu açıdan hipertansiyonla mücadelede hemşire araştırmacıların yaptığı araştırmaların sahaya uyarlanması ve araştırma sonuçlarına yönelik hipertansiyonda tedavi politikalarının geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.
- Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin hipertansiyonla mücadelede farkındalığın oluşturulması, yaşam tarzı değişikliklerinin hayata geçirilmesi ve uyumun artırılarak kan basıncı kontrolünün sağlanması amacıyla eğitim programlarının düzenlenmesi ve hasta takip ve kontrollerinin daha özenli ve düzenli şekilde yapılması önerilmektedir.

ÖZET

HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN TEDAVİ UYUMLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışma, hipertansiyon tanısı almış hastaların hipertansiyon tedavisine uyumları ve uyumu etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırma Isparta Uluborlu İlçe Devlet Hastanesinde 1 Ekim 2011, 31 Ocak 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini tedavi yada kontrol için başvuran ve çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 165 birey oluşturmuştur.

Araştırmada veri toplama araçları olarak, Sosyo Demografik Form, Hastalık Algısı Ölçeği, Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği, sf-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanması için etik kurul izni ve il sağlık müdürlüğünden yazılı izin, araştırmaya katılan hastalardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Araştırmaya katılan hastaların % 89,7 sinin 50 yaşından büyük, % 63,6'sının kadın, % 80,4'ünün beden kitle indeksinin 25 ve üzeri olduğu görülmüştür. HAÖ skorlarını yaş ile korelasyonunda “sonuçlar” ve “tedavi kontrolü” alt boyut skorlarında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). HBHTU ölçeğinin BKİ' ne göre total skorları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür. Sf-36 yaşam kalitesi ölçeğinin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon alt boyut skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmüştür ($p<0,05$). SYBD ölçeğinin eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt boyut skorları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Sonuç olarak hipertansiyon hastalarının HBHTUÖ göre sadece %15,8 inin tedaviye uyumlu olduğu, tedaviye uyumda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni

durumun yanı sıra hastalık algısının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve yaşam kalitelerinin tedaviye uyumu etkilediği belirlenmiştir. Tedaviye uyumu etkileyen bu faktörler göz önünde bulundurularak gerekli tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, tedavi uyumu, hastalık algısı

ABSTRACT

EVALUATION OF TREATMENT ADAPTATION OF PATIENTS DIAGNOSED WITH HYPERTENSION AND FACTORS AFFECTING TREATMENT

This is made as a definitive type of study in order to examine the compliance of the patients diagnosed with hypertension with medical treatment of hypertension and the facts that affect the compliance with medical treatment. Research was made at Uluborlu İlçe Hastanesi between 01.11.2011 to 31.01.2012. Sample of the research are 165 individuals who applied to a polyclinic for treatment or control and also meets the criterias for participating in the study.

Data collection tools used in this study are; Socio-demographic form, Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), Hill Bone Hypertension Treatment Compliance Scale(HBHTCS), Short Form 36, Scale Of Healthy Lifestyle Behaviors. Ethics committee permission, written permission from the Provincial Health Directorate and informed consent from the patients participating in research is taken for implementation of the research.

%89,7 of the patients involved in this research are aged over 50, %63,6 are female, %80,4 has a body mass index score of 25 and more. As a result of the correlation of IPQ-R scores with age, a positive meaningful relationship was found at the sub-dimension scores of "result" and "treatment control"(p<0,05). A meaningful difference between the total scores of HBHTCS according to the BMI was found. When the distribution of SF-36 according to the gender is examined; a meaningful difference was found in physical function, role power physical function, pain, overall health, vitality, social function sub- dimension scores (p<0,05). Also a meaningful difference was found between self-actualization, health-care liability, exercise, nutrition and interpersonal relationship subdimension scores by examining the distribution of Scale of Healthy Lifestyle Behaviours according to the educational status (p<0,05).

As result; it has been indentified that according to the HBHTCS only %15,8 of the patients are compatible with treatment and together with gender, age, educational status, marital status also perception of illness, healty lifestyle behaviors and quality of life affects the compliance with treatment. It is recommended that, factors affecting compliance with treatment should be considered for developing the treatment methods.

Key Words: Hipertension, compliance with treatment, perception of illness

KAYNAKLAR

- Acehan O, Hipertansiyon kontrolünde hastalık algısı ve grup görüşmelerinin etkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi Adana.(Yrd, Doç, Dr Hatice Kurdak),2010.
- Akdemir N, Birol L *İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı* Genişletilmiş 2. baskı Ankara EYLÜL 2005 471-476
- Akgül C. Hipertansiyon hastalarında antihipertansif uyumun değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Prof.Dr. Adnan Yıldırım),2008.
- Akpınar R. Tezel A. Kan basıncını düşürmek için kullanılan doğal yöntemler *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, Cilt: 6, Sayı: 2, 2003 :34-39
- Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar Ş, and for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005; 23: 1817-1823.
- Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E , et all. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH collaborative research group. *N Engl J Med* 1997; 336: 1117 –1124.
- Arıcı A, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar Ş. Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması Özeti: Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (<http://www.turkhipertansiyon.org/> - 24k). 26.05.2008.
- Arıcı M, Çağlar Ş. Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 2002; 33(1): 4-9.
- Arık N, Dilek M. Kan basıncı Ölçümü. 2004. Yelken Basım Yayın Tic. Ltd.şti. İstanbul 2004.
- Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S. Hastalık Algısı Ölçeğin'in Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri* 2007;10:192-200.
- Arpacı M, Kardeşoğlu E, Yiğiner Ö, Özmen N, Cingözbay BY, Cebeci BS. Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin karşılaştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2008; 7(4):333-338.
- Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of comorbid conditions on the SF-36: primary-care-based study among hypertensives. *Arch Med Res* 2005; 36: 136-141
- Bakaoğlu E, Yetkin, A. Hipertansiyonlu hastaların özbakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2000;4(1):41-49.

- Bardage C, Isacson Dag GL. Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 172-181.
- Battegay J.E, Lıp G, Bakris L.G. Hypertension Principles and Praticce. Tercüme: Kozan Ö. Global Yayın Ajansı, İstanbul 2009;3-95
- Baybuğa MS, Bulut H, Kapucu S. Hipertansiyon tanısı alan bireylerin kan basıncını düşürmeye yönelik uyguladıkları yöntemler. *Sağlık ve Toplum*. 2005; 15(4): 73-7.
- Bilgili N, Ayaz S. Kadınların sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 2009; 8(6):497-502.
- Booth J: A short history of blood pressure measurement. *Proc R Soc Med* 1977; 70: 793-799
- Bunker SJ, Colguhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, Oldenburg BF, Peach HG, Ruth D, Ternant CC, Tonkin AM. "Stres" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Med J. Aust*, 2003; 178: 272-276.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA*. 2003;289:2560- 2572
- Coleman DJ. Medication compliance in the elderly. *Journal of Community Nursing*. 2005; 19(8): 4-6.
- Çöl M. Hipertansiyon Epidemiyolojisi. Somgür Yayıncılık. Ankara 1994; 2-46.
- Dalak H, Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü *Yüksek Lisans Tezi* Mersin,(Yrd. Doç. Dr. MERAL ALTIOK) 2010
- Elmer PJ, Oberzanek E, Volmer WM, Morton D, Stevens VJ, Youngn DR, Lin P, et al, Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness, and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Intern Med* April 4, 2006;144:485-95.
- Erdine S, Ecdet T, Ayla Ş, Solakoğlu D, Dülger H. Avrupa Hipertansiyon Derneği-Avrupa Kardiyoloji Derneği Çalışma Grubu, Arteriyel Hipertansiyon Tedavi Kılavuzu, Tedavi Stratejileri: Yaşam tarzı değişiklikleri. İtalya, 2007, 40-42.
- Erenos B, Aytemir K. Dirençli hipertansiyon: Tanı ve tedavi. *Güncel İç Hastalıkları Dergisi* 2008;1: 79-94
- Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ Van İli ve Yöresindeki Hipertansif Hastaların Hipertansiyon Konusundaki Bilgi Düzeylerinin ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi *Van Tıp Dergisi*, Cilt:6, Sayı:4, Ekim/1999
- Esin MN. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Hemsirelik Bülteni*, 1999; 2(45): 87-96.
- Feather C. A practical guide to reaching hypertension targets. *Practice Nurse*. 2006; 31(11): 14-19.

- Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Blood pressure response to changes in sodium and potassium intake: a metaregression analysis of randomised trials. *J Hum Hypertens* 2003; 17: 471–480.
- Göçgeldi E, Babayigit MA, Hassoy H, Han CA, Taşçı İ, Ceylan Süleyman, Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50: 172-179
- Göğen S, Özdemir Y. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Hipertansif Hastaların Takibi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005; 4(1):8–15.
- Guidelines Committee. (2003) European Society of Hypertension/European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension . *J Hypertens* 2003; 21,1011–1053.
- Guidelines Committee. 2007 European Society of Hypertension/European Society of Cardiology Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2007; 25:1751–1762.
- Gürel SF. Hipertansiyon ve Sağlıklı Yaşam. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*, 2009; Tanıtım sayısı:1–7.
- Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4(12):153-164
- Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2009;8(2): 167-172
- Hacıhasanoğlu, R. ve Gözüm, S. Birinci basamakta hipertansiyon hastalarına yönelik eğitim ve evde izlemin ilaca uyum ve hipertansiyon yönetimine etkisi, 12.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı, (2008) 21-25 Ekim, Ankara. 324
- Hill, M. ve Miller, NH. 2004. Antihipertansif Tedaviye Uyum. Primer Hipertansiyon. Editörler: Joseph L. Izzo, Henry R. Black Çev.ed. Kazancı G. 3.Baskı. Nobel Kitapevi, İstanbul.
- Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu. T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ulusal Hipertansiyon Kontrol Programı. Birinci Baskı. Ankara. 1999.
- Hipertansiyon. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi, Ankara, 2003:37-44.
- Hipertansiyon. TC. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi. Ankara. 2002, s. 1-7.
- İlerigelen B, Hipertansiyon tedavisi. *Klinik Gelişim* 2005; 18-2:33-41
- JNC 7 Express The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Evaluation, AND Treatment of High Blood Pressure. *NIH Publication*, 2003, No.03
- JNC VII Complete Version. National High Blood Pressure Education Program. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection,

- evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003(42):1206-1252.
- Jones DW. The National High Blood Pressure Education Program Thirty Years and Counting. Ed. Hall JE. *Hypertension*. 2002; 39: 941-942.
- Kabakçı G. Antihipertansif tedavide yaşam kalitesi ve hasta uyumu. *Folia. Hipertansiyon Diyabet Ateroskleroz Dergisi*. 2006;6 (1): 5-6.
- Kaplan N.M. Management of hypertensive patients with multiple cardiovascular risk factors. *American Journal Of Hypertension* 2001;14:221-24.
- Karademir M. Köseoğlu IH. Vatansever K.Akker MVD'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' *The European Journal of General Practice*, 2009 1115: 4, 207 — 211
- Karakurt P. Hipertansiyonlu hastalarda ilaç kullanmayı etkileyen faktörler. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yüksek Lisans tezi* Erzurum. 2004.
- Kayış A. Kanser hastalarının hastalık algısı ve umutsuzluk düzeyi yüksek lisans tezi (danışman Prof Dr. Sevim BUZLU) Haliç üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü hemşirelik anabilim dalı İstanbul 2009.
- Kearney PM, Welton M, Reynolds K, Whelton PK. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *Journal of Hypertension* 2004(22): 11-19.
- Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2000 Summer;15(3):90-6.
- Koçyigit H, Aydemir Ö, Fisek G ve ark. "Kısa Form-36'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği", *ilaç ve Tedavi Dergisi*, 1999.
- Koruk İ, Şahin TK, Demir LS. Konya Fazilet Uluşık Sağlık Ocağı bölgesindeki 49 yaş grubu ev kadınlarında hipertansiyon prevalansı, farkında olma, tedavi ve kontrol altına alma durumu. *TSK Koruyucu Hekimlik Dergisi*. 2007; 6(1): 51-58
- Lambert EV., Steyn K. Et al. Cross-Cultural Validation Of The Hill-Bone Compliance To High Blood Pressure Therapy Scale In A South African, Primary Healthcare Setting Ethnicity & Disease, Volume 16, Winter 2006 : 286-291
- Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* 2008; 371(9623):1513-8.
- Li W, Liu L, Puente JG, et al. Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens* 2005; 23: 1667-1676.
- Lindholm LH. The problem of uncontrolled hypertension. *Journal of Human Hypertension*. 2002; 16: 3-8.
- Lip G (2004). *Clinical Hypertension in Practice*. Tercüme: Sansoy V. Uygulamada Klinik Hipertansiyon, Global Yayın Ajansı, İstanbul. 1-103.

- Macedo ME, Lima MJ, Silva AO, Alcantara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. *Journal of Hypertension*. 2005; 23: 1661-1666
- Mccance, KL, Huether. S. E. 2010. Pathophysiology : The Biologic Basic For Disease in Adults and Childeren, (6 th Edition), Mosby, p:1149
- Micozkadıoğlu H.Hipertansiyon tedavisinde kan basıncı ölçümü evde mi? Ofisde mi ? Ambulatuvar mı? *Turk Neph Dial Transpl* 2011; 20 (3): 214-219
- Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997;349:1436-1442.
- Ogedegbe G, Mancus CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2003; 56: 520-529.
- Okan A, bolu valiliği yaşılı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkında lığı ve evde bakım uygulamaları Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü *Yüksek Lisans Tezi*, Bolu, (Prof. Dr. Feray Gökdoğan) ,2010.
- Onat A, Türkmen S, Karabulut A, Yazıcı M, Can G,Sansoy V. Türk Yetişkinlerinde Hiperkolesterolemi ve Hipertansiyon Birlikteliği: Sıklığına ve Kardiyovasküler Riski Öngördümesine İlişkin TEKHARF Çalışması Verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2004; 32:533-541
- Ong KL, Cheung BMY, Man YB, Lau CP, Lam KSL Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension Among United States Adults 1999–2004. *Hypertension* 2007; 49: 69-75
- Oparil&Weber Hypertension: A companion to Brenner and Rector’s the kidney ed by Suzanne Oparil, Michael A. Weber W. B. Saunder’ s company s 1-2
- Önal E, Tümerdem E. Yaşlılıkta Hipertansiyon. *Turkish Journal of Geriatrics* 2001(4): 141-145.
- Öngen Z. Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim* 2005;18:47.
- Özer S, Argon G. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları, sağlığa verilen önem ve yaşam kalitesi ilişkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005; 21(1) :63–77.
- Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2008; 3(7):89–105.
- Parabaş N, Konya ili hadim ilçe merkezindeki 40 yaş ve üzeri popülasyonda hipertansiyon prevalansı ve farkındalık durumu Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü *Yüksek Lisans Tezi*, Konya, (Prof. Dr. Orhan DEMİRELİ), 2009.
- Samur G, Yıldız E. Obezite Vekardiyovasküler Hastalıklar / Hipertansiyon Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729 Şubat 2008 Ankara

- Sapmaz F. Hipertansiyonu olan bireylerin otonomi düzeyleri ile kan basıncını kontrol altına alma davranışları ve klinik sonuçları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. *Yüksek Lisans tezi* İzmir. 2000.
- Sevent Report of the joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *The Journal of Medical Association*. 2003;289 (19): 2560-2572
- Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_31d99.htm?wbnum=1108 [Erişim Tarihi: 11.01.2010].
- Ülger Z, Cankurtaran M. Yaşlı hastalarda hipertansiyon yaklaşım. *Güncel İç Hastalıkları Dergisi* 2008;1: 49-62
- Ünal PC, Çifçili S,Uzuner A, Akman M. Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2005; 9(4): 153-8.
- Ware JE, Sherbourne CD. “The MOS 36-item Short Form Health Survey”, I. Conceptual Framework and item Selection, *Med Care*, 1992.
- Wexler R, M.D., M.P.H., And Aukerman G, M.D. Ohio State University College of Medicine, Columbus, Ohio Nonpharmacologic Strategies for Managing Hypertension, *American Family Physician*, 2006, Volume 73, Number 11, 1953-56.
- Whelton PK, He J, Muntner P. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. *Journal of Human Hypertension* 2004 (18):545–551.
- Whitword A. 2003 World Health Organization (WHO) /International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of Hypertension* 2003;21(11):1983-1992. (www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension/en/-19k):11.06.12.
- WHO/ISH. Hipertansiyon Tedavi Kılavuzu. 1999.
- World Health Organization Clinical guidelines for the management of hypertension. *Emro Technical Publication Series* 29: 2005.
- Yalçınkaya M, Gök ÖF, Yavuz KA. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(6): 409-420.
- Yıldız M, Küçükazman M. Hipertansiyon epidemiyolojisi. *Güncel İç Hastalıkları Dergisi*. 2008; 1: 1-3
- Yurdakul S, Aytekin S. Kadınlarda hipertansiyon. *Arch Turk Soc Cardiol* 2010; 38(1) 25-31.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et. al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (The Interheart Study) case control study. *The Lancet* 2004;364:937-952.

EKLER

EK.1

SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

no:.....

- 1) Yaşınız:.....
 - 2) Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
 - 3) Boyunuz:.... Kilonuz:....
 - 4) Kan BasıncımmHg
 - 5) Medeni durumunuz: Evli Bekar
 - 6) Eğitim durumunuz nedir?
Okuma yazma yok Okur-yazar
İlköğretim Ortaöğretim Yükseköğretim
 - 7) Sosyal güvenceniz var mı: Var Yok
 - 8) Zararlı alışkanlıklarınız var mı: Sigara Alkol Diğer.....
 - 9) Mesleğiniz nedir? Memur Serbest meslek Ev hanımı Emekli
 Diğer
 - 10) Hipertansiyon haricinde başka hastalığınız var mı?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
DM KKH Hipotiroidi Hiperlipidemi KOAH, Kanser ...
 - 11) Ne zamandan beri hipertansiyon hastalığınız var?
 - 12) Kan basıncınızı hangi sıklıkta ölçtüyorsunuz?
 - 13) Hipertansiyon için ne sıklıkta kontrole gidersiniz?
 Ayda bir Üç ayda bir Altı ayda bir Yılda bir Hiç gitmem
 - 14) Kullandığınız ilacı nasıl tanıyorsunuz? İsminden Kutusundan Şeklinden
 - 15) Tedaviye başladıktan sonra ilaç tedavinizde değişiklik yapıldı mı?
 Evet Hayır
 - 16) Eğer cevabınız evet ise değişikliğin nedeni nedir?
Yan etki yaptı Tansiyonumu düşürmedi Pahalıydı
 Doktorumun önerisiydi İlaç yazdırmaya gittiğimde değiştirildi, nedenini bilmiyorum.
İlacınızı nasıl alırsınız?
Her gün düzenli Haftada birkaç kez almam Bazen ilaç alırım Hiç almam
 - 17) Kan basıncınızı kontrol altına almak için kullandığınız herhangi bir bitkisel tedavi, yöntem var mı? Evet Hayır
 - 18) Uyguladığınız yöntem KB kontrol altına aldığına inanıyor musunuz?
Evet Hayır
- Kim önerdi?
.....

19) Kullandığınız medikal yöntem ile alternatif yöntemi kıyaslar mısınız, sizce hangisi daha etkilidir?

EK 2.

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ

HASTALIĞINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

Aşağıda hastalığımızın başlangıcından bu yana yaşadığımız belirtilerin bir listesi verilmiştir. Lütfen var olanlarda evet olmayanlarda hayır seçeneğini yuvarlak içine alınız. Ayrıca, bu belirtilerin hastalığınızla ilgili olup olmadığı hakkındaki düşüncenizi aynı şekilde daire içine alarak belirtiniz.

	Hastalığımın başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım			Bu belirti hastalığımla ilgili		
	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Ağrı	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Boğazda yanma	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Bulantı	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Soluk almada güçlük	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Kilo kaybı	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Yorgunluk	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Eklem sertliği	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Gözlerde yanma	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Hırıltılı soluma	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Baş ağrıları	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Mide yakınmaları	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Uyku güçlükleri	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Sersemlik hissi	Evet		Hayır	Evet		Hayır
Güç kaybı	Evet		Hayır	Evet		Hayır

Şu anki hastalığınızla ilgili görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. Her bir cümleyi okuyup katılıp katılmadığınızla ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyunuz.

1: Kesinlikle böyle düşünmüyorum

4. Böyle düşünüyorum

2. Böyle düşünmüyorum

5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

3. Kararsızım

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Hastalığım kısa sürecek					
2. Hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Bu hastalık uzun sürecek					
4. Bu hastalık çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini bu hastalıkla geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey hastalığımın etkileyemez					
16. Hastalığımın etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak					
21. Hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımın kontrol edebilir					
23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez					
24. Hastalığımın belirtileri beni şaşırtıyor					
25. Hastalığım bana anlamsız geliyor					
26. Hastalığımın anlamıyorum					
27. Hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum					
28. Hastalığımın gayet net anlayabiliyorum					
29. Hastalığımın belirtileri güden güne farklılık gösteriyor					
30. Hastalığımın belirtileri bazen var bezen yok					
31. Hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)					
32. Hastalığımın daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor					
33. Hastalığımın düşündüğüm zaman çökkün oluyorum					
34. Hastalığımın düşündüğüm zaman üzgün oluyorum					
35. Hastalığım beni öfkeli yapıyor					
36. Hastalığım beni endişelendiriyor					
37. Bu hastalık beni kaygılandırıyor					
38. Hastalığım beni korkutuyor					

HASTALIĞIMIN NEDENLERİ

Sizce hastalığınızın nedeni nedir? Herkes farklı olduğu için bu sorunun doğru bir cevabı yoktur. Aşağıda hastalığınızın olası nedenlerinin bir listesi verilmiştir. Lütfen her bir nedeni okuyup o nedenin hastalığınıza yol açıp açmadığı ile ilgili düşüncenizi uygun kutuya (X) işareti koyarak belirtiniz.

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım
4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

OLASI NEDENLER	1	2	3	4	5
Stres ya da endişe					
Kalıtsal (irisi)					
Bir mikrop ya da virüs					
Diyet -yemek alışkanlıkları					
Şans ya da kötü talih					
Geçmişimdeki kötü tıbbi bakım					
Çevre kirliliği					
Kendi davranışım					
Benim tutumum, örneğin yaşamım hakkında olumsuz düşünmem					
Aile problemleri					
Aşırı çalışma					
Duygusal durumum, örneğin; kendimi kötü, yalnız, gergin ya da boşlukta hissetmem					
Yaşlanma					
Alkol					
Sigara içme					
Kaza ya da yaralanma					
Kişilik özelliklerim					
Vücut direncimin azalması					

Lütfen aşağıya hastalığınıza neden olduğunu düşündüğünüz üç faktörü önem sırasına göre yazınız. Yukarıdaki tablodan seçebilirsiniz ya da sizin düşündüğünüz nedenleri yazabilirsiniz.

Bana göre hastalığıma yol açan en önemli nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

EK 3

Hill- Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Skalası

1.Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?

- Hiçbir zaman Bazen Çoğu zaman Her zaman

2.Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 33. soruyu da cevaplayın)

- Hiçbir zaman Bazen Çoğu zaman Her zaman

3.Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 34. soruyu da cevaplayın)

- 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 kaçırsınız?

- 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 dışında cevap varsa 35. soruyu da cevaplayın)

- 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 edersiniz?

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

EK. 4

SF-36

1).Genel olarak sağlığınız için hangisini söyleyebilirsiniz?

a-Mükemmel b-çok iyi c-iyi d-Orta e-Kötü

2).Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a-1 Yıl ncesine Göre ok Daha iyi

b-1 Yıl ncesine Göre Biraz Daha iyi

c-1 Yıl ncesiyle Hemen Hemen Aynı

d-1 Yıl ncesine Göre Daha Kötü

e-1 Yıl ncesine Göre ok Daha Kötü

3). Aşağıdakiler gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız bunları kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, Oldukça Kısıtlıyor	Evet, Biraz Kısıtlıyor	Hayır, Hiç Kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
Bir Masayı çekmek, elektrik süpürgesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat ıkma			
Merdivenle bir kat ıkma			
Eğilme veya diz kme			
1-2 Km yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			
Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			

4). Son dört hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz ya da günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı basardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlanma oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5). Son bir ay içinde duygusal sorunlarınızın sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinlikleriniz de aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	EVET	HAYIR
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor		

6). Son bir ay içinde bedensel sağlığınız ya da duygusal sorunlarınız arkadaşlarınızla veya komşularınızla olan etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b)Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Oldukça etkiledi
- e)Aşırı etkiledi

7).Son bir ay içinde ne kadar ağrınız oldu?

- a)Hiç
- b)Çok hafif
- c)Hafif
- d)Orta
- e)Şiddetli
- f)Çok şiddetli

8).Son bir ay içinde ağrınız işinizi ne kadar etkiledi?

- a)Hiç etkilemedi
- b)Biraz etkiledi
- c)Orta derecede etkiledi
- d)Oldukça etkiledi
- e)Aşırı etkiledi

9).Aşağıdaki sorular son bir ay içinde neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı seçin.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin Neşelendiremeyeceği kadar Kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve olumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10). Son dört hafta boyunca bedensel sağlığınız ve duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi ne sıklıkla etkiledi?(akraba ve arkadaş ziyareti gibi)

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

11).Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır?

	Kesinlikle	Çoğunlukla	Bilmiyorum	Nadiren	Asla
Diğer insanlardan daha kolay Hastalanıyor gibiyim					
Diğer insanlar kadar sağlıklıyım					
Sağlığımın kötüye gideceğini Düşünüyorum					
Sağlığım mükemmel					

EK.5

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMLERİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ(SYBDÖ)

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız ve kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır.

Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı veremeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısındaki cevaplardan size uygun olanı parantez içine (X) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1.Sabahları kahvaltı erdim.				
2. Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder doktora giderim.				
3. Kendimi beğenirim.				
4. Haftada en az üç kez basit beden hareketleri yaparım.				
5. Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6. Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.				
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucunun ne anlama geldiğini bilirim				
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12. Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13. Haftada en az üç kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım.				
14. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				
18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				

	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
20. Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21. Geleceğe ümitle bakarım.				
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24. Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana Dokunmalarından hoşlanırım.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15–20 dakika zaman Ayırırım.				
28. Sağlığımla ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini Bilirim.				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün dört besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) İçeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşetirim.				
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi Fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.				
40. Yatarken mutlu ve hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi, bakacağım konusunda sağlık Görevlilerinden bilgi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.				
45. Stresimi kontrol altına alabilmek için belirli yöntemler Kullanırım.				
46. Sağlığı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara Katılırım.				
47. Sevdiklerimin bana dokunmalarından hoşlanıyorum.				
48. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

EK.6 Çalışmaya katılım Onam formu

Sorumlu Araştırmacı: Yasemin GÜN

Bu çalışma hipertansiyon tanısı almış hastaların tedaviye uyumları ve tedaviye uyumu etkileyen faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Araştırma sırasında sizlere sizle ilgili yaşınız cinsiyetiniz gibi kişisel bilgiler sorulacak ayrıca hastalığınız ve hastalık algınız, tedaviye uyumunuz, yaşam kaliteniz ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili bir dizi anket yöneltilecektir.

Çalışmaya katılım tamamen gönüllülüğe bağlı olup, katılımcı araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsa bile herhangi bir anda vazgeçebilir. Katılmaması ya da vazgeçmesi durumunda, tedavi ve bakımında hiçbir farklılık olmayacak ve bundan dolayı hiçbir zarar görmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız takdirde size herhangi bir ücret ödenmeyecek ve sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışma ile ilgili olarak aklınıza takılan her türlü soruyu sorabilirsiniz. Size gerekli açıklamalar yapılacaktır. Çalışma kapsamında alınan bilgiler kesinlikle gizli tutulacak ve isim kullanılmaksızın sadece bilimsel çalışma amacıyla kullanılacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu çalışmaya katıldığım için bana hiçbir ücret ödenmeyeceğini ve benden bir ücret talep edilmeyeceğini öğrendim. Gerek araştırma yürütülürken, gerekse yayımlandığında kimliğimin gizli tutulacağını öğrendim. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Tarih :/...../.....

Araştırmacının Adı Soyadı ve İmzası : Yasemin GÜN

Katılımcının Adı Soyadı ve İmzası :

EK 7.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik

Sayı : B.30.2.SDÜ.0.05.05.00-604.01.02/31
Konu : Etik Kurul Kararı.


18142

11-10-2011

Sayın, Yasemin GÜN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi

Yürütücüsü olduğunuz "Hipertansiyon tanısı almış hastaların tedaviye uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi" konulu araştırmanız Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 16.09.2011 tarih ve 24/5 sayılı kararı ile uygun bulunmuştur.

Kararın bir sureti yazımız ekinde gönderilmiş olup, ilgi başvurunuza cevaben bilgilerinizi rica ederim.


Prof. Dr. Mehmet Numan TAMER
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:

- 1- Kurul Kararı (1 sayfa)

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Kararları


TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
16.09.2011	24	5

5- Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasemin GÜN'ün "Hipertansiyon tanısı almış hastaların tedaviye uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi" konulu araştırması hk.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasemin GÜN'ün "Hipertansiyon tanısı almış hastaların tedaviye uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi" konulu araştırmasının kapsam ve uygulama açısından etik ilkelere ve insan haklarına uygun olduğuna,


Mevcutun oybirliği ile karar verildi.


Prof. Dr. M. Numan TAMER
Başkan


Prof. Dr. Faruk BURHAN
Başkan Yrd.


Prof. Dr. Songül SALLAN GÜL
Üye

(GÖREVLİ)
Prof. Dr. İdris OĞURLU
Üye


Prof. Dr. Lütfullah GÜNDÜZ
Üye


Prof. Dr. Nilgün GÖKTÜRK BAYDAR
Üye



Prof. Dr. Serpil PEHLİVAN
Üye

(GÖREVLİ)
Prof. Dr. Zühal KIRZIOĞLU
Üye


(GÖREVLİ)
Prof. Dr. Ziya GENÇEL
Üye


Prof. Dr. Murtaza ÖLMEZ
Üye


Prof. Dr. İsmail Hakkı GÖKSOY
Üye


Prof. Dr. Abdullah DOĞAN
Üye


Prof. Dr. M. Ehemî ÖZGÜNER
Üye


Doç. Dr. Yüksel METİN
Üye


16.09.2011
Zühal BARDAK
Raportör

EK. 8. SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZNI

Bebegin İlk Aşısı Anne Sütüdür.

T.C.
ISPARTA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

03.08.11 16778

Sayı : B.10.4.ISM -4-32-00-58/ 622-539
Konu : Araştırma İzni

Sayın: Yasemin GÜN

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasemin GÜN "Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumluluğu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Yard.Doç.Dr. Medet KORKMAZ danışmanlığında ilimiz Uluborlu Devlet Hastanesi, Uluborlu Aile Sağlığı Merkezi ve Uluborlu Kiraz Aile Sağlığı Merkezi'nde anket yöntemi ile araştırma yapmak istemektedir.

Araştırmaya katılımların gönüllülük esasına ve hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, yapılacak çalışmanın sonucundan bir suretinin Müdürlüğümüze gönderilmesi ve Müdürlüğümüzün bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.


Uz. Dr. Süleyman ONAL
Sağlık Müdürü

DAĞITIM :
Gereği İçin:
Yasemin GÜN

Bilgi İçin:
Uluborlu Devlet Hastanesi
Uluborlu Toplum Sağlığı Merkezi

Adres : İl Sağlık Müdürlüğü 32040 Isparta Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat: Aile ve Toplum Sağlığı Şb.Müd.
Telefon : 0 (246) 211 68 21 - 211 68 22 - 211 68 23 Faks No: 0 (246) 2181432

EK.9

HASTALIK ALGISI ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

□ Zeynep Armay [Kişilere ekle](#) 02.06.2011
Kime: yasemin.gün [Yanıtla](#)

Merhabalar,
Ölçeği kullanmanızdan memnunkluk duyarım, çalışmayla ilgili daha sonra bilgi verirsiniz seviniim.
Ölçek ile ilgili detaylı bilgiyi orijinal web sitesinden bulabilirsiniz.
Kolaylıklar,

Zeynep Armay, PhD
Clinical Psychologist, Psycho-oncologist
Psychiatric Medicine Center
General Secretary
Turkish Psychosocial Oncology Society
Tel:+902122740444


--- On Fri, 5/27/11, yasemin.gün <yasemingun@windowslive.com> wrote:


EK.10

HİLL BONE HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ İZİN YAZISI

Melek Karademir [Kişilere ekle](#) Belgeler | 17.03.2011 [Yanıtla](#)
Kime: yasemin gün

2 ek (toplam 104,6 KB) Hotmail [Etkin Görünüm](#)

 melek-hak...pdf
Karşidan yükle (92,3 KB)

 Hill-Bone...docx
[Çevrimiçi göster](#)
Karşidan yükle (12,3 KB)

Tümünü zip olarak karşidan yükle

Sevgili Yasemin,
Umarım makale ve anket sana yararlı olur. Çalışmalarında başarılar dilerim.
Dr. Melek Karademir

EK.11

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ İZİNİ

Omer Aydemir [Kıptara ekle](#) Belgeler | 29.05.2011
Kime: ysemingun@windowslive.com Yanıtla

1 ek (33,9 KB) Hotmail Etkin Görünüm

 SF36 değe...doc
Çevrimiçi göster
Karıdan yükle (33,9 KB)

Zıp olarak karıdan yükle

Merhaba,
Tezinizde SF-36 ölceğini kullanmanızdan memnuniyet duyarım. Ölceğin değerlendirme yönergesini ekte bulabilirsiniz.
Kolay gelsin
Omer

EK.12

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ İZİNİ

mnesin@istanbul.edu.tr [Kişileri ekle](#) 19.06.2012 [Yanıtla](#)

Konu: yatemir gün

Sayın Yatemir GÜN,

Tarafından Türkiye güvenilirlik ve geçerlik analizleri yapılan "Sağlıklı yaşam Biçimi Davranışları" (SYBD) ölçeği, "Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumları ve tedaviye uyumları etkileyen faktörlerin incelenmesi" başlıklı tezinde veri toplama aracı olarak kullanabilmeyi. Lütfen kaynakçada kaynağı "Esis, M.N. "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkiye'ye Uyarlanması", *Hemşirelik Bülteni*, 12:45, (1999)" şeklinde gösteriniz.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Doç.Dr.M.Nihal ESİN
M.Nihal ESİN, Ph.D
Associate Professor, Department of Community Health Nursing,
Florence Nightingale School of Nursing, Istanbul University
Address: Istanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu,
Abide-i Hürriyet Caddesi, Şişli, İstanbul, Turkey
Telephone: +(90)212 4400000-27006; Fax:+(90)212 2244990
E-mail:mnesin@superonline.com; mnesin@istanbul.edu.tr

ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Muğla ilinin Kavaklıdere ilçesinde doğdum.

İlköğretim Kavaklıdere Atatürk İlköğretim okulunda ve liseyi Muğla Anadolu Lisesinde okudum.

2005 Yılında Muğla Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümüne başladım.

2009 yılında bu bölümden mezun oldum ve aynı yıl temmuz ayında Isparta'nın Uluborlu İlçesi Devlet Hastanesinde hemşire olarak görev yapmaya başladım.

2010 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladım.