



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

GERİATRİK ESANSİYEL HİPERTANSİYON TANILI
HASTALARDA TANSİYON TAKİP KARTININ TEDAVİDE
HEDEF DEĞERLERE ULAŞMADAKİ YERİ VE ÖNEMİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Alp ŞENER

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN

İZMİR
NİSAN – 2015

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**GERİATRİK ESANSİYEL HİPERTANSİYON TANILI
HASTALARDA TANSİYON TAKİP KARTININ TEDAVİDE
HEDEF DEĞERLERE ULAŞMADAKİ YERİ VE ÖNEMİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Alp ŞENER

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN

İZMİR

NİSAN – 2015

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İç Kapak	II
Kabul Onay Sayfası	III
İçindekiler	VI
Tablolar Dizini	VI
Kısaltmalar	VIII
1. Giriş	1
2. Genel Bilgiler	3
2.1 Hipertansiyonun Tanımı	3
2.2 Hipertansiyonun Sınıflandırılması	4
2.3 Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	7
2.4 Hipertansiyon Patogenezi	10
2.5 Hipertansiyonda Tedavi Stratejileri	13
2.6 Aile Hekimliğinde Hipertansiyon Yönetimi	16
3. Yöntem ve Gereç	19
3.1 Çalışma Tasarımı	19
3.2 İzinler	21
3.3 İstatistiksel Değerlendirme	21

4. Bulgular	22
5. Tartışma	46
5.1 Demografik Özellikler	46
5.2 Hipertansiyon Süresi ve Hipertansiyon ile İlgili Bilgiler	47
5.3 Hastanın Yaşam Tarzı	48
5.4 Çalışma Verilerinin Değerlendirilmesi	51
6. Sonuç ve Öneriler	54
7. Özetler	56
8. Kaynaklar	59
Ekler	64
Ek 1 Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Anket Formu	64

TABLolar

Tablo 2.1: Hipertansiyon Sınıflaması

Tablo 2.2: Hipertansiyon Sınıflaması

Tablo 2.3: Kan Basıncı Değerlerine Göre Risk Grupları

Tablo 3.1: Çalışma Gruplarının Özellikleri

Tablo 4.1: Olguların gruplara göre dağılımı

Tablo 4.2: Olguların sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.3: Olguların HT yılı ve bilgileri dağılımı

Tablo 4.4: Olguların yemeğine tuz atma ve yürüyüş sıklığı oranları dağılımı

Tablo 4.5: Sağlıklı yaşam ile ilgili olguların düşünceleri dağılımı

Tablo 4.6: Sigara içen olguların sigarayı bırakma düşünceleri dağılımı

Tablo 4.7: Olguların ek hastalık ve kolesterol yüksekliği oranları dağılımı

Tablo 4.8: Olguların en son göz muayene yılı ve tansiyon ölçtürme sıklığı oranları dağılımı

Tablo 4.9: Olguların tedavilerinin takip edildiği yerlerin dağılımı

Tablo 4.10: Olguların ilaçları ile ilgili bilgileri dağılımı

Tablo 4.11: Olguların gruplara göre sosyodemografik özellikleri

Tablo 4.12: Olguların gruplara göre HT yılı ve bilgileri dağılımı

Tablo 4.13: Olguların gruplara göre yemeğine tuz atma oranları dağılımı

Tablo 4.14: Olguların gruplara göre yürüyüş sıklığı oranları dağılımı

Tablo 4.15: Olguların gruplara göre dışarıda yemek yerken az yağlı ve az tuzlu yemek seçme oranları dağılımı

Tablo 4.16: Olguların gruplara göre asansör kullanma alışkanlıkları oranları dağılımı

Tablo 4.17: Olguların gruplara göre alkol ve sigara kullanma alışkanlıkları oranları dağılımı

Tablo 4.18: Olguların gruplara göre ek hastalıkları dağılımı

Tablo 4.19: Olguların gruplara göre kolesterol yüksekliği oranları dağılımı

Tablo 4.20: Olguların gruplara göre en son göz muayenesi olduğu yılların dağılımı

Tablo 4.21: Olguların gruplara göre tansiyon ölçtürme sıklıkları dağılımı

Tablo 4.22: Olguların gruplara göre tedavisinin takip edildiği yerlerin dağılımı

Tablo 4.23: Olguların gruplara göre ilaçları ile ilgili bilgileri dağılımı

Tablo 4.24: Olguların gruplara göre yaş, boy, kilo, BMI ve bel çevreleri ortalama dağılımı

Tablo 4.25: Deney ve kontrol grubu olgularda ilk ve 2. muayene 1. ve 2. ölçümlerdeki sistolik ve diastolik tansiyon değerleri ortalama dağılımı

Tablo 4.26: Deney ve kontrol grubu olgularda 1. ve 2. ölçümlerdeki sistolik ve diastolik tansiyon ilk ve 2. muayene değerleri ortalama dağılımı

Tablo 4.27: Olguların hekim ve hasta tarafından ölçülen sistolik tansiyonlarının ilişkisi için yapılan korelasyon analizi sonuçları

Tablo 4.28: Olguların hekim ve hasta tarafından ölçülen diastolik tansiyonlarının ilişkisi için yapılan korelasyon analizi sonuçları

KISALTMALAR

HT: Hipertansiyon

KB: Kan Basıncı

SKB: Sistolik Kan Basıncı

DKB: Diastolik Kan Basıncı

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

PATENT: Türk hipertansiyon prevalans çalışması

JNC: Amerikan Ulusal Birleşik Komitesi

ESH/ESC: Avrupa Hipertansiyon derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği

USPSTF: Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Çalışma Grubu

NHANES: Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi

ACEİ: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri

ARB: Aldosteron reseptör antagonisti

KKB: Kalsiyum kanal blokeri

SALTürk: Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması

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

VKİ: Vücut kitle indeksi

mmHg: Milimetre Cıva basıncı

1. GİRİŞ

Hipertansiyon; sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması olarak tanımlanmaktadır. Anormal sayılması gereken kan basıncı düzeyi konusundaki tartışmalar sürmektedir. Pickering 1972 yılında normal ve anormal kan basıncı arasında bir sınır olmadığını, mortalite ve arteriyel basınç ilişkisinin nicel olduğunu ve kan basıncı arttıkça prognozun kötüleştiğini belirtmiştir.

Gerçekten de kan basıncının 115/75 mmHg düzeyinden başlamak üzere her 20 mmHg sistolik ve her 10 mmHg diyastolik basınç artışları ile kardiyovasküler olaylara bağlı mortalite iki kat artmaktadır. (1)

Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma ‘Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri’ (TEKHARF) çalışmasıdır. Bu çalışmanın 2007/8 kohortunda, 140/90 mmHg ve üstü kan basıncı ya da antihipertansif ilaç tedavisi alma olarak tanımlanan hipertansiyon prevalansı kadınlarda %46,3 ve erkeklerde %37,7 olarak bulunmuştur (2). Bir diğer çalışma ‘Türk Hipertansiyon Prevalansı’ (PATENT) çalışmasıdır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği adına yapılan ve 2003 yılında 18-80 yaş arası yaklaşık 5000 bireyin katıldığı bu çalışmada hipertansiyon prevalansı %31,8 bulunmuştur ve hipertansiyon prevalansı kadınlarda (% 36,1) erkeklerden (% 27,5) daha yüksektir (3). Bu çalışmanın 2012 yılında yapılan izlem çalışmasında (PATENT 2) hipertansiyon prevalansında (%30,3) önemli bir değişikliğin olmadığı saptanmıştır (4).

Çok ciddi bir sağlık sorunu olmasına ve kan basıncını düşürücü etkili ilaçların bulunmasına karşın tüm dünyada hipertansif bireylerin durumlarının farkında olması, yüksek kan basıncını düşürücü ilaç kullanma ve kan basıncının kontrol altında olması konularında büyük sıkıntılar vardır. Amerika Birleşik Devletlerinde hipertansif bireylerin %70’i yüksek kan basıncının farkında ve %59’u tedavi almaktadır; ancak kan basıncı kontrol altında olanların oranı yalnızca %34’tür (5). Avrupa ülkelerindeki hipertansif hastaların üçte ikisi ile dörtte üçünün hiç tedavi almadığı saptanmıştır (6).

Ülkemizde ise hipertansif bireylerin durumlarının farkında olması, tedavi alma ve kan basıncının kontrolde olma oranlarında son yıllarda önemli artışlar gözlenmiştir. TEK HARF çalışmasında hipertansif erkeklerin %53,7’si, kadınların %60’ı ilaç tedavisi almaktadır. Kan

basıncını normalize etme başarısı ilaç alan erkeklerde %64 iken, kadınlarda %52 düzeyinde bulunmuştur. İlaç alanların %58'inde kan basıncının tam kontrol altına alındığı (kan basıncı <140 ve/veya <90 mm Hg), %24'ünde hafif hipertansiyon (kan basıncı 140-159 ve/veya 90-99 mm Hg) düzeyine düşürüldüğü veya tutulabildiği bildirilmiştir (2). 2003 yılında yapılan PATENT çalışmasına 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 (2). PATENT 2 çalışmasında ise bu oranlar sırasıyla %54,7, %47,4 ve %28,7'dir. Hipertansiyonun farkında olma oranı kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksektir (% 47,9'a karşın % 27,9) (4).

Kan basıncını düşürmede etkin tedaviler olmasına karşın hipertansiyonun farkındalık, tedavi ve kontrol oranları düşüktür. Dünyada hipertansiyonu olan insanların ancak %50'si hipertansif olduğunun farkına varmakta ve bunların %50'si antihipertansif tedavi almakta, antihipertansif tedavi alanların ise ancak %50'sinde hipertansiyon kontrol altına alınabilmektedir (7)

Ülkemizde daha önce yapılan çalışmalar göstermiştir ki sadece tansiyon takip kartı verilerek arttırılan hastalık farkındalığı ile hastaların tansiyonlarının anlamlı düşüşü sağlanabilir. (8)

Bu çalışma ile amaçlanan 3. basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 65 yaş üzeri hastaların verilen tansiyon takip kartı ile sağlanan hastalık farkındalığı ile tansiyon değerlerinde anlamlı bir düşüş elde edilip edilemeyeceğinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon kelime anlamı olarak Grek kökenli yüksek yada üzerinde manasına gelen “*hiper*” ile Latin kökenli ve gerilim manasına gelen “*tensio*” kelimelerinin birleşmesi ile oluşmuş ve İngilizcesinden Türkçeye aynen alınmış bir kelimedir. “*Hiper*” sözcüğünün Latincedeki tam karşılığı “süper” olsa dahi “*süpertansiyon*” kullanımı yerine tüm dünyada hipertansiyon kullanımı yerleşmiştir. Yinede çalışmamızın içinde yer alan 65 yaş üstü hastaların hastalık adını karıştırdığı için yanlışlıkla söylediği “*süpertansiyon*” sözcüğü de hiç de yanlış sayılabilecek bir kullanım değildir.

Hipertansiyon kavramı sistemik arterlerdeki kan basıncı yüksekliği ile ilişkilidir ve damar yatağı içinde dolaşan kanın damar duvarında yarattığı yüksek basınçtır (9).

Anormal sayılması gereken kan basıncı düzeyi konusunda tartışmalar sürmektedir. Pickering 1972 yılında normal ve anormal kan basıncı arasında bir sınır olmadığını, mortalite ve arteryel basınç ilişkisinin nicel olduğunu ve kan basıncı arttıkça prognozun kötüleştiğini belirtmiştir. Hipertansiyonun, inme, koroner kalp hastalığı gibi major komplikasyon risklerinde artışı beraberinde getiren kan basıncı yüksekliği olarak tanımlanması da mümkündür. Kan basıncının 115/75 mmHg düzeyinden başlamak üzere her 20 mmHg sistolik ve her 10 mmHg diyastolik basınç artışları ile kardiyovasküler olaylara bağlı mortalite iki kat artmaktadır(1). Bugün kılavuzlarda sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının da 90 mHg veya üzerinde bulunması ya da kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olması hipertansiyon olarak tanımlanır (10)

2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonun sınıflamasının amacı her hastanın durumuna uygun kolay ve güvenilir bir yöntem sunmaktır. Sınıflama ile hastalığın ciddiyeti hakkında değerlendirme yapılabilir ve risk tanımlanarak sağaltım sağlanabilir.

2.2.1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Sınıflandırma

Hipertansiyonun saptanması ve tedavisindeki amaç, yol açtığı hedef organ hasarlarına bağlı morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Bu amaçla periyodik olarak Avrupa Hipertansiyon Derneği – Avrupa Kardiyoloji Derneği [European Society of Hypertension- European Society

of Cardiology (ESH-ESC)], Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerikan Ulusal Birleşik Komitesi [American Joint National Committee (JNC)] tarafından hipertansiyona yaklaşım kılavuzları yayınlanmaktadır (11). Tablo 2.1 ve 2.2’de sırasıyla 2014 yılında yayınlanan Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Birleşik Ulusal Kurul (JNC VIII) raporundaki ve Avrupa Hipertansiyon derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği’nin (ESH/ESC) 2013 arteriyel hipertansiyon tedavisi kılavuzundaki hipertansiyon sınıflaması verilmiştir (5,12).

Tablo 2.1 Hipertansiyon Sınıflaması

Kan basıncı sınıfı	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	<120	ve	< 80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	veya	90-99
Evre 2 HT	≥ 160	veya	≥ 100

Tablo 2.2 Hipertansiyon Sınıflaması

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Optimal	<120	Ve	<80
Normal	120-129	Ve/veya	80-84
Normal-Yüksek	130-139	Ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140-159	Ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	Ve/veya	100-109
Evre 3 HT	≥180	Ve/veya	≥110
İzole Sistolik HT	≥140	Ve	<90

2.2.2. Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflaması

- Esansiyel Hipertansiyon
- Sekonder Hipertansiyon

Hipertansiyonun % 90'dan fazlasında kan basıncının yükselmesinden sorumlu etiyolojik faktörler halen bilinmemektedir. Sekonder hipertansiyon formları göreceli olarak ender hastalıklar olup; prevalansları toplam hipertansiyon vakalarının % 5–10 kadarıdır (13).

2.2.2.1 Esansiyel Hipertansiyon

Hipertansiyonu bulunan hastaların % 5'inde altta yatan renal ya da adrenal bir hastalık ya da tek gen mutasyonu sorumludur. Geri kalan % 95'lik hastada ise yüksek kan basıncı sebebini açıklayabilecek bir nedenin net olarak ortaya konamadığı esansiyel hipertansiyon mevcuttur.

Esansiyel hipertansiyon, genetik ve çevresel unsurların bir fenotip oluşturmak üzere etkileşim gösterdikleri, karmaşık, multifaktöryel poligenik bir hastalıktır. Esansiyel hipertansiyonun nedenleri arasında genetik düşünceler, çevresel faktörler, tuz, renin'in rolü, sodyum iyonu duyarlılığı, hücre membran bozukluğu ve insulin direnci sıralanabilir. Çevresel etmenler arasında tuz tüketimi, alkol ve obezite önemli yer kaplamaktadır. Her ne kadar kan basıncı üzerinde etkili çevresel unsurlar yeterli düzeyde ortaya konabilmişse de esansiyel hipertansiyon gelişimini etki eden ve bu bozukluğa neden olan etkileşimleri açıklayan genetik faktörler hakkında sınırlı bir bilgi mevcuttur (14).

2.2.2.2. Sekonder Hipertansiyon

Hipertansif erişikilerin küçük bir bölümünde kan basıncı yükselmesinin özgül bir nedeni saptanabilir. En sık sekonder nedenler renal parankimal hastalıklardır. Hipertansiyona yol açan birçok endokrin neden de mevcuttur. Bunlar arasında primer aldosteronizm, feokromasitoma, kortizol veya troid anormallikleri yer alır. En sık sekonder değerlendirme endikasyonu, şiddetli bir kan basıncı yükselmesi, ani başlangıçlı veya kötüleşen hipertansiyon ve ilaç tedavisine yetersiz yanıt veren kan basıncıdır(15).

2.2.3 Hipertansiyonun Hedef Organ Hasarı ve Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Varlığına Göre Sınıflandırılması

Yüksek kan basıncını tespit ve tedavi etmenin amacı kardiyovasküler hastalığı ve ilişkili olarak morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Kardiyovasküler hastalık için risk sadece kan basıncı düzeyi ile değil, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin varlığı ve yokluğu ile de ilgilidir. Bu nedenle hipertansiyonu sınıflandırırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir (10).

Yüksek - normal kan basıncı ile 1. 2 ve 3. evrede hipertansiyonu olan hastalar A, B ve C risk gruplarına göre değerlendirilmektedir. Bu sınıflamada diyabetin varlığı, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler hastalık ile eşdeğer tutulmaktadır. Risk grubu A'da kan basıncı ne düzeyde olursa olsun, klinik olarak kardiyovasküler hastalık, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur. Risk grubu B' de hastalarda klinik olarak kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı olmamakla birlikte, diyabet dışında 1 veya daha fazla risk faktörü bulunur. Risk grubu C'de ise hastalarda klinik kardiyovasküler hastalık ve hedef organ tutulumu mevcuttur (Tablo 2.3). Kan basıncı düzeyi ve risk grupları ile yapılan sınıflandırma doğrudan tedavi yaklaşımı ve prognozun belirlenmesi ile bağlantılıdır (10).

Tablo 2.3 Kan Basıncı Değerlerine Göre Risk Grupları

Kan basıncının derecesi(mmHg)	Risk grubu A	Risk grubu B	Risk grubu C
Yüksek-normal (130-139 / 85-89)	Non-farmakolojik tedavi	Non-farmakolojik tedavi	İlaç tedavisi ©
Evre 1 (140-159/ 90-99)	Non-farmakolojik tedavi (12 aya kadar)	Non-farmakolojik tedavi (6 aya kadar)	İlaç tedavisi
Evre 2 ve 3 (≥160/100)	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi	İlaç tedavisi

©: Kalp yetersizliği, böbrek yetersizliği veya diyabet'i olanlar.

2.3. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında bir numaralı risk faktörüdür. Hipertansiyon sıklığı, çalışılan popülasyonun yaşı, ırksal özellikleri ve diyet alışkanlıklarına göre değişmektedir. Amerikan Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi (NHANES 1999-2000) sonuçlarına göre, 35 yaş üstü olan yetişkin Amerikan halkının %29'u hipertansiftir. Bu kişilerin %70'inin hipertansiyonlu olduğunun farkında olduğu ve %59'unun tedavi almakta olduğu, ancak %34'ünde kan basıncının kontrol altında olduğu bildirilmektedir. Kırk yaş altında erkeklerde; kırk yaş üzerinde ise kadınlarda hipertansiyon prevalansı daha yüksek bulunmaktadır. Framingham Kalp Çalışmasında, 55-65 yaş arası normotansif olan erkek ve kadınlarda, 80-85 yaşında hipertansiyon gelişme riski % 90 bulunmuştur. Yine bu çalışmada 55 yaş altındaki katılımcıların yarısından çoğunda 10 yıl içinde hipertansiyon geliştiği, erkeklere göre kadınların değişik KB düzeylerinde kardiyovasküler riski daha düşük olduğu gözlenmiştir.

Bazı Avrupa ülkelerinde 1990'larda yapılan çalışmada 35 yaş üstü olan yetişkinlerde hipertansiyon prevalansı %44 ve kan basıncı kontrol altında olan hipertansif hasta oranı ise %10'nun altında bulunmuştur. Bu çalışmalarda, Avrupa ülkelerindeki hipertansif hastaların üçte ikisi ile dörtte üçünün, Amerika'da ise yaklaşık yarısının hiç tedavi almadığı saptanmıştır (11).

Ülkemizde hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk geniş kapsamlı çalışma TEKHARF çalışmasıdır. Bu çalışmanın 2007/8 kohortunda 140/90 mmHg ve üstü ve ilaç tedavisi alanların hipertansif kabul edildiği verilerine göre hipertansiyon prevalansının kadınlarda %46,3, erkeklerde %37,7 olduğu bulunmuştur. Hipertansif erkeklerin %53,7' i, kadınların %60' ı ilaç tedavisi almaktadır. Tansiyonu normalize etme başarısı ilaç alan erkeklerde %64 iken, kadınlarda %52 düzeyinde bulunmuştur. İlaç alanlardan %58'inde tansiyonun tam kontrol altına alındığı (kan basıncı <140 ve/veya <90 mmHg), %24'ünde hafif hipertansiyon (kan basıncı 140-159 ve/veya 90-94 mmHg) düzeyine düşürüldüğü veya tutulabildiği öne sürülebilir (10). Bir diğer çalışma PATENT çalışmasıdır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin, 2003 yılında 18-80 yaş arası yaklaşık 5000 bireyin katıldığı bu çalışmada hipertansiyon prevalansı %31,8 bulunmuştur ve hipertansiyon prevalansı kadınlarda (%36,1) erkeklerden (%27,5) daha yüksektir. Hipertansiyonun farkında olma oranı kadınlarda erkeklere nazaran daha yüksektir (%47,9'a karşın %27,9). Farkındalık oranları yaşla birlikte yükselme gösteriyordu ve her yaş grubunda kadınlarda erkeklerden daha yüksektir. Bütün grupta kan basıncı yüksekliğinin farkında olma oranı % 40,7, ilaç tedavisi alma oranı % 31,1

(erkeklerde % 20,7, kadınlarda % 37,0) ve kan basıncı kontrol oranı ise % 8,1 (erkeklerde % 8,0, kadınlarda % 8,2) olarak bulunmuştur. Kan basıncı yüksekliğinin farkında olan ve ilaç tedavisi kullananlarda kontrol oranı ise % 20,7 olarak tespit edilmiştir. Kan basıncının farkında olan ve tedavi alan erkeklerde kan basıncı kontrol oranları, kadınlardan daha yüksektir (% 31,1'e karşın % 17,4) (4).

2.4. Hipertansiyon Patogenezi

Hipertansiyonu olan hastaların yaklaşık %92-95'inde altta yatan bir neden tespit edilememektedir. Nedeni tespit edilemeyen hipertansiyon'a primer veya esansiyel hipertansiyon ismi verilmektedir. Primer hipertansiyon daha sıklıkla 25-55 yaş arasında başlamaktadır. 20 yaş altında ve 55 yaş üzerinde sekonder nedenler düşünülmelidir (16).

2.4.1. Hemodinamik Değişiklikler

Kan basıncı "kardiyak atım x periferik direnç" olarak formüle edilebilir. 2600 hastanın dahil edildiği Framingham çalışmasında 4 yıllık takip sırasında kardiyak indekste ve sistol sonu duvar gerginliğinde artma ile birlikte hipertansiyon gelişimi arasında ilişki saptanmıştır (17)

2.4.2. Genetik Yatkınlık

Kalıcı kan basıncı yüksekliğine genetik değişikliklerin neden olabileceğine yönelik yapılmış çalışmalar mevcuttur. Genlerin yanı sıra çevresel etkenler de genlerle etkileşime girerek hipertansiyon gelişimine neden olmaktadır. Renin anjiyotensin sistemi, aldosteron sentezi ve adrenerjik reseptörleri kodlayan genlerde görülen mutasyonlar hipertansiyon hastalarında normotansif popülasyona göre daha sık görülmektedir (18)

2.4.3. Fetal Çevre

Çevresel etkenler hayatın çok erken dönemlerinden itibaren etkili rol oynamaktadır. Örneğin Brenner ve arkadaşları nefron sayısı ile ilgili olabileceğini öne

sürerek fetal hayatta beslenme yetersizliğine bağlı düşük doğum ağırlığının yaşamın ilerleyen yıllarında hipertansiyon gelişimi için yüksek risk taşıdığını göstermişlerdir (19).

2.4.4. Vasküler Hipertrofi

Fazla tuz alımı ve böbrek tarafından tuz tutulumu, vasküler yatakta sıvı hacmi ve kardiyak atım üzerinde artırıcı etki yapmaktadır. Periferik direnç artışına neden olan diğer birçok faktörün birlikteliğinde damarda fonksiyonel kasılma ve yeniden yapılanma sonucunda hipertrofi gelişimi ile sonuçlanmaktadır (20)

2.4.5. Sempatik Sinir Sistemi Aktivitesinde Artış

Kısa süreli kan basıncı kontrolünün özellikle santral ve otonomik sinir sistemi aracılığıyla gerçekleştiği ileri sürülmüştür. Sempatik sinir sisteminin uyarılması periferik vazokonstriksiyona, kalp hızında artışa, surrenal bezden noradrenalin salınımına ve sonuç olarak kan basıncında artışa yol açar. Sempatik sinir sistemi aktivitesindeki bu artışın vasküler duvarda hipertrofi ve sertlik gelişiminde de rolü vardır (21).

2.4.6. Renin-Anjiyotensin Sistemi

Renin-anjiyotensin sistemi hem direk kan basıncını artırıcı etkisi hem de büyüme faktörü olarak etki etmesi ile hipertansiyon patogenezinde yer almaktadır. Renin fonksiyonel etkilerini anjiyotensin II sentezi ile gerçekleştirmektedir. Aynı zamanda bu sistem aldosteron sentezinin primer tetikleyicisi olarak rol oynamaktadır. Günlük tuz alımı azaldığında veya etkin plazma hacmi düştüğünde renin-anjiyotensin II'de olan artış aldosteron salınımında yükselmeye neden olmaktadır. Yükselen aldosteron böbreklerden su ve tuz tutulumuna neden olarak kan basıncını yükseltmektedir (22)

2.4.7. İnsülin Direnci

İnsülinin sempatik sistem aktivasyonu, vasküler hipertrofi yapıcı etkisi, sodyum emilimini artırması ve myokard hipertrofisi gibi etkileri hipertansiyon oluşmasına nedendir (23).

2.4.8. Endotel Hücre Fonksiyon Bozukluğu

Damar duvarında normal vazodilatasyonun bozulması periferik damarlarda direnç artışına neden olurken damar duvarında bulunan endotel hücrelerinden nitrik oksit salınmaktadır. Nitrik oksit damar düz kas hücreleri üzerine etki ederek vasodilatasyon yapmaktadır. Hipertansif hastalarda nitrik oksitin vazodilatör etkisine yanıt oluşmadığı buna bağlı olarak damar duvarında anormal yapılanma olduğu gözlenmiştir. Endotelin de benzer şekilde damar duvarında sentez edilen bir ajandır ve nitrik oksitin aksine vazokonstrüktör bir etkiye sahiptir. Bu etkisi hipertansiyon patogenezinde rol aldığını düşündürmektedir (24)

2.4.9. Yüksek Miktarda Tuz Alımı

Literatürdeki birçok çalışma hipertansiyon gelişiminde sodyumun rol oynadığını gösterir. Primer hipertansiyon gelişiminde sodyumun rolü olduğuna ilişkin deliller şöyle sıralanabilir:

- Yaşla birlikte kan basıncı yükselmesi ile tuz alımı arasında doğru orantılı ilişki bulunmaktadır,
- Düşük tuz (<50 mmol/gün) tüketen topluluklarda hipertansiyon az veya yoktur,
- Genetik olarak yatkın hayvan modellerinde diyetle artan tuz, kan basıncını da artırmaktadır,
- Kısa zaman süresinde yüksek miktarda tuz alınması kan basıncını artırmaktadır,
- Hipertansiyonu olanların çoğunda kan ve doku Na konsantrasyonu yüksektir,
- 100 mmol/gün'ün altında tuz kısıtlaması çoğunlukla kan basıncını düşürür. Fazla miktarda alınan sodyum böbrek tarafında tutularak hipertansiyona yol açmaktadır (25).

2.5. Hipertansiyonda Tedavi Stratejileri

Hipertansiyon tedavisindeki asıl amaç, bireyin yaşam kalitesini yükseltmek ve uzun dönemde oluşabilecek kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskini en aza indirmektir. Hastaların hedef kan basınçları en az 140/90 mm Hg'nın altına ve tolere edilebilir daha düşük düzeylere indirilmelidir. Diabetes mellitus ve böbrek yetersizliği gibi eşlik eden hastalığı olanlarda ise kan basıncının 130/80 (aşıkâr proteinüride <120/75) mm Hg'nın altına düşürülmesi önerilmektedir. Amaç prehipertansif veya hipertansif olan tüm hastalarda yaşam tarzı ile ilişkili önlemler olarak KB'nı düzenlemektir. Bu önlemlere rağmen KB yüksekliği devam ediyorsa uygun antihipertansif tedavi verilmelidir (26).

2.5.1. Yaşam Tarzı Değişikliği

Kan basıncını veya kardiyovasküler riski düşüreceği yaygın kabul gören ve tüm hastalarda düşünülmesi gereken yaşam tarzı önlemleri şunlardır (27):

- sigarayı bırakmak,
- fazla kilolu bireylerde kilo vermek,
- alkol tüketimini makul ölçülere indirmek,
- fiziksel aktiviteyi arttırmak,
- tuz alımını azaltmak,
- meyve ve sebze tüketimini artırmak ve doymuş ve toplam yağ alımını azaltmak

Sağlıklı beslenme alışkanlıkları her zaman teşvik edilmelidir. Ancak yaşam tarzı değişiklikleri, özellikle risk düzeyi daha yüksek olan hastalarda, ilaç tedavisine başlanmasını hiçbir zaman gereksiz şekilde geciktirmemelidir.

2.5.1.1. Sigarayı bırakmak

Sigara içmek kan basıncı ve kalp hızında, bir sigaradan sonra 15 dakikadan uzun süre devam eden akut bir yükselmeye neden olur. Buna yol açan mekanizma, olasılıkla

santral düzeyde ve sinir uçlarında sempatik sinir sisteminin uyarımıdır. Bu uyarım plazma katekolamin düzeylerindeki artışa bağlı olarak da kan basıncında artışa neden olur. Sigara içmek önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür. Pasif sigara içiciliğinin koroner hastalık ve sigarayla ilişkili diğer hastalıkların riskinde artışa neden olduğu gösterilmiştir (28).

2.5.1.2.Orta düzeyde alkol tüketimi

Alkol tüketimi ile kan basıncı düzeyleri ve hipertansiyon prevalansı arasındaki ilişki toplumlarda doğrusaldır. Bunun ötesinde, yüksek düzeyde alkol tüketimi yüksek inme riskiyle ilişkilidir (29) Aşırı alkol tüketenlerde (günde 5 veya daha fazla standart kadeh), akut alkol yoksunluğu sonrasında kan basıncında bir artış görülebilir ve hafta sonlarında içme alışkanlığı söz konusuysa, hafta başında hipertansif tanısı konulma olasılığı daha yüksektir. Alkol tüketimini azaltma çalışmalarında, sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı değerlerinde anlamlı bir azalma gösterilmiştir (27).

2.5.1.3.Sodyum kısıtlaması

Hipertansif hastalarla yapılan rastgele yöntemli kontrollü çalışmalar göstermiştir ki, sodyum kısıtlaması, diyet konusundaki diğer tavsiyelerle birlikte ele alınırsa daha büyük antihipertansif etki gösterebilir ve kan basıncını kontrol etmek için kullanılan antihipertansif ilaç dozunun ve sayısının azaltılmasına olanak sağlayabilir (27). Aşırı tuz alımı dirençli hipertansiyonun bir nedeni olabilir. Tavsiye edilen yeterli günlük sodyum miktarı yakın zamanda 100 mmol/günden 65 mmol/güne düşürülmüştür. Bu miktar günde 3,8 g sodyum klorüre karşılık gelmektedir ve günümüzde bunu başarmak güç olabilir. Erişilmesi mümkün olan hedef, günde 5 g'ın altında (85 mmol/gün) sodyum klorürdür (30).

2.5.1.4.Diyetle ilgili diğer değişiklikler

Potasyum alımında artış ve “hipertansiyonu engellemek için diyetel yaklaşımlar” diyetine dayalı diyet paternlerinin kan basıncını düşürücü etkileri de olduğu ortaya çıkmıştır. Genel bir önlem olarak, hipertansif hastalara daha fazla meyve ve sebze (günde

4-5 porsiyon veya 300 mg sebze), daha fazla balık tüketmeleri ve doymuş yağ ve kolesterol alımını azaltmaları önerilmelidir (31).

2.5.1.5. Kilo verme

Mevcut çalışmaların bir meta-analizinde ortalama 5,1 kg kilo kaybı ile ortalama sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncında meydana gelen azalma sırasıyla 4,4 ve 3,6 mm Hg olarak bulunmuştur (32). Tuz kısıtlamalı veya tuz kısıtlaması olmaksızın hafif düzeyde kilo kaybı, kan basıncı yüksek normal olan fazla kilolu bireylerde hipertansiyonu önleyebilir ve ilaçta basamaklı azalmayı ve ilacı kesmeyi kolaylaştırabilir (33). Orta yaştaki bireylerde vücut ağırlığı sıklıkla ilerleyici bir artış (yılda 0,5-1,5 kg) gösterdiğinden, vücut ağırlığının kararlı düzeyde tutulması da izlenecek yararlı bir hedef olabilir.

2.5.1.6. Fiziksel egzersiz

Rastgele yöntemli kontrollü çalışmaların bir meta-analizinde dinamik aerobik dayanıklılık egzersizinin istirahat halindeki sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncını 3,0/2,4 mmHg ve gündüz ambulatuar kan basıncını 3,3/3,5 mmHg azalttığı sonucuna varılmıştır. İstirahat sırasında kan basıncındaki azalma hipertansif grupta (-6,9/-4,9 mmHg) normotansif gruptakilere (-1,9/-1,6 mmHg) kıyasla daha belirgin olmuştur. Sedanter hastalara, düzenli olarak orta düzeyde, örneğin günde 30-45 dakika egzersiz yapmaları tavsiye edilmelidir (34).

2.5.2. İlaç Tedavisi

Antihipertansif tedavinin başlıca yararları kan basıncı düşüşü ile ilgilidir ve kullanılan ilaçlardan büyük ölçüde bağımsızdır. Tiyazid ve tiyazid benzeri diüretikler (klortalidon ve indapamid), beta-blokörler, kalsiyum antagonistleri, anjiotensin dönüştürücü enzim

inhibitörleri (ACEİ) ve anjiotensin reseptör blokerleri (ARB) kan basıncını yeterli düşürüp kardiyovasküler morbidite ve mortalite riskini belirgin şekilde azaltabilir. Bu nedenle bu ilaçların tümü, monoterapi veya kombinasyon tedavisi olarak, antihipertansif tedavinin başlangıç ve devamında önerilir (39) .

Beta blokörlerin inmenin önlenmesinde biraz dezavantajlı olduğu (diğer ajanlarla %29 azalmaya karşı %17 azalma), ama koroner olaylar ve kalp yetersizliğinin önlenmesinde diğer ajanlara benzer etkili ve yakın zamanda koroner olay geçirmiş hastalarda diğer ilaçlardan daha yüksek etkili olduğu görülmüştür (35). Ancak kilo alımına neden olmaları, lipit metabolizmasına olan olumsuz etkileri nedeniyle çoklu metabolik risk faktörleri (abdominal obezite, bozulmuş açlık glukozu, bozulmuş glukoz toleransı) olan hipertansiyon hastalarında tercih edilmemelidirler. Karvedilol ve nebivololde dismetabolik etki çok az ya da yoktur. Bu durum yüksek dozlarda tiazid diüretikler için de geçerlidir. ACEİ, ARB'ler serebrovasküler hastalıkların geriletilmesinde, mikroalbüminüri ve proteinürinin azaltılması, böbrek işlevlerinin korunması ve son dönem böbrek hastalığının geciktirilmesinde etkilidir. Kalsiyum antagonistleri, serebro vasküler hastalıklarda etkili olmanın yanı sıra, özellikle karotis hipertrofisi ve aterosklerozunun ilerlemesini yavaşlatmada yararlı görülmektedir. Diğer sınıf ajanların yararlarına ilişkin kanıtlar çok daha sınırlıdır (39).

2.6. Aile Hekimliğinde Hipertansiyon Yönetimi

Birinci basamakta en sık karşılaşılan hastalık olan hipertansiyonun tedavisinde tedaviye uyum hastanın ve hekimin primer amacı olmalıdır. Tedavi uyumu ve hipertansiyon kontrolünde doğru ilaç seçimi önemli rol oynar. İlaç yan etkisinin hekim tarafından sıkı kontrolü ve iyi bir hipertansiyon yönetimi sağlandığı zaman, tedavi uyumu ve kan basıncını kontrol altına almak kolaylaşır (36). Ancak bu her zaman kolay elde edilemez. Sistematik derlemelerde tedavi verilen kişilerin %20-80'inde tedavi uyumu gözlemlendiği bildirilmiştir (37).

Hipertansiyon tedavisinde başlangıçta tedavi uyumu arttırmak için izlenecek yollar aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Hipertansiyon hakkında hastayı bilgilendirmek ve tedavinin önemini anlatmak,
- Reçete edilen ilacın muhtemel yan etkilerini anlatmak,
- Hasta için en uygun olan ilacı seçmek,
- Günde bir kez olacak şekilde dozu ayarlamak, gerekirse tek dozluk kombine ilaç kullanmak ve basit olan rejimi seçmek,
- Hedef kan basıncına ulaşana kadar hastayı yakından izlemek,
- Uyumu engelleyen sorunlar hakkında bilgi edinmek ve engeller çıktığında çözüme gitmek,
- Tedavinin her aşamasını hastayla birlikte planlamak (36).

Kan basıncı ölçümü her hasta hekim görüşmesinde rutin olarak yapılmalıdır. Hastaya hastalığının, hayat boyu hekim kontrolünde tedavi gerektiren bir hastalık olduğu söylenmeli ve komplikasyonları anlatılmalıdır. Hastanın tedaviye uyumu hekim-hasta işbirliği, hastanın hastalığı ve ilaç hakkında bilgilendirilmesi, aile desteği ve sosyal destek ile sağlanabilir (36).

Antihipertansif tedaviye uyumu değerlendirmek için ise genel izlem sırasında yaklaşım stratejileri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Problemi bilmek ve hastanın tedavi uyumsuzluğu belirtilerine karşı uyanık olmak,
- Aile desteğini sağlamak,
- Hasta ile iletişimi devam ettirmek,
- Geri dönmeyen hastalarla irtibat kurmak,

- Pahalı ve karmaşık kontrollerden kaçınmak,
- Evde kan basıncı ölçümlerini kullanmaya teşvik etmek,
- Tedavide en düşük günlük dozları kullanmak,
- Farmakolojik prensiplere uyarak reçete yazmak,
- Gerektiğinde ve zamanında ilaç eklemesi yapmaktır (38).

3. YÖNTEM VE GEREÇ

3.1. Çalışma Tasarımı

Çalışma prospektif, kesitsel gözlem çalışmasıdır. Hastanemiz Aile Hekimliği Polikliniği ve Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü en az bir antihipertansif ilacı başvuru anında kullanmakta olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar üzerinde yapılmıştır. Çalışma için hastalar Ağustos 2014 ile Şubat 2015 tarihleri arasında kabul edilmiştir. Araştırma iki grup üzerinde planlanmıştır. Deney grubu; 65 yaş üzeri, en az 1 adet antihipertansif ilaç kullanan, kendileriyle yapılan ilk görüşme sırasında bir ay süresince doldurmaları istenilen tansiyon takip kartını doldurmuş gruptur. Kontrol grubu; 65 yaş üzerin, en az bir adet antihipertansif ilaç kullanan, ilk görüşme sırasında kendilerine tansiyon takip kartı verilmeyen gruptur.

Tablo 3.1

Deney Grubu	Kontrol Grubu
<ul style="list-style-type: none">• 65 yaş ve üzeri• En az 1 adet antihipertansif tedavi kullanan• Tansiyon takip kartını bir ay süre ile aynı ölçüm aleti ile optimal koşulları sağladıktan sonra tansiyon arteriyel ölçen grup	<ul style="list-style-type: none">• 65 yaş ve üzeri• En az 1 adet antihipertansif tedavi kullanan• Tansiyon takip kartı verilmeyen, ancak aylık kontrole çağırılan hasta grubu

Çalışma sırasında hastalar iki gruba rastgele seçilmiştir. Araştırmanın başında İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalardan 65 yaş üzeri olan ve dahil olma kriterlerini karşılayan hastalardan ilk gelen deney grubu sonraki hasta kontrol grubu olacak şekilde rastgele seçilmiştir. Ancak İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniği'nde poliklinik yoğunluğu sebebiyle bu tarz bir yöntem uygulanamamış ve ilk

araştırma günü başvuran hastalar deney grubuna, sonraki gün başvuran hastalar ise kontrol grubuna alınarak biasın önüne geçilmesi için rastgele hasta alımı yapılmıştır.

Çalışmaya dahil olma kriterleri şunlardır:

1. Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak
2. 65 yaş ve üzeri olmak
3. En az 1 adet antihipertansif ilaç kullanıyor olmak
4. Soruları yanıtlayabilecek düzeyde akli sağlığı yerinde olmak

Çalışmaya dahil olmama kriterleri şunlardır:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek
2. 65 yaş altında olmak
3. Sekonder Hipertansiyon tanısı olması
4. Anket formunda yer alan soruları eksik doldurmak
5. Belirtilen kontrol gününde gelmemek
6. Akıl sağlığının yerinde olmaması.

Çalışmaya dahil olan hastalar polikliniğe başvurduklarında kendilerine deney ve kontrol grubu olmalarına bakılmaksızın hepsine “hipertansiyon bilgi düzeyi anketi” uygulanmış ve hastaların beş dakika ara ile iki defa tansiyonları ölçülerek kaydedilmiştir. Hastaların tansiyonları her iki koldan ölçülmüş ve yüksek olan tansiyon kaydedilmiştir.

Deney grubuna dahil edilen hastalara bir ay boyunca tansiyonlarını her gün ölçerek verilen tansiyon takip kartlarına kaydetmeleri ve bir ayın sonunda tekrar kontrole gelmeleri istenmiştir. Deney grubu olan hastalara tansiyonlarını her gün en az 10 dakikalık istirahat sonrasında, sigara alkol almamış çay kahve içmemiş bir şekilde otururken uygun bir manşon olan tansiyon aletiyle, yada uygun bir elektronik tansiyon aletiyle, oturur pozisyonda ve manşon kalp hizasından bağlanmış şekilde, günün aynı saatinde ölçülmesi gerekliliği hatırlatılmıştır. Kontrol grubu olan hastalara tansiyon takip kartı verilmeden bir ay sonra tekrar kontrole polikliniğe başvurmaları istenmiş. Her iki grup hastaların da kontrole gelişlerinde her iki koldan tansiyonları ölçülmüş ve yüksek olan taraftan beş dakika sonra tekrar ölçülerek kaydedilmiştir.

3.2. İzinler

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Grişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alışma için etik kurul uygunluk onayı alınmıştır.

3.3. İstatistiksel Değerlendirme

Toplanan veriler bir istatistik programı veri tabanına girilerek istatistiksel değerlendirmeler yapıldı. Tanımlayıcı analizlerde yüzdeler, ortalama ve standart sapma; gruplar arası karşılaştırmalarda Pearson Chi-Square, Fisher's Exact test, Ki-Kare trend analizi, Mann Whitney U testleri kullanılmış olup tansiyon değerlerinin gruplar arası karşılaştırılmasında Wilcoxon Signed Ranks analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamıza İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran 240 olgu dahil edilmiştir. Olguların 126'sı deney grubu, 114'ü kontrol grubudur.

Tablo 4.1: Olguların gruplara göre dağılımı

	n	%
Deney grubu	126	52,5
Kontrol grubu	114	47,5

Çalışmamıza katılan olguların 142'si kadın (%59,2) 98'i (%40,8) erkektir. Meslek dağılımı olarak olguların 110'u (%45,8) mesleğini emekli olarak belirtmiş, 124'ü (%51,7) mesleğini ev hanımı olarak belirtmiştir. Olgularımızın 235'i (%97,9) kent merkezinde yaşamaktayken 5'i (%2,1) kırsal bölgede yaşamaktadır. Olgularımızın 35'inin (%14,6) okuma yazması yoktur. Kendilerini okuryazar olarak belirten olgu sayısı 42'dir (%17,5). Olguların 122'si ilk ve ortaokul (%40,8), 41 olgu ise (%17,1) lise ve üniversite mezunudur. Olguların aylık gelir dağılımları ve diğer sosyodemografik özellikleri ise tablo 4.2de belirtilmiştir.

Tablo 4.2: Olguların sosyodemografik özellikleri

		n	%
CİNSİYET	Kadın	142	59,2
	Erkek	98	40,8
MESLEK	çiftçi	1	0,4
	emekli	111	45,8
	emekli asker	1	0,4
	esnaf	1	0,4
	ev hanımı	125	51,7
	serbest meslek	1	0,4
	YAŞADIĞI YER	Kırsal	5
Kentsel		235	97,9
EĞİTİM DÜZEYİ	Okuma yazma yok	35	14,6
	Okur yazar	42	17,5
	İlkokul	84	35,0
	Ortaokul	38	15,8
	Lise/Üniversite	41	17,1
AYLIK GELİRİ	<500 TL	31	13,0
	500-1000 TL	120	50,0
	1000-2000 TL	78	32,4
	>2000 TL	11	4,6

Olgularımıza hipertansiyon bilgi düzeyi anketi uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubu ayırmaksızın her hastamıza yapılan anket sonuçlarına göre olgularımızın 3'ünün (%1,3) hipertansiyon tanısı 1 yıldan kısa süre önce konulmuştur. 48'inin (%20,5) tanısı 1, 5 yıl arasında konulmuş olup, 112'sinin (%47,9) tanısı 5, 10 yıl arasında bir süre önce konulmuştur. 71 olgunun (%30,3) tanısı ise 10 yıldan uzun süre önce konulmuştur.

Olgularımıza hipertansiyon hastalığının sebebini bilip bilmedikleri sorulmuş olup 201 olgu (%84,5) hipertansiyon hastalıklarının sebebini bilmediğini belirtirken, 37 olgu (%15,5) hastalıklarının sebebini bildiğini belirtiyor.

Olgularımıza 5 şıktan oluşan aşağıdakilerden hangi tansiyon değeri hipertansiyon değeridir sorusuna 205 (%86,5) olgu doğru yanıt olan 150/100 mmHg değerini seçmişlerdir. 32 olgu (%13,5) ise yanlış yanıtlardan birini seçmiştir. Bu değerlerin ayrıntıları tablo 4.3 de belirtilmiştir.

Tablo 4.3: Olguların HT yılı ve bilgileri dağılımı

		n	%
HT YILI	<1 YIL	3	1,3
	1-5 YIL	49	20,5
	5-10 YIL	115	47,9
	>10 YIL	73	30,3
HT NEDENİ BİLGİSİ	YOK	203	84,5
	VAR	37	15,5
HANGİSİ HT?	100/70 mmHg	3	1,3
	110/80 mmHg	2	0,8
	110/70 mmHg	3	1,3
	120/80 mmHg	24	10,1
	150/100 mmHg	208	86,5
HT BİLGİSİ	DOĞRU	208	86,5
	YANLIŞ	32	13,5

Çalışmamızda olgulara “Hastanın Yaşam Tarzı” belirlenmesi üzerine “Yemeğinize ne kadar tuz atıyorsunuz?” ve “Ne sıklıkla yürüyüş yapıyorsunuz?” sorularına çoktan seçmeli 4 şık ile cevap aranmıştır.

“Yemeğinize ne kadar tuz atıyorsunuz?” sorusuna 47 (%19,6) olgu “Hiç Atmıyorum” seçeneğini seçmiş, 149 olgu (%62,1) “Az Atıyorum” seçeneğini seçmiştir. 2 olgu (%0,8) çok atıyorum derken, kalan 42 olgu (%17,5) ise orta derecede attığını belirtti.

“Ne sıklıkla yürüyüş yapıyorsunuz?” sorusuna ise 76 olgu (%31,1) hiç yapmıyorum derken haftada 1 kere yürüyüş yaptığını belirten olgu sayısı 67’dir (%27,9). 47 olgu (%19,6) haftada iki kere yürüyüş yaptığını, 50 olgu (%20,8) ise haftada üç kere yürüyüş yaptığını belirtmiştir.

Tablo 4.4: Olguların yemeğine tuz atma ve yürüyüş sıklığı oranları dağılımı

		n	%
YEMEĞİNE TUZ	HİÇ ATMIYOR	47	19,6
	AZ ATIYOR	149	62,1
	ORTA DERECEDE ATIYOR	42	17,5
	ÇOK ATIYOR	2	0,8
YÜRÜYÜŞ SIKLIĞI	HİÇ YAPMIYOR	76	31,7
	HAFTADA 1 KERE	67	27,9
	HAFTADA 2 KERE	47	19,6
	HAFTADA EN AZ ÜÇ KERE	50	20,8

Olguların yaşam tarzlarını belirtmek için hastalara yöneltilen “Aşağıdaki cümlelerde belirtilen ifadelere ne oranda katıldığınızı lütfen belirtiniz.” Sorusuna verilen cevaplar tablo 4.5 de belirtilmiştir.

Tablo 4.5: Sağlıklı yaşam ile ilgili olguların düşünceleri dağılımı

		n	%
Dışarıda yemek yerken az yağlı ve az tuzlu yemek seçerim	ASLA	2	0,8
	NADİREN	7	2,9
	BAZEN	44	18,4
	SIK SIK	147	61,1
	HER ZAMAN	40	16,7
En kısa mesafeyi arabayla giderim	ASLA	25	10,5
	NADİREN	80	33,5
	BAZEN	85	35,1
	SIK SIK	34	14,2
	HER ZAMAN	16	6,7
Asansör kullanırım	ASLA	13	5,5
	NADİREN	23	9,7
	BAZEN	61	25,4
	SIK SIK	63	25,7
	HER ZAMAN	80	33,6
Alkol kullanırım	ASLA	223	92,9
	NADİREN	12	5,0
	BAZEN	3	1,3
	SIK SIK	1	0,4
	HER ZAMAN	1	0,4

	ASLA	202	84,1
	NADİREN	12	5,0
Sigara içerim	BAZEN	18	7,5
	SIK SIK	3	1,3
	HER ZAMAN	5	2,1

Olgulara sigara ile ilgili bırakma istekleri sorulduğunda sigara içtiklerini belirten 25 (%11,5) olgunun 24'ü (%11) sigarayı bırakmak ister misiniz sorusuna evet olarak cevap vermiştir. Sadece 1 olgu (%0,5) sigara bırakmayı istemediğini belirtmiştir. 193 olgu (%88,5) ise sigara kullanmadığını belirtmiştir (Tablo 4.6)

Tablo 4.6: Sigara içen olguların sigarayı bırakma düşünceleri dağılımı

	n	%
EVET	26	11,0
SİGARA KULLANMIYOR	213	88,5
HAYIR	1	0,5

Olgulara hipertansiyon dışında ek bir hastalığı olup olmadığı sorulmuştur. Olguların 141'i (%58,8) iskemik kalp hastalığı olduklarını, 76 olgu (%31,7) şeker hastalığı olduklarını, 6 olguda (%2,5) böbrek hastalığı, 6 olguda (%2,5) inme, 13 olguda (%5,4) depresyon hastalığı varken 61 olguda (%25,4) diğer ek hastalıklardan en az birisi bulunmaktadır.

Ayrıca olgulara kolesterol yüksekliği olup olmadığı sorulmuştur. 132 olgu (%67,7) evet yanıtı verirken 63 olgu (%32,3) hayır yanıtı vermiştir. (tablo 4.7)

Tablo 4.7: Olguların ek hastalık ve kolesterol yüksekliği oranları dağılımı

		n	%
Ek hastalık	Şeker hastalığı	76	31,7
	İskemik kalp hastalığı	141	58,8
	Böbrek hastalığı	6	2,5
	İnme	6	2,5
	Depresyon	13	5,4
	Diğer ek hastalık	61	25,4
Kolesterol yüksekliği	EYET	160	66,6
	HAYIR	80	33,3

Olgulara en son ne zaman göz muayenesi yaptırdınız sorusu yöneltildiğinde olguların 56'sı (23,4) bir yıldan kısa süre içinde yaptırdıklarını belirtirlerken 42 olgu (%17,6) 1, 2 yıl arasında bir süre içinde yaptırdığını belirtmiştir. 127 olgu (%53,1) 2, 5 yıl arasında bir sürede yaptırdıklarını belirtirken 10 olgu (%4,2) 5 yıldan uzun bir süre önce göz muayenesi yaptırdıklarını belirtmişlerdir. 4 olgu (%1,7) hiç göz muayenesi yaptırmadıklarını belirtti.

Olgulara ne kadar sıklıkla tansiyon ölçtürüyorsunuz diye sorulduğunda her gün ölçtürdüğünü belirten 17 olgu (%7,1) oldu. 124 olgu (%51,9) haftada birkaç kez ölçtürdüklerini belirtirken, 90 olgu (%37,7) ayda birkaç kez ölçtürdüklerini belirtti. 6 olgu (%2,5) yılda birkaç kez ölçtürdüklerini belirtirken, 2 olgu (%0,8) hiç ölçtürmediklerini belirtmiştir. (tablo 4.8)

Tablo 4.8: Olguların en son göz muayene yılı ve tansiyon ölçtürme sıklığı oranları dağılımı

		n	%
En son göz muayenesi	<1 YIL	56	23,4
	1-2 YIL	42	17,6
	2-5 YIL	128	53,1
	>5 YIL	10	4,2
	HİÇ YAPTIRMADI	4	1,7
Tansiyon ölçtürme sıklığı	HER GÜN	17	7,1
	HAFTADA BİRKAÇ KEZ	125	51,9
	AYDA BİRKAÇ KEZ	90	37,7
	YILDA BİRKAÇ KEZ	6	2,5
	HİÇ ÖLÇTÜRÜMÜYOR	2	0,8

Olgulara hipertansiyon tedavilerini takip edildiği sağlık kuruluşunun neresi olduğun sorulduğunda olguların 212'sinin (%88,7) tedavileri üniversite ya da devlet hastanesi olduğunu söylerlerken 23 olgu (%9,6) takiplerini aile sağlığı merkezinde yaptırdığını belirtti. 4 (%1,7) olgu ise düzenli takip yaptırmadığını belirtti.

Tablo 4.9: Olguların tedavilerinin takip edildiği yerlerin dağılımı

Tedavisinin takip edildiği yer	n	%
ÜNİVERSİTE-DEVLET HASTANESİ	213	88,7
AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ	23	9,6
DÜZENLİ TAKİP YOK	4	1,7

Çalışmamıza dahil olan olgulara ilaç kullanma geçmişleri ile ilgili dört soru yöneltilmiştir. Sorular ve yanıtlarıyla ilgili bilgiler tablo 4.10’da belirtilmiştir.

Tablo 4.10: Olguların ilaçları ile ilgili bilgileri dağılımı

		n	%
İlaç kullanma alışkanlığınız nasıldır?	DÜZENLİ ALIYOR	213	88,7
	HAFTADA BİRKAÇ KEZ DOZ ATLIYOR	27	11,3
İlacının isimlerini biliyor musunuz?	HAYIR	180	75,0
	EVET	60	25,0
HT için günde kaç ilaç alıyorsunuz?	1 İLAÇ	95	40,1
	2 İLAÇ	116	47,4
	3 İLAÇ	27	11,6
	4 VE ÜZERİ İLAÇ	2	0,9
İlaçlarınızın yan etkisini biliyor musunuz?	HAYIR	208	86,4
	EVET	32	13,6

Olguların gruplara göre sosyodemografik özellikleri incelendiğinde;

Aylık gelirler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4.11)

Tablo 4.11: Olguların gruplara göre sosyodemografik özellikleri

		Deney grubu	Kontrol grubu	Toplam	p
CİNSİYET	Kadın	71 56,3	71 62,3	142 59,2	0,351*
	Erkek	55 43,7	43 37,7	98 40,8	
YAŞADIĞI YER	Kırsal	2 1,6	3 2,6	5 2,1	0,671**
	Kentsel	124 98,4	111 97,4	235 97,9	
EĞİTİM DÜZEYİ	Okuma yazma yok	14 11,1	21 18,4	35 14,6	0,069***
	Okur yazar	24 19,0	18 15,8	42 17,5	
	İlkokul	42 33,3	42 36,8	84 35,0	
	Ortaokul	18 14,3	20 17,5	38 15,8	
	Lise/Üniversite	28 22,2	13 11,4	41 17,1	
AYLIK GELİRİ	<500 TL	9 7,1	22 19,6	31 13,0	0,037***
	500-1000 TL	68 54,0	52 45,5	120 50,0	
	1000-2000 TL	41 32,5	37 32,1	78 32,4	
	>2000 TL	8 6,3	3 2,7	11 4,6	
Toplam		126 52,9	114 47,1	240 100,0	

*Pearson Chi-Square, **Fisher's Exact test, ***Ki-Kare trend analizi

Olguların gruplara göre HT yılı ve bilgileri dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 4.12)

Tablo 4.12: Olguların gruplara göre HT yılı ve bilgileri dağılımı

		Deney grubu	Kontrol grubu	Toplam	p
HT YILI	<1 YIL	2 1,6	1 0,9	3 1,3	0,597**
	1-5 YIL	25 20,2	24 20,9	49 20,5	
	5-10 YIL	61 50,0	52 45,5	115 47,9	
	>10 YIL	36 28,2	37 32,7	73 30,3	
Toplam		126 53,0	114 47,0	240 100,0	
HT NEDENİ BİLGİSİ	YOK	109 86,4	94 82,3	203 84,5	0,383*
	VAR	17 13,6	20 17,7	37 15,5	
Toplam		126 52,5	114 47,5	240 100,0	
HT BİLGİSİ	DOĞRU	112 88,9	96 83,8	208 86,5	0,251*
	YANLIŞ	14 11,1	18 16,2	32 13,5	
Toplam		126 53,2	114 46,8	240 100,0	

*Pearson Chi-Square, **Ki-Kare trend analizi

Olguların gruplara göre yemeğine tuz atma oranları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.13)

Tablo 4.13: Olguların gruplara göre yemeğine tuz atma oranları dağılımı

<i>YEMEĞİNE TUZ</i>	Deney grubu	Kontrol grubu	Toplam	p
HİÇ ATMIYOR	31 24,6	16 14,0	47 19,6	0,020*
AZ ATIYOR	77 61,1	72 63,2	149 62,1	
ORTA DERECEDE ATIYOR	17 13,5	25 21,9	42 17,5	
ÇOK ATIYOR	1 0,8	1 0,9	2 0,8	
Toplam	126 52,5	114 47,5	240 100,0	

*Ki-Kare trend analizi

Olguların gruplara göre yürüyüş sıklığı oranları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.14)

Tablo 4.14: Olguların gruplara göre yürüyüş sıklığı oranları dağılımı

<i>YÜRÜYÜŞ SIKLIĞI</i>	Deney grubu	Kontrol grubu	Toplam	p
HİÇ YAPMIYOR	34 27,0	42 36,8	76 31,7	0,143
HAFTADA 1 KERE	36 28,6	31 27,2	67 27,9	
HAFTADA 2 KERE	28 22,2	19 16,7	47 19,6	
HAFTADA EN AZ ÜÇ KERE	28 22,2	22 19,3	50 20,8	
Toplam	126 52,5	114 47,5	240 100,0	

*Ki-Kare trend analizi

Olguların gruplara göre dışarıda yemek yerken az yağlı ve az tuzlu yemek seçme oranları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.15)

Tablo 15: Olguların gruplara göre dışarıda yemek yerken az yağlı ve az tuzlu yemek seçme oranları dağılımı

<i>Dışarıda yemek yerken az yağlı ve az tuzlu yemek seçme</i>	Deney grubu		Kontrol grubu		Toplam		p
ASLA	1	0,8	1	0,9	2	0,8	0,003*
NADİREN	2	1,6	5	4,4	7	2,9	
BAZEN	17	13,6	27	23,7	44	18,4	
SIK SIK	78	61,6	69	60,5	147	61,1	
HER ZAMAN	28	22,4	12	10,5	40	16,7	
Toplam	126	52,3	114	47,7	240	100,0	

**Ki-Kare trend analizi*

Olguların gruplara göre asansör kullanma alışkanlıkları oranları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.16)

Tablo 4.16: Olguların gruplara göre asansör kullanma alışkanlıkları oranları dağılımı

<i>Asansör kullanma</i>	Deney grubu		Kontrol grubu		Toplam		p
ASLA	9	7,3	4	3,6	13	5,5	0,256
NADİREN	15	12,1	8	7,1	23	9,7	
BAZEN	27	21,0	34	30,4	61	25,4	
SIK SIK	36	29,0	27	22,3	63	25,8	
HER ZAMAN	39	30,6	41	36,6	80	33,5	
Toplam	126	52,5	114	47,5	240	100,0	

**Ki-Kare trend analizi*

Olguların gruplara göre alkol ve sigara kullanma alışkanlıkları oranları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.17)

Tablo 17: Olguların gruplara göre alkol ve sigara kullanma alışkanlıkları oranları dağılımı

		Deney grubu	Kontrol grubu	Toplam	p
Alkol kullanma	ASLA	118 93,6	105 92,1	223 92,9	0,752
	NADİREN	6 4,8	6 5,3	12 5,0	
	BAZEN	1 0,8	2 1,8	3 1,3	
	SIK SIK	0 0,0	1 0,9	1 0,4	
	HER ZAMAN	1 0,8	0 0,0	1 0,4	
Toplam		126 52,3	114 47,7	240 100,0	
Sigara içme	ASLA	106 84,0	96 84,2	202 84,1	0,297
	NADİREN	4 3,2	8 7,0	12 5,0	
	BAZEN	10 8,0	8 7,0	18 7,5	
	SIK SIK	1 0,8	2 1,8	3 1,3	
	HER ZAMAN	5 4,0	0 0,0	5 2,1	
Toplam		126 52,3	114 47,7	240 100,0	

*Ki-Kare trend analizi

Olguların gruplara göre ek hastalıkları dağılımı incelendiğinde; “Diğer ek hastalık” oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). (Tablo 4.18)

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). (Tablo 4.18)

Tablo 4.18: Olguların gruplara göre ek hastalıkları dağılımı

		Deney grubu	Kontrol grubu	Toplam	p
Şeker hastalığı	YOK	89 70,6	75 65,8	164 68,3	0,420**
	VAR	37 29,4	39 34,2	76 31,7	
Toplam		126 52,5	114 47,5	240 100,0	
İskemik kalp hastalığı	YOK	56 44,4	43 37,7	99 41,3	0,291**
	VAR	70 55,6	71 62,3	141 58,8	
Toplam		126 52,5	114 47,5	240 100,0	
Böbrek hastalığı	YOK	122 96,8	112 98,2	234 97,5	0,686*
	VAR	4 3,2	2 1,8	6 2,5	
Toplam		126 52,5	114 47,5	240 100,0	
İnme	YOK	122 96,8	112 98,2	234 97,5	0,686*
	VAR	4 3,2	2 1,8	6 2,5	
Toplam		126 52,5	114 47,5	240 100,0	
Depresyon	YOK	120 95,2	107 93,9	227 94,6	0,638**
	VAR	6 4,8	7 6,1	13 5,4	
Toplam		126 52,5	114 47,5	240 100,0	
Diğer ek hastalık	YOK	85 67,5	94 82,5	179 74,6	0,008**
	VAR	41 32,5	20 17,5	61 25,4	
Toplam		126 52,5	114 47,5	240 100,0	

*Pearson Chi-Square, **Fisher's Exact test

Olguların gruplara göre kolesterol yüksekliği oranları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.19)

Tablo 4.19: Olguların gruplara göre kolesterol yüksekliği oranları dağılımı

<i>Kolesterol yüksekliği</i>	Deney grubu		Kontrol grubu		Toplam		p
EVET	82	68,0	78	67,3	160	66,6	0,917*
HAYIR	36	32,0	44	32,7	80	33,4	
Toplam	118	49,7	122	50,3	240	100,0	

*Pearson Chi-Square

Olguların gruplara göre en son göz muayenesi olduğu yılların oranları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.20)

Tablo 4.20: Olguların gruplara göre en son göz muayenesi olduğu yılların dağılımı

<i>En son göz muayenesi</i>	Deney grubu	Kontrol grubu	Toplam	p
<1 YIL	27 21,6	29 25,4	56 23,4	0,670*
1-2 YIL	20 16,0	22 19,3	42 17,6	
2-5 YIL	73 57,6	55 48,2	128 53,1	
>5 YIL	6 4,8	4 3,5	10 4,2	
HİÇ YAPTIRMADI	0 0,0	4 3,5	4 1,7	
Toplam	126 52,3	114 47,7	240 100,0	

*Ki-Kare trend analizi

Olguların gruplara göre tansiyon ölçtürme sıklıkları dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.21)

Tablo 4.21: Olguların gruplara göre tansiyon ölçtürme sıklıkları dağılımı

<i>Tansiyon ölçtürme sıklığı</i>	Deney grubu	Kontrol grubu	Toplam	p
HER GÜN	13 10,4	4 3,5	17 7,1	0,011
HAFTADA BİRKAÇ KEZ	68 53,6	57 50,0	125 51,9	
AYDA BİRKAÇ KEZ	43 34,4	47 41,2	90 37,7	
YILDA BİRKAÇ KEZ	2 1,6	4 3,5	6 2,5	
HİÇ ÖLÇTÜRMÜYOR	0 0,0	2 1,8	2 0,8	
Toplam	126 52,3	114 47,7	240 100,0	

*Ki-Kare trend analizi

Olguların gruplara göre tedavisinin takip edildiği yerlerin dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.22)

Tablo 4.22: Olguların gruplara göre tedavisinin takip edildiği yerlerin dağılımı

<i>Tedavisinin takip edildiği yer</i>	Deney grubu	Kontrol grubu	Toplam	p
ÜNİVERSİTE-DEVLET HASTANESİ	109 86,5	104 91,2	213 88,7	0,415*
AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ	15 11,9	8 7,1	23 9,6	
DÜZENLİ TAKİP YOK	2 1,6	2 1,8	4 1,7	
Toplam	126 52,7	114 47,3	240 100,0	

*Fisher's Exact test

Olguların gruplara göre ilaçları ile ilgili bilgileri dağılımı incelendiğinde; İlaç yan etkisini bilme oranları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.23).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.23).

Olguların gruplara göre yaş, boy, kilo, VKİ ve bel çevreleri dağılımı incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.24).

Tablo 4.23: Olguların gruplara göre ilaçları ile ilgili bilgileri dağılımı

		Deney grubu	Kontrol grubu	Toplam	p
İlaç kullanma alışkanlığı	DÜZENLİ	111 88,1	102 89,4	213 88,7	0,754*
	HAFTADA BİRKAÇ KEZ DOZ ATLIYOR	15 11,9	12 10,6	27 11,3	
Toplam		126 52,7	114 47,3	240 100,0	
İlacının isimlerini bilme	HAYIR	90 71,2	90 79,3	180 75,0	0,153*
	EVET	36 28,8	24 20,7	60 25,0	
Toplam		126 53,0	114 47,0	240 100,0	
HT için alınan günlük ilaç adedi	1 İLAÇ	43 35,2	52 45,5	95 40,1	0,103**
	2 İLAÇ	66 50,8	50 43,6	116 47,4	
	3 İLAÇ	15 12,3	12 10,9	27 11,6	
	4 VE ÜZERİ İLAÇ	2 1,6	0 0,0	2 0,9	
Toplam		126 52,6	114 47,4	240 100,0	
İlaç yan etkisi bilgisi	HAYIR	104 82,1	104 91,2	208 86,4	0,043*
	EVET	22 17,9	10 8,8	32 13,6	
Toplam		126 52,1	114 47,9	240 100,0	

*Pearson Chi-Square, **Ki-Kare trend analizi

Tablo 4.24: Olguların gruplara göre yaş, boy, kilo, VKİ ve bel çevreleri ortalama dağılımı

	Deney grubu	Kontrol grubu	p*
	Ort.±SS	Ort.±SS	
YAŞ	73,43±5,82	72,72±5,98	0,296
BOY	1,62±0,09	1,63±0,07	0,752
KİLO	76,71±10,19	78,12±10,06	0,280
VKİ	28,93±3,59	29,46±4,17	0,515
BEL ÇEVRESİ	100,05±12,99	104,59±12,72	0,105

*Mann Whitney U

Çalışmamızdaki hastalarda deney grubunda ilk ölçüm sistolik tansiyonda 4,57 mm Hg, diastolik tansiyonda 2,63 mmHg; ikinci ölçüm tansiyonlarda sistolik 4,03 mmHg, diastolik 2,2 mmHg bir düşüş sağlanmış olup, kontrol grubunda sayılan hiçbir değerde düşüş izlenmemiş aksine yükseliş izlenmiştir. (tablo 4.25 ve tablo 4.26)

Deney ve kontrol grubu olguların ilk ve ikinci muayenelerinde 1. ve 2. ölçüm sistolik tansiyon değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.25).

Deney grubu olguların ilk ve ikinci muayenelerinde 1. ve 2. ölçüm diastolik tansiyon değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol grubu olguların ilk ve ikinci muayenelerinde 1. ve 2. ölçüm diastolik tansiyon değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.25).

Deney grubu olguların 1. ve 2. ölçüm sistolik ve diastolik tansiyon değerlerinin ilk ve ikinci muayenelerindeki değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$) (Tablo 4.26).

Kontrol grubu olguların 1. ve 2. ölçüm sistolik ve diastolik tansiyon değerlerinin ilk ve ikinci muayenelerindeki değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.25: Deney ve kontrol grubu olgularda ilk ve 2. muayene 1. ve 2. ölçümlerdeki sistolik ve diastolik tansiyon değerleri ortalama dağılımı

	Deney grubu		Kontrol grubu	
	Ort.±SS	p*	Ort.±SS	p*
İlk Muayene 1. Tansiyon Sistolik	133,56±14,74	0,001	133,68±13,57	0,001
İlk Muayene 2. Tansiyon Sistolik	132,4±13,94		132,17±12,68	
İlk Muayene 1. Tansiyon Diastolik	78,32±9	0,166	78,33±9,19	0,005
İlk Muayene 2. Tansiyon Diastolik	77,36±8,74		77,37±8,02	
2. Vizit İlk Tansiyon Sistolik	128,99±11,37	0,019	133,97±13,55	0,004
2. Vizit 2.Tansiyon Sistolik	128,37±11,12		133,03±13,34	
2. Vizit İlk Tansiyon Diastolik	75,69±8,44	0,328	79,38±8,11	0,012
2. Vizit 2.Tansiyon Diastolik	75,16±7,84		78,46±7,6	

**Wilcoxon Signed Ranks analizi*

Tablo 4.26: Deney ve kontrol grubu olgularda 1. ve 2. ölçümlerdeki sistolik ve diastolik tansiyon ilk ve 2. muayene değerleri ortalama dağılımı

	Deney grubu		Kontrol grubu	
	Ort.±SS	p	Ort.±SS	p
İlk Muayene 1. Tansiyon Sistolik	133,56±14,74	0,002	133,68±13,57	0,792
2. Vizit İlk Tansiyon Sistolik	128,99±11,37		133,97±13,55	
İlk Muayene 1. Tansiyon Diastolik	78,32±9	0,001	78,33±9,19	0,166
2. Vizit İlk Tansiyon Diastolik	75,69±8,44		79,38±8,11	
İlk Muayene 2. Tansiyon Sistolik	132,4±13,94	0,001	132,17±12,68	0,225
2. Vizit 2.Tansiyon Sistolik	128,37±11,12		133,03±13,34	
İlk Muayene 2. Tansiyon Diastolik	77,36±8,74	0,001	77,37±8,02	0,116
2. Vizit 2.Tansiyon Diastolik	75,16±7,84		78,46±7,6	

*Wilcoxon Signed Ranks analizi

Deney grubu olguların evde ölçülen tansiyon değerleri ile poliklinikte ölçülen tansiyonlarının uyumlu olup olmadığı ile ilgili her gün için korelasyon analizi yapılmıştır. (tablo 4.27 ve 4.28) Korelasyon katsayılarının gücü (r) şu şekilde yorumlanır:

- 0.0 ile 0.2 Çok zayıf veya ihmal edilebilir bir ilişki
- 0.2 ile 0.4 Zayıf, düşük ilişki
- 0.4 ile 0.7 orta derecede ilişki
- 0.7 ile 0.9 Güçlü, yüksek ilişki
- 0.9 ile 1.0 Çok yüksek ilişki

Tablo 4.27: Olguların hekim ve hasta tarafından ölçülen sistolik tansiyonlarının ilişkisi için yapılan korelasyon analizi sonuçları

Hastanın ölçtüğü	İLK MUAYENE 1. TANSİYON SİSTOLİK		İLK MUAYENE 2. TANSİYON SİSTOLİK		2. VİZİT İLK TANSİYON SİSTOLİK		2. VİZİT 2.TANSİYON SİSTOLİK	
	r	p	r	p	r	p	r	p
1.gün	0,877	0,000	0,850	0,000	0,625	0,000	0,657	0,000
2.gün	0,773	0,000	0,823	0,000	0,671	0,000	0,691	0,000
3.gün	0,701	0,000	0,682	0,000	0,555	0,000	0,597	0,000
4.gün	0,646	0,000	0,651	0,000	0,631	0,000	0,643	0,000
5.gün	0,634	0,000	0,611	0,000	0,602	0,000	0,611	0,000
6.gün	0,643	0,000	0,674	0,000	0,629	0,000	0,641	0,000
7.gün	0,568	0,000	0,630	0,000	0,627	0,000	0,639	0,000
8.gün	0,563	0,000	0,600	0,000	0,565	0,000	0,618	0,000
9.gün	0,668	0,000	0,654	0,000	0,579	0,000	0,628	0,000
10.gün	0,630	0,000	0,664	0,000	0,655	0,000	0,644	0,000
11.gün	0,593	0,000	0,603	0,000	0,631	0,000	0,673	0,000
12.gün	0,554	0,000	0,560	0,000	0,612	0,000	0,617	0,000
13.gün	0,505	0,000	0,565	0,000	0,576	0,000	0,587	0,000
14.gün	0,620	0,000	0,626	0,000	0,573	0,000	0,618	0,000
15.gün	0,586	0,000	0,552	0,000	0,653	0,000	0,624	0,000
16.gün	0,412	0,000	0,408	0,000	0,522	0,000	0,513	0,000
17.gün	0,532	0,000	0,513	0,000	0,561	0,000	0,570	0,000
18.gün	0,453	0,000	0,497	0,000	0,643	0,000	0,671	0,000
19.gün	0,485	0,000	0,520	0,000	0,628	0,000	0,666	0,000
20.gün	0,623	0,000	0,619	0,000	0,660	0,000	0,661	0,000
21.gün	0,652	0,000	0,671	0,000	0,759	0,000	0,799	0,000
22.gün	0,668	0,000	0,628	0,000	0,662	0,000	0,659	0,000
23.gün	0,523	0,000	0,539	0,000	0,669	0,000	0,676	0,000
24.gün	0,614	0,000	0,573	0,000	0,749	0,000	0,759	0,000
25.gün	0,694	0,000	0,698	0,000	0,783	0,000	0,807	0,000

26.gün	0,702	0,000	0,722	0,000	0,752	0,000	0,793	0,000
27.gün	0,651	0,000	0,704	0,000	0,656	0,000	0,697	0,000
28.gün	0,639	0,000	0,678	0,000	0,729	0,000	0,723	0,000
29.gün	0,619	0,000	0,610	0,000	0,681	0,000	0,697	0,000
30.gün	0,204	0,388	0,258	0,272	0,563	0,010	0,659	0,002
31.gün	0,552	0,123	0,542	0,131	0,557	0,119	0,586	0,097
32.gün	0,833	0,373	0,833	0,373	0,746	0,464	0,722	0,486

Tablo 4.28: Olguların hekim ve hasta tarafından ölçülen diastolik tansiyonlarının ilişkisi için yapılan korelasyon analizi sonuçları

Hastanın ölçtüğü	İLK MUAYENE 1. TANSİYON DİASTOLİK		İLK MUAYENE 2. TANSİYON DİASTOLİK		2. VİZİT İLK TANSİYON DİASTOLİK		2. VİZİT 2.TANSİYON DİASTOLİK	
	r	p	r	p	r	p	r	p
1.gün	0,730	0,000	0,654	0,000	0,605	0,000	0,570	0,000
2.gün	0,446	0,000	0,581	0,000	0,485	0,000	0,505	0,000
3.gün	0,347	0,001	0,474	0,000	0,406	0,000	0,458	0,000
4.gün	0,394	0,000	0,535	0,000	0,533	0,000	0,503	0,000
5.gün	0,392	0,000	0,514	0,000	0,494	0,000	0,461	0,000
6.gün	0,379	0,000	0,514	0,000	0,420	0,000	0,427	0,000
7.gün	0,370	0,000	0,546	0,000	0,474	0,000	0,461	0,000
8.gün	0,371	0,000	0,564	0,000	0,485	0,000	0,469	0,000
9.gün	0,447	0,000	0,564	0,000	0,474	0,000	0,533	0,000
10.gün	0,412	0,000	0,579	0,000	0,573	0,000	0,631	0,000
11.gün	0,373	0,000	0,491	0,000	0,485	0,000	0,501	0,000
12.gün	0,330	0,001	0,441	0,000	0,428	0,000	0,515	0,000
13.gün	0,238	0,022	0,413	0,000	0,388	0,000	0,463	0,000

14.gün	0,431	0,000	0,521	0,000	0,476	0,000	0,584	0,000
15.gün	0,351	0,001	0,459	0,000	0,468	0,000	0,546	0,000
16.gün	0,424	0,000	0,483	0,000	0,579	0,000	0,489	0,000
17.gün	0,370	0,000	0,513	0,000	0,453	0,000	0,428	0,000
18.gün	0,425	0,000	0,486	0,000	0,511	0,000	0,504	0,000
19.gün	0,326	0,002	0,454	0,000	0,328	0,001	0,444	0,000
20.gün	0,331	0,001	0,427	0,000	0,473	0,000	0,481	0,000
21.gün	0,368	0,000	0,492	0,000	0,507	0,000	0,512	0,000
22.gün	0,481	0,000	0,556	0,000	0,578	0,000	0,619	0,000
23.gün	0,267	0,010	0,450	0,000	0,495	0,000	0,517	0,000
24.gün	0,498	0,000	0,610	0,000	0,655	0,000	0,640	0,000
25.gün	0,503	0,000	0,599	0,000	0,631	0,000	0,623	0,000
26.gün	0,420	0,000	0,559	0,000	0,546	0,000	0,643	0,000
27.gün	0,339	0,003	0,559	0,000	0,501	0,000	0,595	0,000
28.gün	0,394	0,002	0,591	0,000	0,675	0,000	0,635	0,000
29.gün	0,324	0,039	0,491	0,001	0,563	0,000	0,487	0,001
30.gün	0,223	0,344	0,265	0,259	0,457	0,043	0,285	0,223
31.gün	0,573	0,106	0,425	0,254	0,661	0,053	0,389	0,301
32.gün	1,000	0,000	1,000	0,000	0,500	0,667	1,000	0,000

5. TARTIŞMA

Koruyucu hekimlik hizmetleri, tüm hekimler özellikle de aile hekimleri için sağlığın sürdürülmesi adına uygulanacak yöntemler içinde altın standart olmalıdır. Hipertansiyon gibi kronik hastalıklar kişi ve ülkeler bazında maddi ve manevi kaynakları yıpratın, sıklığı sürekli artın ve ölümlere sebep olan önemli bir sağlık problemidir. Hipertansiyon çok sık rastlanın ve bilindiği zannedilen bir hastalık olmasına rağmen korunma ve tedavi takibinde gereken özen gösterilememektedir. Bu nedenle sağlıksız yaşam tarzı sürdürülerek çok sayıda ve yüksek maliyette ilaç tedavileri kullanılmakta, komplikasyonlar gelişmektedir.

Çalışmamızda birinci basamakta en sık karşılaşacağımız hasta grubu olan 65 yaş üstü hipertansif hastalar, kullandıkları tedavide değişiklik yapmadan, herhangi ek önerilerde bulunulmadan sadece bir ay boyunca her gün tansiyonlarını ölçtürmeleri ve not almaları istenilerek bir ayın sonunda tekrar kontrole çağırılmıştır. Kontrol grubuna ise sadece tekrar kontrole gelmeleri söylenmiştir.

Çalışmamızın amacı hastalarımızın tedavilerinde tedavi edici rolünü onlara veren hem de hastalıklarının farkındalığını arttırıcı günlük tansiyon ölçtürmek gibi basit bir ödev vermek ve bunun tansiyon değerlerinde herhangi bir düşüş yapıp yapmadığını görmektir. Randomize kontrollü olarak oluşturulmuş hasta grubumuzda bir ay düzenli tansiyon ölçtüren deney grubumuz ile sadece bir ay sonra kontrole çağırılan kontrol grubumuz arasında istatistiksel anlamlı bir şekilde tansiyon düşüşü izlenmiştir.

5.1. Demografik Özellikler

Çalışmamızda toplam 240 hasta dahil edilmiş olup bu hastaların 126'sı deney grubu 114'ü kontrol grubudur. Çalışmamıza alınan hastalarını çoğu (%59,2) kadınlardan oluşmaktadır. Arıcı ve arkadaşları tarafından yapılan Patent Çalışması'nda HT prevalansı toplumumuzda erkeklerde %27,5, kadınlarda %36,1 olarak bulunmuştur (3). Hastaların cinsiyetlerine göre dağılım oranı, toplumun genelini yansıtmamaktadır. Daha çok sağlık hizmeti için başvuran hasta profiline uymaktadır.

Polikliniğimize başvurularda kadın hipertansif hasta sayısının erkeklerden yaklaşık yüzde elli fazla olmasının nedeni, bölgemiz kadınlarının genellikle ev hanımı olmaları ve hastaneye gitmek için erkeklere oranla daha çok vakitlerinin olması olabilir. Çalışmamızda 124 hastanın mesleğini ev hanımı olarak tanımlaması da bunu düşündürür bir bulgu olabilir.

Vücut kitle indeksi (VKİ) ile hipertansiyon arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda ortalama VKİ çalışma grubunda 28,93 kg/m² ($\pm 3,59$) iken bu değer kontrol grubunda 29,46 kg/m² ($\pm 4,17$) olarak hesaplandı. Arıcı ve arkadaşları tarafından yapılan Patent çalışmasında ise hipertansif bireylerde VKİ ortalaması 29,8 kg/m² iken, normotansiflerde bu değer 25,1 kg/m² olduğu saptanmıştır (3). Çalışmamızdaki hastaların VKİ ortalaması 29,18 kg/m² olarak saptanmış ve Patent Çalışması'ndaki hastaların VKİ ile uyumlu görülmektedir.

Deney grubu hastalarımızın yaş ortalaması 73,43 \pm 5,82, kontrol grubu olan hastaların ise 72,72 \pm 5,98 olarak izlenmiştir.

Araştırmamıza dahil olan hastaların %32,1'i herhangi bir okul mezunu değil (okuryazar yada okuma yazma bilmeyen), hastaların %35'i ilkokul mezunu olarak saptanmıştır. Bu bulgular bölgemizdeki hasta grubunun eğitim düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir. Katılımcıların yaş ortalamasıyla uyumlu kabul edilebilecek bir eğitim düzeyi olsa da %97,9 kent merkezinde yaşadığını belirten bir hasta grubu için yine de bu oranlar düşündürücüdür.

Yaş ortalaması, VKİ, eğitim durumu, aylık geliri, kırsal yada kentsel yaşam gibi özellikler kontrol ve deney grupları arasında istatistiksel anlamlı çıkacak kadar değişiklik göstermemiştir. Bu da bu gibi değişikliklerin deney grubunda sağlanan tansiyon düşüşünde bir anlam taşımadığının göstergesi kabul edilebilir. Bu da çalışmamızın başında planladığımız amaç ile uyumlu bir sonuç aldığımızın göstergelerinden birisi olarak kabul edilebilir.

5.2. Hipertansiyon Süresi ve Hipertansiyon ile İlgili Bilgiler

Çalışmamıza dahil ettiğimiz hastalara ilk ziyaret sırasında doldurduğumuz "hipertansiyon bilgi düzeyi anket formu" ile yönelttiğimiz sorular arasında yer alan "kaç yıldır hipertansiyonunuz var?" sorusuna hastalarımızın neredeyse yarıya yakını (%47,9) 5 ile

10 yıl arasında bir süredir hipertansiyon hastası olduklarını belirtmiştir. Daha önce benzer şekilde Can ve Arkadaşlarının yaptığı (8)çalışmada bu verinin daha dengeli dağıldığı izlenmektedir. Bu farklılık çalışmamızı 65 yaş üstü hastalarda yapmamızla açıklanabilir.

Hastalarımıza başvuru sırasında hipertansiyon hastalığının sebebini bilip bilmedikleri sorusu yöneltilmiş ve hastaların %86,5'i hastalıklarının sebebini bilmediklerini belirtmiştir. Çalışmamızda bunun sebebine yönelik bir ileri soru ya da girişim bulunmamaktadır. Fakat çalışmayı yaparken bu soru sorulduğunda hastaların neredeyse hepsinde bir merak uyandırılmış ve bu bilgiyi almak için bu soru geri yöneltilmiştir. Buradan eğitim durumu düşük bir toplumda doktorların sözel eğitici rolünün önemi tekrar göz önüne getirilebilir.

Hastalarımıza sorulan sorularda bir diğeri de aşağıdakilerden hangisi hipertansif bir tansiyon değeridir şeklindeki soruydu. Hastalarımızın %86,5i bu soruya doğru yanıt vermiştir. Yıllardır hipertansiyon hastalığıyla yaşayan ve yüzlerce defa tansiyonlarını ölçtürmüş hastaların bu soruyu doğru bilmeleri hiç de şaşılacak bir şey değildir.

5.3 Hastanın Yaşam Tarzı

Tuz alımının hipertansiyona sebep olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (40). Diyetle tuz alımının belirleyicisi olarak 24 saatlik idrarla tuz atılımının kullanıldığı SALTürk çalışmasında günde yaklaşık 6 gr tuz alımının sistolik kan basıncını 6,9 mmHg, diyastolik kan basıncını 4,3 mmHg artırdığı saptanmıştır (41).

Çalışmamızda yer alan hastalara yaşam tarzlarıyla ilgili yönelttiğimiz sorulardan birisi olan “Yemeğinize ne kadar tuz atıyorsunuz?” sorusuna hastaların %81,7’si az atıyorum ya da hiç atmıyorum cevaplarından birisini vermişlerdir. Sorduğumuz soru kişiden kişiye değişime çok açık ve göreceli bir soru olsa ve buna verilen yanıtlarda belirtilen az hatta hiç cevabı bile kişiden kişiye değişse de en azından hipertansiyon ve tuz ilişkisinin hastalar tarafından bilindiğinin ve bunun önemsendiğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

Hastanın yaşam tarzını gösteren sorulardan birisi olarak da hastaların yaşam tarzı değişikliği içerisinde özellikle 65 yaş üstü hastalara en çok önerilen spor olan yürüyüşü sorduğumuz soruya hastaların %31,7’si hiç yürüyüş yapmıyorum olarak yanıt vermiştir. Hastalarımızın ek hastalıklarının sıklığı ve yaşla birlikte azalan hareket kabiliyeti düşünüldüğünde bu oran aslında hiç az olarak nitenecek bir oran değildir. Benzer hastalarda

benzer sorular sorularak yapılmış bir çalışma örneği olarak karşılaştırmak gerekirse Can ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yaş ortalaması neredeyse 15 yaş daha düşük olmasına rağmen hastaların yüzde kırkıdan fazlası hiç yürüyüş yapmadıklarını belirtmişlerdir(8).

Hastalara aynı anket formuyla birlikte yöneltilen sağlıklı yaşam ile ilgili düşüncelerini ve davranışlarını içeren soruların olduğu kısımda “dışarıda yemek yerken az yağlı ve az tuzlu yemekleri seçerim” şeklindeki soruya her zaman ve sık sık şeklinde yanıt veren hastalar çalışmamızın %77,8’ini oluşturmaktayken sadece 2 hasta (%0,8) asla bunu yapmam şeklinde yanıt vermiştir. Bu soruya verilen yanıt içerisinde bu kadar sağlıklı yaşamla ilgili dikkatin toplumumuzda artan yaşla birlikte yağlı ve tuzlu beslenmemeliyiz şeklinde oluşan tutumun da etkisi olduğu yadsınamaz. Hipertansiyon hastalarına aynı sorunun yöneltildiği Can ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların ortalama %15inin bu soruya yanıtı “asla yağsız ve tuzsuz yemekleri seçmem” şeklinde olmuştur(8)

Çalışmamıza katılan hastaların gün içerisinde ne kadar hareketli bir yaşamları olduğunu belirlemekte yardımcı olabilecek olan iki soru asansör kullanma sıklığı ve en kısa mesafeyi bile arabayla gitmekle ilgili olan sorulardır. En kısa mesafeyi bile arabayla giderim sorusuna hastaların %10,5’i asla yanıtını verirken, %33,5’i nadiren kullandıklarını belirtmiştir. Bu soruya sık sık ya da her zaman şeklinde yanıt veren hastalar ise çalışmamıza katılan hastaların %20,9’udur. Çalışmamızdaki hastaların asansör kullanma alışkanlıklarının sorulduğu soruyaysa %59,3 hasta her zaman yada sık sık yanıtını verirken, sadece %15,2 hasta asla yada nadiren şeklinde yanıt vermiştir. Bu durum artan yaşla birlikte azalan efor kapasitesiyle birlikte merdiven çıkmanın güçlüğünden kaynaklanıyor olabilir ayrıca hastaların yarısından fazlasında ek hastalık olarak koroner arter hastalığının da bulunmasını göz önüne alırsak bu yanıtların bu şekilde olması hiç şaşırtıcı değildir.

Hastalara yöneltilen soruların arasında bulunan alkol kullanma sıklığını soran sorulara hastaların %92,9u asla yanıtını verirken sadece 1 hasta (%0,4) sık sık, 1 hasta (%0,4) her zaman yanıtını vermiştir. Hastaların sigara kullanımları ile ilgili olarak hastalara iki soru yöneltilmiştir. Bu sorulardan birisi sigara içme sıklığını öğrenmek için yöneltilen sorudur. Burada hastaların %84,1’i sigara içmediklerini belirtirlerken, bu soruya sık sık yada her zaman olarak yanıt veren hasta oranı %3,4 olmuştur. Sigarayla ilgili sorulan sorulardan bir diğeri de sigarayı bırakmayı düşünüyor musunuz şeklindeki sorudur. Bu soruya 24 hasta (%11) evet yanıtını verirken sadece 1 hasta (%0.5) hayır şeklinde yanıtlamıştır. Bu soruya %88,5 oranda sigara kullanmıyorum yanıtı verilmiştir. Bu oran bir önceki soruya asla

şeklinde verilen yanıtta (%84,1) farklı bir oran olmakla birlikte asla ve nadiren şeklinde verilen yanıtların toplamı ile sigara bırakmayı düşünen ve düşünmeyen hastaların sayısı dışında kalan hasta sayısı aynı olarak görülmüştür. Her iki koşulda da çalışmamızda sigara içen hasta oranı ülkemizde yapılan benzer çalışmalardan çok daha düşük olarak izlenmiştir. (42,43). Bu düşüklük hastaların yaş ortalamasıyla ilgili olabilir.

Çalışmamızdaki hastalardaki ek hastalık oranlarına bakacak olursak en sık rastlanan ek hastalık “iskemik kalp hastalığı”dır. Hastalarımızdaki iskemik kalp hastalığı oranı %58,8’dir. Fakat bunun sebebi hasta seçimi sırasında hastaların kardioloji polikliniğinden de seçilmesidir. Tahmin edileceği gibi üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunun Kardioloji Polikliniğine başvuran hipertansiyon tanısı olan hastalarda iskemik kalp hastalığı da görülme yüzdesi gerçek hipertansiyon hastalarının iskemik kalp hastalığı görülme yüzdesini yansıtmayacaktır.

Bununla birlikte çalışmamızda hastalarımızın %31,7’si hipertansiyonla birlikte şeker hastalığı tanısı almıştır. Altun ve arkadaşlarının yaptığı PatenT çalışmasında ise bu oran %8,5 olarak saptanmıştır (3).

Çalışmamızdaki hastalara yöneltilen “kolesterol seviyeniz yüksek mi?” şeklindeki soruya hastaların %67,7’si “evet” şeklinde yanıt vermiştir. Aydoğan ve arkadaşlarının yaptığı (44) bir başka çalışmada dislipidemi sıklığı %48,1, Can ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %31,9 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızda çıkan yüksek kolesterol ve diyabet oranının birkaç sebebi olabilir. Bunlardan ilki hastalarımızın yaş ortalamasının yüksekliğidir. Diğer sebeplerden birisi de hastaların yüksek iskemik kalp hastalığı oranlarına sahip olması olarak düşünülebilir. Yani kısaca çalışmamıza geniş bir perspektiften bakılırsa hekimliği pratiğinin tersine yüksek prevalans hekimliğinin yapıldığı üçüncü basamak bir üniversite ve eğitim araştırma hastanesinin hasta popülasyonunda dislipidemi, iskemik kalp hastalığı ve diabetes mellitus oranlarının diğer çalışmalardan yüksek çıkması kadar doğal bir şey yoktur. Bunun sağlanması olarak hastalara hipertansiyon hastalığı takiplerini nerde yaptırdığı sorusu yöneltildiğinde hastaları %88,7’sinin buna üniversite yada devlet hastanesi gibi üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak yanıt vermesi de bu oranların bir göstergesidir. Çalışmamıza benzer bir çalışma olan Can ve arkadaşlarının aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalar üzerinde yaptıkları çalışmalarında hastaların %50,2’si ile %37,2’si takiplerini aile sağlığı merkezlerinde yaptırdıklarını belirtmişlerdir(8).

Ünalan ve arkadaşlarının (37) İzmir’de yapmış olduğu niteliksel çalışmada hastalar alternatif tıp yaklaşımları, ilaca bağımlı olma korkusu, ilaç yan etkilerinden korkmak ve hastalığın semptomsuz oluşu nedeniyle ilaçlarını düzenli kullanmaktan kaçındıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamıza katılan hastaların %88,7’si ilaçlarını düzenli şekilde aldıklarını belirtirlerken, hastaların %75’i ilaçlarının isimlerini bilmemektedirler. Hastalarımızın %87,5i hipertansiyon tedavileri için 1 veya 2 ilaç aldıklarını belirtmişlerdir. Göçgeldi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada monoterapi alan hasta oranı %48,3 olarak saptanmıştır. Bizim çalışmamızda bu oran %40,1’dir. Bizim çalışmamızda diğer çalışmalara göre daha yüksek ilaç düzenli kullanım oranları saptanmıştır. (8,37). Bunun birkaç sebebi olabilir. Çalışmamızda sorulmamakla birlikte hastaların birden fazla tanısının olması ve yaşla birlikte toplumda kabul edilen hastalığı kabullenme öğretisi ile hastalar daha fazla ilaç uyumu geliştirmiş olabilirler. Hasta popülasyonumuzun eğitim durumu ve ekonomik düzeyinin çok da yüksek olmadığı düşünüldüğünde bu faktörler ilaç uyumunun yüksek olması ile ilgili görünmemektedir. İleride ilaç uyumu yüksekliğinin sebebi ile ilgili başka çalışmalar bu yüksekliğe ışık tutabilir.

5.4 Çalışma Verilerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızın tasarımı gereği hastaları deney ve kontrol grubu olarak iki gruba randomize şekilde ayırdıktan sonra deney grubundan bir ay boyunca her gün düzenli tansiyonlarını ölçturmeleri istenilerek bu ölçümleri kendilerine verilen tansiyon takip kartına not etmeleri istenilmiş, bir ayın sonunda kontrole gelerek hem bu karttaki veriler hem de kontrole geldiklerinde poliklinikte tansiyonları ölçülerek elde edilen tansiyon verileri toplanmıştır. Daha önce de belirtildiği gibi hem deney hem kontrol grubunun ilk ve ikinci ziyaretlerinde her iki koldan ölçümleri yapılmış ve yüksek olan kolun verisi yazılmış, beş dakika sonra aynı koldan tekrar tansiyon ölçülerek bu veri de kayıt altına alınmıştır.

Deney grubunun ilk ölçülen tansiyon değeri ortalaması sistolik $133,56 \pm 14,74$, diyastolik $78,32 \pm 9$, ikinci ölçülen tansiyon değeri ortalaması ise sistolik $132,4 \pm 13,94$, diyastolik $77,36 \pm 8,74$ olarak saptanmıştır. Aynı şekilde kontrol grubunun ilk ölçülen tansiyon değeri ortalaması sistolik $133,68 \pm 13,57$, diyastolik $78,33 \pm 9,19$, ikinci ölçülen tansiyon değeri ortalaması ise sistolik $132,17 \pm 12,68$, diyastolik $77,37 \pm 8,02$ olarak gelmiştir.

Bu deęerler benzer şekilde aile saęlıęı merkezlerinde yapılan Can ve arkadaşlarının çalıřmasıyla karřılařtırıldıęında çok daha dūřuk deęerlerdedir(8). Bunun sebebi daha önce de belirtildięi gibi çok būyūk olasılıkla daha çok ek hastalıęı olan ve bu sebeplerle daha sık kontrole gelen bir popūlasyon ūzerinde çalıřmamızı planlamıř olmamız olabilir.

Çalıřmamızdaki hastalarda deney grubunda ilk lūm sistolik tansiyonda 4,57 mm Hg, diyastolik tansiyonda 2,63 mm Hg; ikinci lūm tansiyonlarda sistolik 4,03 mm Hg, diyastolik 2,2 mm Hg bir dūřūř saęlanmış olup, kontrol grubunda sayılan hiçbir deęerde dūřūř izlenmemiř aksine yūkseliř izlenmiřtir. Can ve arkadaşlarının yaptıęı benzer çalıřmada ise hem deney hem kontrol gruplarında bir dūřūř izlenmekle birlikte deney grubunda istatistiksel anlamlı bir dūřūř izlenmiřtir(8). Çalıřmamızdaki deney grubuna alınan hastalardaki bu izlenen dūřūř istatistiksel olarak anlamlı iken kontrol grubunda istatistiksel bir anlamlılık izlenmemiřtir. Can ve Arkadařlarının çalıřmasında ise sadece deney grubunda izlenen dūřūř istatistiksel anlamlı çıkmıřtır(8). Bu açıdan çalıřmalar benzer şekilde sonuçlanmıř olup Can ve Arkadařlarının daha geniř yař aralıęında tasarladıęı aile saęlıęı merkezi temelli olan çalıřmanın ilk vizit tansiyon deęerlerlerinin çalıřmamıza göre daha yūksel olması sebebiyle çalıřmamız kontrol grubunda herhangi bir dūřūř olmazken Can ve Arkadařlarının çalıřmasında istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte bir dūřūř izlenmiřtir(8).

Kan basıncındaki her dūřūř saęlık için faydalıdır ve topluma yayılmıř kan basıncındaki dūřme mortalite, devam eden saęlık yararı saęlıęı koruma adına yapılacak harcamaları da koruma açısından çok önem tařımaktadır. Buna ek olarak kan basıncı ile vaskūler mortalite arasındaki iliřki pozitif, gūclū ve sistolik kan basıncı 115 mmHg dūzeyine kadar lineer olarak azalma göstermektedir. Ancak 115 mmHg ařaęısındaki kan basıncı deęerleri için kanıt yoktur. (46)

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızı planlarken amacımız 65 yaş üstü hipertansiyon hastalarına bir ay süreyle verilecek tansiyon takip kartının tansiyon düşürmedeki etkinliğini ölçmek ve sadece kontrole çağırılan hastalar ile evde takip kartı doldurarak kontrole gelen hastalar arasında bir tansiyon farkı olup olmadığını görmektir.

Bunu yaparken düşündüğümüz şeylerden bir kaç hastalara hastalıklarının sorumluluğunu yükleme yolu bularak, hastalara aslında hastalıklarının tedavi edicisinin yine kendileri olduklarını göstermekti.

Günümüz tıbbında ne yazık ki klinisyenler kendilerini tüm hastalıkların tedavi edicisi gibi görmekte, sayılar, ilaçlar, laboratuvar değerleri arasında boğularak tababetin aslının hasta hekim ilişkisi olduğunu unutmaktadır. Hekimler hastalar için sadece tedavi olma yolunu gösteren birer yol gösterici olma rollerine geri dönmelidirler. Bunu sağlayabildikleri zaman günümüz tıbbında hekimlerin karşısına her köşede çıkan hukuksal yükümlülükleri de azaltmış olacaklardır. Hasta ile etkili iletişim kanallarını her zaman açık tutan bir hekim Aile Hekimliği'nin esaslarından birisi olan sürekli tıp hizmeti vermeyi de sağlayabilmiş olacaktır.

Çalışmamızda da görüldüğü gibi modern tıp koşulları içerisinde yer alan hiçbir ek uygulamayı kullanmayarak, sadece hastalara hastalıklarını her gün hatırlatan bir işlem yapmalarını söyleyerek tansiyon değerlerinde anlamlı bir düşüş elde ettik.

Yola çıktığımız hipotezimizi yaptığımız çalışma sonunda sistolik tansiyonda 4,57 mmHg, diastolik tansiyonda 2,63 mmHg değerlerine varan ölçülerde tansiyon düşüşünü izleyerek çalışmamızı sonuçlandırdık.

Gerek deney grubunda gerekse kontrol grubunda başlangıç tansiyonları hedeflenen tansiyon değerleri içerisinde de olsa bununla birlikte hastalar %88,7 oranla ilaçlarını düzenli almaktaydılar.

Tüm bu etmenlere rağmen hastalara sadece günlük düzenli tansiyon ölçümü önererek ve bunu kayıt altına almak gibi bir "ödev" vererek yarattığımız sorumluluk hissi içerisinde yinede istatistiksel anlamlı bir düşüş sağlanmıştır.

Kontrol grubunda elde edilmeyen düşüşün sebebi ise hastaların zaten düzenli ilaç almaları ve ortalama tansiyon değerlerinin hedef seviyeler içerisinde olması olarak düşünülebilir.

Ayrıca kontrol grubunda yapıldığı gibi bir ay sonra kontrole çağırmak dışında hiçbir müdahalede ya da hiçbir ek öneri bilgilendirme ya da sorumluk arttırıcı ödev verilmeyen hastalarda her ay hastayı poliklinikte tekrar tekrar kontrol etmenin bir faydası olmayabilir. Günümüz pratiğinde sık yapılan kontrole çağırmanın gerçekten de hastanın kendini tedavi edebilmesine bir katkısı olması gerekmektedir.

Hepimizin bildiği gibi ilaç dozlarını istediğimiz gibi arttıralım, istediğimiz gibi kombine tedaviler verelim, tedaviye uyumu olmayan, o ilaçları neden aldığını bilmeyen, almazsa ne olabileceği hakkında bilgisi olmayan hastaları tedavi edemeyiz. Günümüzde giderek azalan hekim hasta ilişkisini ve iletişimini arttıracak girişimler tedavi hedeflerine ulaşmaya yardımcı olacaktır. Bu konuda hastalar özellikle kronik hastalıkların tanısını aldığında kontrol sıklıklarını arttırarak ve her kontrole geldiklerinde tekrar tekrar bilgi vererek onların bu hastalıklar birlikte yaşamalarını sağlayabiliriz.

Bilimsel çalışmaların sadece çıkar için yapıldığı günümüzde, en azından bazı özgün çalışmaların hastalara nasıl daha iyi bilgi verip, kendilerini nasıl daha başarılı tedavi edebileceklerini anlatmanın, tedaviye hastayı da dahil etmenin yollarını arayan çalışmalar planlanması önemlidir.

7. ÖZETLER

GERİATRİK ESANSİYEL HİPERTANSİYON TANILI HASTALARDA TANSİYON TAKİP KARTININ TEDAVİDE HEDEF DEĞERLERE ULAŞMADAKİ YERİ VE ÖNEMİ

Amaç: Bu çalışmada en az bir antihipertansif kullanan 65 yaş üstü hipertansiyon hastalarından başka hiçbir ek öneri ya da müdahale yapılmadan sadece bir ay boyunca her gün tansiyon ölçümü yaparak takip kartına yazmaları istenmiş ve bir ay sonunda kontrol grubu ile karşılaştırılarak ölçülen tansiyon değerlerinde bir fark olup olmadığı araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma prospektif, kesitsel gözlem çalışmasıdır. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Kardiyoloji Polikliniği'ne başvuran 65 yaş üstü en az bir antihipertansif ilacı başvuru anında kullanmakta olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar üzerinde yapılmıştır. Çalışma için hastalar Ağustos 2014 ile Şubat 2015 tarihleri arasında kabul edilmiştir. Araştırma iki grup üzerinde planlanmıştır. Deney grubu; 65 yaş üzeri, en az 1 adet antihipertansif ilaç kullanan, kendileriyle yapılan ilk görüşme sırasında bir ay süresince doldurmaları istenilen tansiyon takip kartını doldurmuş gruptur. Kontrol grubu; 65 yaş üzerin, en az bir adet antihipertansif ilaç kullanan, ilk görüşme sırasında kendilerine tansiyon takip kartı verilmeyen gruptur.

Sonuçlar: Çalışmamızın sonuçlarında deney grubunda (n=126) sistolik tansiyonda ortalama 4,57 mm Hg, diastolik tansiyonda ortalama 2,63 mm Hg değerlerine varan ölçülerde bir düşüş izlenmiş olup ilk geliş tansiyonları ile karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı (p=0.002) olarak görülmüştür. Kontrol grubunda (n=114) ise anlamlı bir düşüş izlenmemiştir (p>0,05).

Tartışma: Hipertansiyon gibi kronik hastalarda hedef değerlerden uzaklaşıldıkça hastaların taşıdığı riskler de artmaktadır. Çalışmamızdan elde edilen veriler gösteriyor ki hastaları kendi hastalıklarının izlemine dahil etmek için yapılabilecek girişimler hedeflere ulaşmada oldukça yardımcı olmaktadır. Bunun için tansiyon hastalarına takip kartı vererek kontrole çağırarak gibi basit ve maliyetsiz bir yöntemin büyük bir faydası olmaktadır.

Anahtar kelimeler: hipertansiyon, aile hekimi, takip kartı.

ABSTRACT

Summary

The Ground and Importance of the Blood Pressure Follow-up Cards in the Approach to Target Values Among Geriatric Patients Diagnosed with Essential Hypertension

Aim: In this study patients over the age of 65 using at least one antihypertensive have been requested to measure their blood pressures daily and to record it to follow-up card for a month. They have not received any additional advice or intervention. In the end of the month their measured blood pressure values have been analyzed in a comparison with the control group to verify any significant difference in between both groups.

Materials and Methods: A cross-sectional, observational study have been performed amongst the volunteer applicant over the age of 65 who have been using at least one antihypertensive medication in the period of their appeal to the Cardiology Clinic and the Family Medicine Clinic of Izmir Katip Çelebi University Atatürk Training and Research Hospital. Patients considered for this research consulted to the clinics between August 2014 and February 2015. The research has been arranged on two groups. The experimental group consists of the patients who had delivered the blood pressure follow-up card in the initial interview, to be filled with the measurement values daily for a month. Whereas the patients of the control group had not received any follow-up card for the record of their blood pressure measurements.

Results: In the end of the research it has been revealed that there have been diminution up to 4.57 mmHg in the systolic pressure, and 2.63 mmHg in the diastolic pressure of the experiment groups (n=126) measured values. These values have been evaluated statistically to be significant with a p value equal to 0.002 when compared to their initial rates. In the control group (n=114) no significant reduction have been investigated statistically ($p>0.05$).

Discussion: The health risks have been increasing for the patients with the chronic diseases like hypertension as their blood pressure measurements become distant of the aimed values. The obtained data of this project suggests that involving the patients in the persuasion of their own diseases enhances the rate of achieving the goals. Therefore delivering the

follow-up cards to patients and requesting a return for a control examination has a major benefit with low costs and practical method.

Key words: Hypertension, family physician, follow-up card

8. KAYNAKLAR

1. Esat Veli Karakoç, Ziya Ömer, Hüseyin Can; Approach to hypertension in primary care; Smyrna Tıp Dergisi 2012; Ek Sayı 1: 62-67.
2. Onat A. Toplumumuzda kan basıncı ve hipertansiyon.
<http://tekharf.org/2009.html/> 12.12.2014
3. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç et al. Prevalance, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005; 23(10): 1817-23.
4. Şengül Ş, Erdem Y, Akpolat T, Derici U, Sindel Ş, Karatan O, Turgan Ç, Hasanoğlu E, Çağlar Ş, Ertürk Ş, on behalf of the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. *Kidney International Supplements* (2013) 3, 326–331; doi:10.1038/kisup.2013.68.
5. 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: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289:2560-2572.
6. Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW, Joffres M, et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 European countries, Canada, and the United States. *JAMA*. 2003; 289(18): 2363-9.
7. Erdine S. (2000) How well is hypertension controlled in Europe? *J Hypertens*. 18: 1348-9.
8. Can H., Bulut Celik S. Evaluation of the Reaching Target Values in patients with Hypertension and Importance of Tension Follow-up Cards. *Acta Medica Mediterranea*, 2014, 30: 1091
9. Eryılmaz U, Akgüllü Ç. Aile hekimliği uygulamasında hipertansiyon tanı süreci ve yönetim. *Turkish Family Physician* 2008; 3(2): 14-18.
10. <http://old.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm> 02.01.2014 Türk Kardiyoloji Derneği ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu.
11. Yabul C. Konya ilinde hipertansiyon prevalansı ve farkındalık. Uzmanlık Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2011.

12. 2013 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension(ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension* 2013, 31: 1281–1357.

13. Mancia G, Grassi G. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflaması. Kozan Ö. Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, 2009; 15-22.

14. Özbayram A. Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2008.

15. Cramer J. *Medicine Partnership*, Heart 2003; 89 .

16. Black, HR., Bakris, GL., Elliot, WJ. (2002) Hipertansiyon: Epidemiyoloji, patofizyoloji, tanı ve tedavi. (Çeviri: Saçıkara A). Esen AM.(Editör). Hurst's The Heart Türkçe. İstanbul: *And Yayıncılık*; s.: 1553-604.

17. Kannel, WB. (2000) Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. *Am J Hyperten* 13: S3–10S.).

18. Tonolo, G., Melis, MG., Secchi, G., Atzeni, MM., Angius, MF., Carboni, A., Ciccicarese, M., Malavasi, A., Maioli, M. (1999) Association of trp64arg B3-adrenerjik receptor gene polymorphism with essential hypertension in the Sardinian population. *J Hypertens* 17: 33-8.

19. Brenner, BM, Chertow, GM. (1993) Congenital oligonephropathy: An inborn cause of adult hypertension and progressive renal injury? *Curr Opinion Nephrol Hyperten.* 2: 691-5.

20. Lever, AF., Harrap, SB. (1992) Essential hypertension: A disorder of growth with originsin childhood? *J Hypertens* 10: 101-20.

21. Kanellis, J., George, LB., Kurokawa, K., Johnson, RJ. (2003) Pathogenesis and Clinical Course of Essential Hypertension. In: Johnson, RJ., Feehally, J. (Eds.). *Comprehensive Clinical Nephrology.* (2.nd ed.) SPAIN: *Mosby*; p.: 477-88.

22. Brunner, HR, Sealey, JE, Laragh, JH. (1973) Renin subgrups in essential hypertension. Further analysis of their pathophysiological and epidemiological characteristics. *Circ Res* 32: 99-105.

23. Dibello, V., Giampierito, O., Pedrinelli, R., Mateucci, E.,Giorgi, D.,Bertini, A., Bianchi, M., Ferdeqhini, Boldrini, E., Dell'omo, G., Paterni, M., Guisti, C. (1999) Can

insulin action induce myocardial texture alterations in essential hypertension? *Am J Hypertens* 12: 283-90.

24. Cardillo, C., Kilcoyne, CM., Waclawiw, M., Panza, JA. (1999) Role of endothelin in the increased vascular tone of patients with essential Hypertension. *Hypertension* 33: 753-8.

25. Braunwald, E. (2001) Heart disease. *Textbook of Cardiovascular Medicine*; (6th ed.) p.:952.

26. Zanchetti, A., Grassi, G., Mancia, G. (2009) When should antihypertensive drug treatment be initiated and to what levels should systolic blood pressure be lowered? A critical reappraisal. *J Hypertens* 27: 923–34.

27. Dickhonsen, HO., Mason, JM., Nicolson, DJ., Campbell, F., Beyer, FR., Cook, SW., Williams, B., Ford, GA. (2006) Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomised controlled trials. *J Hypertens* 24: 215–33.

28. Narkiewicz, K., Van de Borne, PJ., Hausberg, M., Cooley, RL., Winniford, MD., Davison, DE., Somers, VK. (1998) Cigarette smoking increases sympathetic outflow in humans. *Circulation* 98: 528-534.

29. Puddley, IB., Beilin, LJ., Rakie, V. (1997) Alcohol, Hypertension and the cardiovascular system: a critical appraisal. *Addiction Biol* 2: 159-170.

30. Otten, JJ., Pitzi Helliwig, J., Meyers, LD. (2006) The dietary reference intakes: the essential guide to nutrient requirements. Washington, DC: *National Academies Press*.

31. Vollmer, WM., Sacks, FM., Ard, J., Appel, LJ., Bray, GA., Simonsmorton, DG., Conlin, PR., Svetkey, LP., Erlinger, TP., Moore, TJ., Karanja, N.(2001) Effects of diet and sodium intake on blood pressure: Subgroup analysis of the DASH Sodium Trial. *Ann Intern Med* 135: 1019-28.

32. Neter, JE., Stam, BE., Kok, FJ., Grobbee, DE., Geleijnse, JM. (2003) Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 42: 878-884. 55

33. Whelton, PK., Appel, LJ., Espeland, MA., Applegate, WB., Ettinger, WH JR., Kostis, JB., Kumanyika, S., Lacy, CR., Johnson, KC., Folmar, S., Cutler, JA. (1998) Sodium reduction and weight loss in the treatment of Hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA* 279: 839-46.

34. Cornelissen , VA., Fagard, RH. (2005) Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors.

Hypertension 46: 667-75. OS.

35. Law, MR., Morris, JK., Wald, NJ. (2009) Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease:meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 338: 1665

36. Waeber B. (2001) Treatment strategy to control blood pressure optimally in hypertensive patient. *Blood Pressure.* 10: 62-73

37. Ünalın P, Çifçili S, Uzuner A, Akman M. Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. *Türk Aile Hek Derg.* 2005; 9(4): 153-158.

38. Daskalopoulou, SS., Khan, NA., Quinn, RR., Ruzicka, M., McKay, DW., Hackam, DG., Rabkin, SW., Rabi, DM., Gilbert, RE., Padwal, RS., Dawes, M., Touyz RM., Campbell, TS., Cloutier, L., Grover, S., Honos, G., Herman, RJ., Schiffrin, EL., Bolli, P., Wilson, T., Feldman, RD., Lindsay, MP., Hemmelgarn, BR., Hill, MD., Gelfer, M., Burns, KD., Vallee, M., Prasad, GV., Lebel, M., McLean, D., Arnold, JM., Moe, GW., Howlett, JG., Boulanger, JM., Larochelle, P., Leiter, LA., Jones, C., Ogilvie, RI., Woo, V., Kaczorowski, J., Trudeau, L., Bacon, SL., Petrella, RJ., Milot, A., Stone, JA., Drouin, D., Lamarre-Cliche, M., Godwin, M., Tremblay, G., Hamet P., Fodor, G., Carruthers, SG., Pylypchuk, G., Burgess, E., Lewanczuk, R., Dresser, GK., Penner, B., Hegele, RA., McFarlane, PA., Sharma, M., Campbell, NR., Reid, D., Poirier, L., Tobe, SW. (2012) The 2012 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for the Management of Hypertension:Blood Pressure Measurement, Diagnosis,Assessment of Risk, and Therapy. *Canadian Journal of Cardiology* 28: 270-87

39. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Bohm, M., Christiaens, T., Cifkova, R., De Backer, G., Dominickz, A., Galderisi, M., Grobbee, De., Jaarsma, T., Kirchho, P., Kjeldsen, SE., Laurent, S., Manolis, AJ., Nilsson, PM., Ruilope, LM., Schmeider, RE., Simes, PA., Sleight, P., Viigimaa, M., Waeber, B.,Zannad, F.

(2013) ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens* 31: 1281-357

40. Zhou BF, Stamler J,Dennis B, Moag-Stahlberg A, Okuda N, Robertson C et al. Nutrient intakes of middle-aged men and women in China, Japan, United Kingdom, and United Statesin the late 1990s: the INTERMAP study. *J Hum Hypertens* 2003; 17:

623-30. 76. Khaw KT, Bingham S, Welch A, Luben R, O'Brien E, Wareham N et al. Blood pressure and urinary sodium in men and women: The Norfolk Cohort of the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk). *Am J Clin Nutr* 2004; 80: 1397-403.

41. Türk toplumunda tuz tüketimi ve kan basıncı çalışması.

www.turkhipertansiyon.org/pdf/salt_160608.ppt/ 23/05/2014

42. Özkara A, Turgut F, Selcoki Y, Kanbay M, Karakurt F, Tekin O.

Hipertansiyon hastalarının ilaçlarına ve sağlık merkezlerine uyumları. *Yeni Tıp Dergisi* 2008 25: 97-101

43. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S.

Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2008; 50: 172-9.

44. Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K.

Hipertansiyon hastalarında anksiyete bozukluğu. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012; 4(2): 1-5.

45. Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. *Karaman il merkezinde yaşayan*

hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2009; 37(8): 551-6

46. Aburto, NJ., Ziolkovska, A., Hooper, L., Elliot, P., Cappuccio, FP., Meerpohl,

JJ. (2013) Effect of lower sodium intake on health: systematic review and meta-analyses.

BMJ 346: 1326

EKLER

EK – 1 Hipertansiyon bilgi düzeyi anket formu

HİPERTANSİYON BİLGİ DÜZEYİ ANKET FORMU

1. Tedaviyi yürüten doktorun adı ve soyadı:

2. Tedaviyi yürüten doktorun çalıştığı kurumun adı:

3. Hastanın tedavi grubu:

- Deney Grubu (4 haftalık tansiyon takip çizelgesi verilen grup)
 Kontrol Grubu

Hastanın Demografik Bilgileri

4. Hastanın Adı-Soyadı: _____

5. Cinsiyeti:

- Kadın
 Erkek

6. Yaşı: _____

7. Mesleği: _____

8. Hastanın yaşadığı yer:

- Kırsal Kentsel

9. Eğitim düzeyi:

- Okuma-Yazma bilmeyen
 Okur-Yazar
 ilkokul
 Orta Okul
 Lise
 Üniversite

10. Aylık geliri:

- <500 TL
 500-1000 TL
 1000-2000 TL
 >2000 TL

Hastanın Fizik Muayene Bilgileri

11. Vücut ölçüleri:

Kilo(kg):

Boy (m):
BMI (kg/m²):
Bel çevresi (cm):

12. Kaç yıldır hipertansiyonunuz var?

- < 1 yıl
 1-5 yıl
 5-10 yıl
 >10 yıl

13. Hipertansiyonunuzun nedenini biliyor musunuz?

- Evet (Lütfen Belirtiniz: _____)
 Hayır

14. Aşağıdaki kan basınçları değerlerinden hangisi hipertansiyondur?

- 100/70 mmHg
 110/80 mmHg
 110/70 mm/Hg
 120/80 mm/Hg
 150/100 mm/Hg

Hastanın Yaşam Tarzı

15. Yemeğinize ne kadar tuz atıyorsunuz?

- Hiç atmıyorum
 Az atıyorum
 Orta derecede atıyorum
 Çok atıyorum

16. Ne sıklıkta yürüyüş yapıyorsunuz?

- Hiç yapmıyorum
 Haftada bir kere
 Haftada iki kere
 Haftada en az üç kere

17. Aşağıdaki cümlelerde belirtilen ifadelere ne oranda katıldığınızı lütfen belirtiniz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Her zaman
Dışarıda yemek yerken az yağlı ve az tuzlu yemek seçerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En kısa mesafeyi arabayla giderim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Asansör kullanımım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkol kullanımım	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sigara içirim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Sigara içiyorsanız bırakmayı düşünüyor musunuz?

- Evet
- Hayır
- Sigara kullanmıyorum

Hastanın Vital Bulguları

19. Ek hastalığınız var mı? (Uygun olan bütün seçenekleri işaretleyiniz)

- Şeker hastalığı
- İskemik kalp Hastalığı
- Böbrek Hastalığı ((Lütfen detaylarını belirtiniz: _____))
- İnme
- Depresyon
- Diğer (Lütfen Belirtiniz: _____)

20. Kolesterolünüz yüksek mi?

- Evet
- Hayır
- Bilmiyorum

21. En son ne zaman göz muayenesini yaptınız?

- <1 yıl
- 1-2 yıl
- 2-5 yıl
- >5 yıl
- Hiç yaptırmadım

22. Ne kadar sıklıkta tansiyon ölçtüyorsunuz?

- Her gün
- Haftada birkaç kez
- Ayda birkaç kez
- Yılda birkaç kez

- Hiç ölçtürmüyorum

23. Tedaviniz nerede takip ediliyor?

- Üniversite veya devlet hastanesi
 Aile Sağlığı merkezi
 Muayenehane
 Düzenli takip yapılmıyor

Hastanın İlaç Kullanma Geçmişi

24. İlaç kullanma alışkanlığınız nasıldır?

- Düzenli olarak ilaç kullanıyorum
 Haftada birkaç kez doz atıyorum
 İlacı bazen kullanıyorum

25. İlacınızın / ilaçlarınızın isimlerini biliyor musunuz?

- Evet (Lütfen belirtiniz: _____)
 Hayır

26. Hipertansiyonunuzla ilgili günde kaç ilaç alıyorsunuz?

- 1
 2
 3
 4 ve üzeri

27. İlaçlarınızın yan etkisini biliyor musunuz?

- Evet
 Hayır

Hipertansiyon Bulguları

28. Hastanın ilk muayene esnasındaki bulguları (1. Vizit) :

İlk TA değeri

2. ölçüm (5 dk sonraki)

29. Hastanın 4 hafta sonraki vizitteki bulguları (2. vizit):

Son TA değeri

--

2. ölçüm (5 dk sonraki)

30. 4 haftalık tansiyon takip çizelgesi bilgileri: (Kontrol grubu hastası için doldurulmayacak)

1. Gün		8. Gün		15. Gün		22. Gün		29. Gün	
2. Gün		9. Gün		16. Gün		23. Gün		30. Gün	
3. Gün		10. Gün		17. Gün		24. Gün		31. Gün	
4. Gün		11. Gün		18. Gün		25. Gün			
5. Gün		12. Gün		19. Gün		26. Gün			
6. Gün		13. Gün		20. Gün		27. Gün			
7. Gün		14. Gün		21. Gün		28. Gün			