

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EDİRNE'DEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE
HİPERTANSİYON PREVELANSI, HİPERTANSİYONUN
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Sevde ÇUBUKÇU**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr.Sultan TAŞCI**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ekim 2005
KAYSERİ**

**T.C
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**EDİRNE'DEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE
HİPERTANSİYON PREVELANSI, HİPERTANSİYONUN
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE YAŞAM KALİTESİ
ÜZERİNE ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan
Sevde ÇUBUKÇU**

**Tezi Yöneten
Yrd.Doç.Dr.Sultan TAŞCI**

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Ekim 2005
KAYSERİ**

Yrd.Doç.Dr. Sultan TAŞCI danışmanlığında Sevede ÇUBUKÇU tarafından hazırlanan “Edirne’de 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevelansı, Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi ” adlı bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

22 /11/ 2005
(Tez savunma sınav tarihi)

JÜRİ

Üye : Prof.Dr. Ümit SEVİĞ

Üye : Yrd.Doç.Dr. İskender GÜN

Üye : Yrd.Doç.Dr. Sultan TAŞCI

İmza

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 14.12.05...tarih ve 345..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

14.12.2005

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Meral AŞGİOĞLU

TEŞEKKÜR

Araştırmacı, bu çalışmasının gerçekleşmesine katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere içtenlikle teşekkür eder.

Sayın Yrd.Doç.Dr. Sultan TAŞCI çalışmanın planlanması ve yürütülmesini büyük bir sabır ve profesyonellikle yönlendirmiş ve her aşamasında özellikle istatistiksel değerlendirmede, sayın Doç.Dr. Galip EKUKLU, Prof. Dr. Nesrin TURAN, Dr. Hatice GÜL ve Öğ.Gör. Özlem BARIK çalışma süresince yardımlarını esirgememişlerdir.

Çalışmamın her aşamasında, sevgili annem ve nişanlım Volkan AKSU başta olmak üzere tüm yüksek lisans programı arkadaşlarım ve çalışma arkadaşlarım manevi destek vermişlerdir.

**EDİRNE'DEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE HİPERTANSİYON
PREVALANSI, HİPERTANSİYONUN GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ
VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

ÖZET

Bu çalışma; Edirne'deki 65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı, hipertansiyonun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmaya, Edirne'deki 13 sağlık ocağı bölgesinde kayıtlı 65 yaş ve üzeri 10.500 bireyden tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilen 400 yaşlı birey alınmıştır. Veriler, 27 Ekim 2004- 15 Nisan 2005 tarihleri arasında, yaşlıların evlerinde yüzyüze görüşme tekniği ile anket formu, Günlük Yaşam Aktiviteleri/Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA/AGYA) Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin istatistiki değerlendirmesinde Ki kare, varyans analizi, bağımsız örnekleme t testi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre; hipertansiyon prevalansı %44.3 olup; hipertansiyonluların %67.2'sinde Sistolik Hipertansiyon, %26.0'nda Diyastolik Hipertansiyon olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon tedavisi alanların çoğunluğu kadın, 65-69 yaş grubunda, sigara, alkol, kahve alışkanlığı olan, BKI şişman olan, yemeklerinde tuz tüketen, egzersiz yapmayanlardan oluşmaktadır. Yaşlıların %79.7'sinin 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerini tercih ettiği, %87.7'si hipertansiyon hakkında yeterli bilgi almadığı ve hemşirelerin bilgi vermede aktif rol almadığı saptanmıştır.

Hipertansiyon tanısı almış yaşlıların GYA/AGYA'de yetersizlik oranı %72.3 olup, yetersizliği cinsiyet, yaş, eğitim durumu, yerleşim yeri, çalışma durumu, BKI, egzersiz yapma durumu, ve birlikte yaşanan kişilerin etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırmada erkeklerin, 65-69 yaş grubunun, lise ve üstü mezunlarının, evlilerin, çalışanların, geliri iyi olanların, egzersiz yapanların, fiziki yetersizliği olmayanların, GYA/AGYA yeterli olan yaşlıların yaşam kalitesi ortalama puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Sonuç olarak, sağlık kuruluşlarında koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, sağlık personeli tarafından toplumun eğitim ve bilinçlendirilmesine yönelik çalışmaların artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, Hipertansiyon, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Yaşam Kalitesi

**HYPERTENSION PREVALENCE OF 65 YEARS OLD AND UP PEOPLE
AT EDİRNE AND THE EFFECT OF HYPERTENSION TO BASIC
ACTIVITIES OF DAILY LIVING AND LIFE QUALITY**

SUMMARY

This study was conducted to determine the prevalence of hypertension at 65 years old and up people at Edirne and the effect of hypertension to basic activities of daily living and life quality of life, as descriptive. 400 old people were taken to the study by choosing from 10.500 people who 65 years old and up and recorded to 13 health centers area in Edirne, with simple randomized sample method. Data was collected with a questionnaire, Activities of Daily Living/ Instrumental Activities of Daily Living (ADL/IADL) inventory and SF-36 Quality of life inventory by viewing face to face at old people's homes. For statistical analysis, chi-square, One-way anova, Independent Samples T test and regression analysis were used.

According to the results; it is determined that the prevalence of hypertension was 44.3 %, 67.2 % of the old people had systolic hypertension, 26.0 % of them had diastolic hypertension. The most of people taking hypertension treatment were women, 65-69 years old, have got cigarette, alcohol, coffee habits, obese, consuming salt at their meal, not doing exercise. It is found that 79.7 % of people prefer to second and third health services, 87.7 % of them did not take enough information about hypertension and nurses did not act active about giving information.

The rate of inadequacy in daily life activities of old people who have hypertension was 72.3 %, it is found that gender, age, education level, living place, employed situation, BMI, doing exercise and people lived together effected to this inadequacy ($p < 0.05$).

It is determined that quality of life mean rates of men, 65-69 aged people, graduated from high school and up, married, employed, have got good income, do exercise, have got no physical handicap, have got adequate daily life activities were higher than the others ($p < 0.005$).

As a result; it is advised giving importance to protective health services at health centers, increasing studies related to educating and improving the society by health professionals.

Keywords: Geriatrics, Hypertension, Activities of Daily Living, Life Quality

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇ KAPAK	I
KABUL VE ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO LİSTESİ	VIII
KISALTMALAR	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. YAŞLILIK	5
2.1.1. Yaşlılığın Tanımı, Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus.....	5
2.1.2. Yaşlılıkta Genel Özellikler ve Ortaya Çıkan Sorunlar	6
2.1.3. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılara Verilen Hizmetler	8
2.2. HİPERTANSİYON	10
2.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Hipertansiyon.....	10
2.2.2. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflandırılması	10
2.2.3. Hipertansiyon Tedavisi.....	12
2.2.4. Hipertansiyonda Hemşirelik Yaklaşımları	14
2.3. YAŞLILIKTA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE HEMŞİRELİK	15
2.4. YAŞAM KALİTESİ VE YAŞLILIK.....	17

	<u>Sayfa No</u>
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1.ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	20
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ	20
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ.....	21
3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ.....	21
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	22
3.6. VERİLERİN TOPLANMASI	23
3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması.....	23
3.6.2. Ön Uygulama.....	24
3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması.....	24
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	24
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	72
6. KAYNAKLAR	91
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

		<u>Sayfa no</u>
Tablo 2.1.	18 yaş ve üzeri erişkinlerde kan basıncı sınıflandırılması.....	11
Tablo 3.1.	Edirne il merkezindeki 65 yaş ve üzerindeki bireylerin bağlı oldukları sağlık ocağı bölgelerine göre dağılımı.....	21
Tablo 3.2.	Edirne il merkezindeki sağlık ocağı bölgelerinin nüfus ağırlıklarına göre örnekleme alınan yaşlı birey sayısı.....	22
Tablo 3.3.	Fiziksel fonksiyon başlıkları ve puanlanması.....	27
Tablo 3.4.	Sosyal fonksiyon başlıkları ve puanlanması.....	28
Tablo 3.5.	Fiziksel işlev (rol) başlıkları ve puanlanması.....	29
Tablo 3.6.	Mental işlev (rol) başlıkları ve puanlanması.....	30
Tablo 3.7.	Mental sağlık başlıkları ve puanlanması.....	31
Tablo 3.8.	Enerji (zindelik) / yorgunluk başlıkları ve puanlanması.....	32
Tablo 3.9.	Ağrı başlıkları ve puanlanması.....	33
Tablo 3.10.	Genel sağlık anlayışı başlıkları ve puanlanması.....	34
Tablo 3.11.	Geçen yıl süresince sağlıktaki değişimler ve puanlanması.....	35
Tablo 3.12.	Yeniden kodlanmış değerlerin kaydedilmesinden sonra SF-36'nın her bir alt başlığının son puanlanması ve değerlendirilmesi.....	36
Tablo 4.1.	Yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları.....	37
Tablo 4.2.	Yaşlı bireylerin alışkanlıklarına göre dağılımı.....	39
Tablo 4.3.	Yaşlı bireylerin fiziksel yetersizlik özellikleri ile günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumlarına göre dağılımı.....	42
Tablo 4.4.	Yaşlı bireylerin tanı konmuş kronik hastalık özelliklerine göre dağılımı.....	43
Tablo 4.5.	Yaşlı bireylerin sistolik kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri.....	43
Tablo 4.6.	Yaşlı bireylerin diyastolik kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri.....	44
Tablo 4.7.	Yaşlı bireylerin miks (sistolodiyastolik) hipertansiyonu olma durumlarına göre dağılımı.....	44
Tablo 4.8.	Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sistolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı.....	45
Tablo 4.9.	Yaşlı bireylerin alışkanlıkları ve sistolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı.....	46
Tablo 4.10.	Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve diyastolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı.....	48
Tablo 4.11.	Yaşlı bireylerin alışkanlıkları ve diyastolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı.....	49
Tablo 4.12.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı.....	51
Tablo 4.13.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin alışkanlıklarına göre dağılımı.....	52
Tablo 4.14.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin sistolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı.....	53
Tablo 4.15.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin diyastolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı.....	54
Tablo 4.16.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumuna göre dağılımı.....	54
Tablo 4.17.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin hipertansiyona ilişkin özelliklerine göre dağılımı.....	55

Tablo 4.18.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin hipertansiyona ilişkin bilgilenme özelliklerine göre dağılımı.....	58
Tablo 4.19.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin ilaç tedavisi ve tuz kısıtlamasına uyum durumlarına göre dağılımı.....	58
Tablo 4.20.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin kan basıncı ölçüm özelliklerine göre dağılımı.....	59
Tablo 4.21.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve kan basıncı ölçtürme durumuna göre dağılımı.....	60
Tablo 4.22.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve günlük yaşam aktiviteleri /aletli günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmelerine göre dağılımı.....	61
Tablo 4.23.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin alışkanlıkları ve günlük yaşam aktiviteleri /aletli günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmelerine göre dağılımı.....	63
Tablo 4.24.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin fiziksel yetersizlik özellikleri ve günlük yaşam aktiviteleri/aletli günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmelerine göre dağılımı.....	64
Tablo 4.25.	Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri ve günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmelerine göre dağılımı.....	64
Tablo 4.26.	Yaşlı bireylerin cinsiyetine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	65
Tablo 4.27.	Yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	66
Tablo 4.28.	Yaşlı bireylerin eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	66
Tablo 4.29.	Yaşlı bireylerin medeni durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	67
Tablo 4.30.	Yaşlı bireylerin sosyal güvencesi olma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	68
Tablo 4.31.	Yaşlı bireylerin yaşadığı yere göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	68
Tablo 4.32.	Yaşlı bireylerin çalışma durumu göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	69
Tablo 4.33.	Yaşlı bireylerin gelir durumu göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	69
Tablo 4.34.	Yaşlı bireylerin oturduğu evin ait olduğu kişiye göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	70
Tablo 4.35.	Yaşlı bireylerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	71
Tablo 4.36.	Yaşlı bireylerin duyu kaybı ve fiziksel yetersizliği olma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	71
Tablo 4.37.	Yaşlı bireylerin yetersizliklerinin günlük yaşamı aktivitelerini etkileme durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	72
Tablo 4.38.	Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri/aletli günlük yaşam aktivitelerinin yeterli olma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı.....	73
Tablo 4.39.	Yaşlı bireylerin GYA/AGYA'leri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki.....	73

KISALTMALAR

DİE	: Devlet İstatistik Enstitüsü
TNSA	: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
TEKHARF	: Türkiye Erişkin Erkek ve Kadınlarda Kalp Hastalıkları Araştırması Çalışması
TOHTA	: Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Çalışması
SHEP	: Yaşlılarda Sistolik Hipertansiyon Araştırma Programı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
JNC-7	: Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Birleşik Komite 7. Raporu
TSH	: Temel Sağlık Hizmetleri
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
ISH	: İzole Sistolik Hipertansiyon
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
AGYA	: Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri
SYK	: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi
YK	: Yaşam Kalitesi
ETF	: Ev Halkı Hane Tespit Fişi
SF-36	: Yaşam Kalitesi Ölçeği

1. GİRİŞ VE AMAÇ

21. yüzyılın en önemli olgularından biri; son yıllardaki bilimsel ve teknolojik ilerlemelerle yaşam standartlarının yükseltilmesi, önlenebilir hastalık ve ölümlerinin azalması, aktivitelerin daha bağımsız yapılabilmesi, yaşam kalitesinin yükselmesi ile doğumdan beklenen yaşam süresinin ve toplumdaki yaşlı popülasyonunun giderek artmasıdır. Dünya genelinde doğumdan beklenen yaşam süresinin 1950 yılında 48 yıl olduğu, 1975 yılında 59 yıl, 1995 yılında 65 yıla yükseldiği ve 2025 yılında 73 yıla ulaşacağı bildirilmiştir.

Ülkemizde de Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) verileri baz alındığında; 1990, 1997 ve 2000 yılı nüfus sayımı sonuçlarına göre, 65 yaş ve üzeri nüfus 1985'te %4.2, 1990'da %4.3, 1997'de %4.7, 2000'de %5.6'dır. Bu oranın 2010 yılında %7.1 olması beklenmektedir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması'nda (TNSA) 2003 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus %7.0 olarak belirtilmektedir. Aynı yükselme eğilimi, doğumda beklenen yaşam süresinde de görülürken, 2000 yılında 68 yıl, 2010 yılında 71.1 yıl, 2020 yılında 73.9 yıl olacağı tahmin edilmektedir.

Doğumdan beklenen yaşam süresinin artması, yaşlı nüfusun artmasına neden olmakta, nüfusun yaşlanması da bütün ülkeler açısından büyük önem taşıyan sorunlar oluşturmaktadır. Yaşam süresindeki uzama kronik hastalıkları da beraberinde getirmektedir. Yapılan çalışmalarda; 65 yaş ve üzeri bireylerin yaklaşık %90'ının genellikle bir kronik hastalığı olduğu; bunların %35'inin iki, %23'ünün üç, %15'inin dört yada daha fazla kronik hastalığın bir arada bulunduğu, ölüm nedenlerinde ise; kardiyovasküler hastalıkların (KVH) birinci sırayı aldığı görülmektedir.

KVH'lar tüm yaşlarda hastalık yükünün %19.8'ini oluşturmaktadır. Bu hastalıklar tek başına kronik bir hastalık olması yanında, altında yatan nedenlerle beraber özellikle yaşlı sağlığını tehdit etmektedirler. Hipertansiyon da, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bir numaralı ölüm nedeni olan KVH'ların altında yatan en önemli nedendir. Dolayısıyla yaşın ilerlemesiyle başta sistolik kan basıncı (SKB) olmak üzere kan basıncı ilerleyici biçimde yükselme göstermekte ve hipertansiyon bulunan yaşlılarda da KVH riski daha da artmaktadır. Framingham Çalışması'nın sonuçlarına göre 65-74 yaşlarındaki hipertansif hastalar 20 yıl boyunca izlenmiş ve KVH'lara bağlı mortalite erkeklerde üç kat, kadınlarda ise dört kat artmış olarak saptanmıştır. DSÖ'nün tahminlerine göre; dünyadaki her sekiz ölümden biri yüksek kan basıncına bağlıdır ve hipertansiyon dünyadaki başta gelen ölüm nedenleri arasında üçüncü sırayı almaktadır.

Hipertansiyon özellikle yaşlı popülasyonda daha sık görülmekte ve gelişmiş ülkelerde 60 yaş ve üzerindeki kişilerin %60'dan fazlasının hipertansiyonlu olduğu bilinmektedir. Hipertansiyon sıklığı konusunda ülkemizde yapılan en geniş kapsamlı çalışma olan Türkiye Erişkin Erkek ve Kadınlarda Kalp Hastalıkları Araştırması'nda (TEKHARF), kan basıncı 140/90 mmHg olan 5 milyon erkek ve 7 milyon kadın, kan basıncı 160/90 mmHg olan 3.3 milyon erkek, 5.5 milyon kadın tespit edilmiştir. Yaşlı mortalitesinin %50'sinin ve morbiditesinin %70'inin sorumlusu hipertansiyondur. Yaşlılarda koroner arter hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, inme, böbrek yetmezliği ve periferik damar hastalığı gibi hipertansiyon komplikasyonları da gençlere göre mortalite ve morbilite insidansını arttırmaktadır. Framingham Kalp Çalışması'na göre; yaşlı kadınların %59'unda, erkeklerin %39'unda kalp yetmezliği gelişmesinden hipertansiyon sorumludur. Yaşlılarda Sistolik Hipertansiyon Araştırma Programı (SHEP) çalışması; 10 yıllık süre içinde majör bir kardiyovasküler olay görülme riski 25-34 yaş diliminde %1'in altında iken, 65 yaş üstünde %30'u aştığını göstermektedir.

Günümüzde hipertansiyon üzerinde çok durulan bir konu olup, yaşam tarzı alışkanlıklarının önemi vurgulanmakta ve çok etkin ilaçlar geliştirilmektedir. Bunlara rağmen yaşlılarda hipertansiyon kontrolünde, etkin sağlık stratejileri geliştirilemediğinden olumlu sonuçlar alınamamaktadır. Yapılan araştırmalar son 10 yılda hipertansiyon bilinçlenmesinde bir ilerleme kaydedilmediğini, tedavi ve uyum oranlarında ciddi düşüş olduğunu göstermektedir. ABD Ulusal Birleşik Komite 7. Raporu'na (JNC-7) göre, kontrol oranları %34'lerde duraklamış ve sağlıklı toplum 2010 hedefi olan %50'nin altında kalmıştır.

Yapılan çalışmalar yaşla birlikte artan hipertansiyonun ve komplikasyonlarının; bireyin sosyo-ekonomik, psikolojik ve fizyolojik birçok yetisini azalttığını, huzurlu ve mutlu yaşam beklentisi ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiğini, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı ve bakıma muhtaç hale getirdiğini göstermektedir. Dunlop ve arkadaşlarının çalışmasında; yaşlıların %24.0'ünde yürüme, %13.5'inde yıkanma, %6.5'inde tuvalete gitme, %2.2'sinde yemek yeme ve %0.8'inde giyinmede yetersizlik saptanmıştır. Pikavet ve arkadaşlarına göre; yetersizliği olan yaşlıların da %33.7'sinde altı kronik hastalıktan(kalp hastalıkları, kanser, hipertansiyon, kanser, akciğer hastalıkları ve kas-iskelet hastalıkları) birinin olduğu saptanmıştır. Ülkemizde ise kronik hastalığı olan yaşlıların %69.3'ünün günlük yaşam aktivitelerini sürdürmede yardım gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Çölgeçen'in yaptığı çalışmada günlük yaşam aktivitelerinde yetersizliğin yaş ve kronik hastalıklarla arttığı bildirilmektedir.

Yaşam süresinin uzamasına paralel bireylerin bağımlılıklarının mümkün olduğu kadar geciktirilmesi yaşam kalitesi açısından son derece önemlidir. Yapılan çalışmalarda hipertansiyonun asemptomatik seyretmesi, yaşam tarzı değişikliklerine uyumsuzluk, hastalığın tedaviden çok baskılanması, hipertansiyonun sebep olduğu yetersizlikler, sosyal ve psikiyatrik sebepler nedeniyle, yaşlı bireyin yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirtilmektedir.

Ülkemizde 30 yıl öncesine kadar yaşlı sağlığına verilen önem kadın ve çocuk sağlığından geride kalmıştır. Ulusal 'Sağlık 21 Politikası'nın 5. Hedefi'nde; 2020 yılına kadar ergen, yaşlı ve özürülülerin daha sağlıklı olmalarını ve toplum içinde daha aktif rol almalarının sağlanması yer almaktadır. Geriatrik hastalar tıbbi, sosyal, psikolojik ve etik öğeleri içeren, bütüncül ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. 2000'li yıllarda Türkiye'de "Yaşlı Nüfusa Bakım Projeleri" Temel Sağlık Hizmetleri (TSH) felsefesi

dikkate alınarak geliştirilmiştir. Bu felsefe doğrultusunda sağlık hizmetlerinde amaç sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesine yardımcı olarak yaşam biçiminde bireyselleştirmenin yaratılması olmalıdır.

Bu bağlamda yaşlı sağlığı çalışmaları ekip işi olup hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Hemşirenin temel amacı, yaşlı bakımında genel sağlığın ve fonksiyonel yetinin en üst düzeyde olmasını ve yaşam kalitesinin artmasına sağlamak, kısıtlılık ve yetersizliklerini olabildiğince geciktirmektir. Hemşirenin hipertansif yaşlı prevelansını ve hipertansiyonlu yaşlıda yaşamın ne derecede etkilendiğini bilmesi, hipertansiyonlu yaşlıya sunacağı sağlık hizmetlerinin planlanması ve uygulanmasında önemli bir basamak oluşturmaktadır.

Hemşirenin bu yolla, hipertansiyonun yaşlıya olumsuz etkilerini azaltıp hastalıkla uyum içinde yaşamalarına yardımcı olacağı, komplikasyonların erken dönemde fark edilebileceği, araştırma bulgularının hasta ve ailesinin eğitiminde kullanılabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırma, Edirne'deki 65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevelansı, hipertansiyonun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. YAŞLILIK

2.1.1. Yaşlılığın Tanımı, Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Yaşlılık, insanın doğumu ile başlayan yaşam sürecinde, ölümden önce yaşanan ve kişinin gerek fiziksel, gerekse zihinsel yönden, bağımsızlıktan bağımlılığa geçtiği dönemdir (1). Organizmanın molekül, hücre, doku, organ ve sistemler düzeyinde, zamanın ilerlemesi ile ortaya çıkan, geriye dönüşü olmayan yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin tümüdür (2, 3).

Yaşlılık yaşam konusunda kayıpların ve çöküşün görüldüğü, kültürel, çevresel ve ekonomik etmenlerden etkilenen bir sonuçtur (2, 4).

Yaşlanmayı etkileyen ve hazırlayan bu etmenler düşünülerek yaşlılığın farklı boyutları ele alınmıştır;

2. Biyolojik yaşlılık; yumurtanın döllenmesiyle başlayıp, tüm yaşam boyu süren bir olaydır. Biyolojik yaşlanma değişik bireylerde farklı hızlarda olmaktadır. Yaşlanma, genetik özellikler, yaşam tarzı, hastalıklar ve kişilerin fizyolojik başa çıkma yolları, işgücü, psikolojik ve çevresel etmenlerden etkilenmektedir.
3. Sosyal yaşlılık; kültürel durum ve sosyal özelliklerine göre toplumdan topluma değişen “yaşlılık” tanımıdır. Modern tanımda kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak sosyal güvence sisteminin birikimi ya da katkısıyla yaşadığı dönemdir.

4. Psikolojik yaşlılık; kişinin kendini yaşlı hissetmesine bağlı olarak bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki değişimleri kapsamaktadır.
5. Ekonomik yaşlılık; parasal koşullardaki değişikliklerin etkisiyle yaşlı bireyin yaşam tarzının değişmesidir. Yaşlılık bazen işten ayrılan yani emekli olan kişi olarak da tanımlanabilir.
6. Patolojik yaşlılık; normal yaşlanma süreci ile etkileşen patolojik olayların tümünü kapsamaktadır.
7. Kronolojik yaşlılık; geçen zamana göre bir yıllık birimler esas alınarak yapılan yaşlılık tanımıdır. Toplumda bunun karşılığı “yaş”tır (2, 3, 5).

DSÖ ise, 1963 yılında yaşlanmayı kronolojik olarak ele almış; 45-59 yaşlarını “orta yaş”, 60-74 yaşlarını “yaşlılık”, 75-89 yaşlarını “ihtiyarlık”, 90 yaş ve üzerini ise “ilerlemiş ihtiyarlık” dönemleri olarak tanımlamıştır (1, 4, 6).

1997 DSÖ Raporlarına göre Dünya nüfusunun %7’si 65 yaş ve üzerindedir. Dünya’da 65 yaş ve üzeri nüfus yaklaşık 580 milyondur. 2025 yılına gelindiğinde bu sayının 1.2 milyara, 2050 yılına kadar 2 milyara ulaşması beklenmektedir. Bugün gelişmiş olan ülkelerin sorunu olan yaşlı nüfus artışı, yakın gelecekte gelişmekte olan ülkelerin de sorunu olacaktır (4, 7, 8). Ülkemizde TNSA verilerine göre; 1985 yılında 65 yaş ve üzeri nüfus %4.2 iken 2003 yılında bu oran %7.0’a yükselmiştir (9).

2.1.2. Yaşlılıkta Genel Özellikler ve Ortaya Çıkan Sorunlar

Yaşlanmaya özgü değişikliklerle ilgili moleküler düzeyden organ sistemlerinin fonksiyonlarına kadar birçok teori üretilmiştir. Yaşlanma süreci beş zamanda izlenmektedir. Bunlar; zaman sürecinde biyolojik niteliklerin önemli ölçüde değişikliğe uğradığı moleküler yaşlanma, yaşla birlikte ortaya çıkan mutasyonlu hücrelerin artımıyla hücresel yaşlanma, genetik, beslenme, çevre, yaşam tarzı ve stres etkisiyle fonksiyonel değişikliklerle oluşan doku ve organ yaşlanması, çevreye uyumda giderek azalma ile karakterize ve sonunda ölüme giden devamlı ve ilerleyici bir kuvvetten düşme durumu olan bireysel yaşlanma ve toplum yaşlanması’dır. Toplum yaşlanması 65 yaş ve üzeri nüfusun tüm nüfusa oranını gösteren bir özelliktir. Toplumlar yaşlı popülasyon açısından 4 gruba ayrılmıştır. 65 yaş ve üzeri nüfusun;

2. %4'den az olduğu genç toplumlar,
3. %4-7 arasında olan erişkin toplumlar (Çin ve Türkiye gibi Batı Asya, Güney Amerika bölge ülkeleri),
4. %7-10 arasında olduğu yaşlı toplumlar (Kanada, Avustralya, Japonya gibi),
5. %10'un üzerinde olan çok yaşlı toplumlardır (4, 6, 8, 10-12).

Yaşlanmayla birlikte tüm organ ve sistemlerde değişmeler nedeniyle fizyolojik sorunlar meydana gelmektedir. Sistemlerde görülen bu fizyolojik değişimler kronik hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Bunların arasında koroner arter hastalığı, konjestif kalp hastalığı, hipertansiyon gibi KVH'ları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA), pnömoni gibi solunum sistemi hastalıkları, kanser, gastrointestinal sistem (GİS) hastalıkları, Alzheimer ve Parkinson gibi nörolojik hastalıklar, artrit gibi kas-iskelet sistemi ve hipertansiyon, diyabetes mellitus gibi endokrin sistem hastalıkları gelmektedir (2, 3, 7, 13-16). Ayrıca yaşlılarda görülen duyuusal değişiklikler birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Yaşlıların sağlık problemlerinin kavranabilmesi için yaşlanma, kronik hastalıklar, akut hastalıklar l değişkeninin sentezinin iyi yapılması ve yaşlının sağlık durumunun değerlendirilmesi gerekir (5, 17).

Yakınlarının lm, gençlerin öğrenim ve evlenme sebebiyle evden ayrılmasının getirdiği sosyal kayıplar, emeklilik, bakımevi ve huzurevine yerleştirilme, kronik hastalıklara bağlı bağımlılık ve yeti yitimi, ölüm korkusu, cinsel yaşamdaki gerileme yaşlılarda psikolojik sorunlara neden olmaktadır. Yaşlılarda görülen en yaygın  ruhsal bozukluk; depresyon, demans ve deliriumdur (13, 18, 19).

Yaşlılıkta psikolojik ve fizyolojik sorunlar, yaşlının sosyo-ekonomik alanda güçlüklerle karşılaşmasına neden olmaktadır. Yaşlılık döneminde gelirin ve iş gücünün azalması, gelirin azalması karşısında çalışmak durumunda olma, çalışamaz duruma gelme, artan sağlık sorunları, çekirdek aileye yöneliş, önemli sosyo-ekonomik sorunlardır (15, 16, 18).

Bir çalışmada yaşlıların sorunlarını; kuşak atışması, rol ve statü kaybı, ilgi ve sevgi yoksunluğu, topluma uyum sağlayamama, toplum yaşamından soyutlanma olarak ifade etmiştir (12).

2.1.3. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlıya Verilen Hizmetler

Yaşlılığın beraberinde getirdiği kronik hastalıklar ve özürlülükler nedeniyle uzman bakıma (geriatri klinikleri, huzurevleri vb.) duyulan gereksinim artmaktadır. Bu destek aile içinde ya da sosyal hizmet uzmanlarınca sağlanabilir. Ancak gelişen endüstrileşme ve şehirleşme ile aile yapısı küçülmekte ve yaşlının aile içinde bakımı zorlaşmaktadır. Bu durumda da yaşlılara sunulacak hizmetin önemi ortaya çıkmaktadır (7, 8, 11, 20).

Gelişmiş ülkelerin pek çoğu yaşlı ya da çok yaşlı toplum sınıfına girmekte, yaşlılarına sundukları hizmetlerde, değişik düzenlemelerle yaşlı bakım sorunlarına çözüm getirmeye çalışmaktadırlar. Okul çağından başlayarak kişilere; yaşlanma ve yaşlı bakımı konusunda eğitimler verilmektedir. Yaşlılara evde bakım, ev işlerine yardım, eve yemek servisi, uğraş terapisi, ücretsiz ulaşım hizmetleri, bilgi verme-danışma servisi, gündüz hastaneleri, koruyucu büyükannelik ve büyükbabalık programları, fizyoterapi gibi çeşitli hizmetler sunulmaktadır (8, 10, 15, 21, 22).

Hollanda’da belediye tarafından her 65 yaşına ulaşan kişiye maaş bağlanmakta, bu kişiler bağımsız yaşayabildikleri sürece de kendi evlerinde yaşamaktadırlar. Hollanda ve Almanya’da yaşlı bireyler için küçük dairelerden oluşan evler bulunmakta, isteyen yaşlı ücret karşılığı bu evlerde kalabilmektedir. İngiltere’de ise yaşlılar sağlık hizmetleri için para ödememektedirler. Amerika’da; yaşlı bireyin evde bakımı veya bakımı gerektiğinde halk sağlığı hemşiresi ile işbirliği yapılarak sağlanmaktadır. Bunun yanı sıra yaşlı bireylerin vakitlerini değerlendirebilecekleri, kendi yaş grupları ile beraber olabilecekleri gündüz bakım evleri gibi kuruluşlar bulunmaktadır (20, 22-24).

Amerika’da 2000 yılında yapılan bir çalışmada (22) hastanede yaşlılık programı uygulandığında yaşlıların yaşam kalitelerinde artma ve tedavi masraflarında azalma olduğu belirtilmiştir.

Geri kalmış ülkelerin çoğunda geleneksel aile yapısı yaşlıların ihtiyaçlarını karşılamakla beraber kentleşme ve çekirdek aileye doğru gidiş yaşlı bakım sorunlarını da beraberinde getirmektedir (11).

Türkiye’de yaşlıya verilen hizmetlere bakıldığında; 1982 Anayasasının 61. maddesinin yaşlılara yönelik olarak şu hüküm yer almaktadır: “Yaşlılar devletçe korunur. Yaşlılara devlet yardımı ve sağlanacak diğer haklar ve kolaylıklar kanunla düzenlenir.” (23, 25).

Ülkemizde yaşlılara verilen hizmetler; sosyal güvenlik sistemi ve sosyal hizmet programlarıyla yürütülmektedir. Yaşlılık dönemi ile ilgili yasal düzenlemeleri incelediğimizde; 1926 yılında çıkarılan 743 sayılı Medeni Kanunun bazı maddelerinin (315, 316, 317, 356, 359) ailede yaşlı, çocuk ve sakatların korunması için gereken önlemleri içerdiği görülmektedir. 1930 yılında çıkarılan 1580 sayılı Belediye Kanunu, yaşlıların barındırılıp korunması, çamaşırhane ve banyolar açılması görevini yerel yönetimlere vermiştir. 5434 Sayılı Emekli Sandığı Kanunu (1949), 506 Sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu (1952), 1479 Sayılı Esnaf, Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlarla İlgili Kanun (1971), ile emeklilik sonrası sosyal güvence konusu düzenlenmiştir (10, 21, 24, 26).

1983 yılında çıkarılan 2828 sayılı kanuna göre; günümüzde yaşlı hizmetleri Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK) bünyesinde Yaşlı Hizmetleri Daire Başkanlığı'na bağlı olarak yürütülmektedir. SHÇEK bünyesinde bulunan huzurevi, özel bakım ünitesi olan huzurevi, yaşlı bakım rehabilitasyon, huzurevi ve rehabilitasyon merkezlerinde yaşlılara hizmet verilmektedir. Bunun dışında kamu kurumlarına, yerel yönetimlere, derneklere, vakıflara, azınlıklara ve özel kurumlara bağlı huzurevleri bulunmaktadır (21, 23, 25, 26).

Sağlık Bakanlığı tarafından 1993 yılında “Yaşlıların Evde Bakımı” projesi başlatılmıştır. Bir diğer örnekte Dünya’da uygulanan ve Türkiye’de Kırklareli İli’nde başlatılan ‘Mutlu Sonbahar Projesi’dir. Bu proje ile yaşlıların sorunları tespit edilmiş, tüm ülke çapında uygulanabileceği düşünülen “Yaşlı İzlem Formları” ve “Sağlık Ocağı Yaşlı Sağlığı Hizmetleri Yönergesi” oluşturulmuştur (17, 27).

14-18 Eylül 1998 tarihinde Kopenhag’da yapılan DSÖ 48. Avrupa Bölge Komite toplantısında “21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık” politikası “Sağlık 21” başlığı altında resmen kabul edilmiştir. DSÖ nün Avrupa için sağlık 21 programı doğrultusunda Ulusal Sağlık 21 Politikasının 5. Hedefi yaşlıların sağlığı ile ilgilidir (23, 26).

Bu hedefe göre; “2020 yılına kadar, ergen, yaşlı ve özürülülerin daha sağlıklı olmalarını ve toplum içinde daha aktif rol almaları sağlanmalıdır. Özellikle yaşam beklentisinde ve 65 yaşında sakatlık olmadan yaşam beklentisinde en az %20 artış sağlanmalıdır. Yaşlıların otonomi, öz saygı ve toplumdaki yerlerini sürdürebilmelerine olanak sağlayan, ev ortamında sağlıklı bir düzeyde yaşayabilen 80’li yaşlardaki insanların oranı en az %50 artırılmalıdır.”

Sağlık Bakanlığı 2000 yılı Mayıs ayı itibarıyla bu hedeflerine ulaşmak için eylem planının ikinci basamağı olan sektör içi çalışmalarına devam etmektedir (23, 28).

2.2. HİPERTANSİYON

2.2.1.Dünya’da ve Türkiye’de Hipertansiyon

DSÖ’nün 2002 yılı sağlık raporuna göre, hipertansiyon ülkeden ülkeye prevalansı değişmekle birlikte tüm Dünya’da morbidite ve mortalite nedenleri arasında en önde gelen sorunlardan biridir (29-31).

Hipertansiyon, ABD’de en sık rastlanan ve her yıl 35 milyon muayenehane ziyaretinde konulan birinci tanıdır. Hipertansiyon ABD’de yaklaşık 50 milyon, tüm Dünya’da ise yaklaşık bir milyar insanda bulunmaktadır (32, 33).

Framingham Kalp Çalışması’nda; yirmili yaşlarda %3-5 olan hipertansiyon prevalansı, 60’lı yaşlardan sonra %50-70’lere çıkmakta; 55-65 yaşına gelip hipertansif olmayanların yaşamın geri kalan döneminde hipertansif olma ihtimali %90’ları bulmaktadır (34).

Hipertansiyon sıklığı, tüm Dünya’da olduğu gibi ülkemizde de yaşa bağlı olarak artmaktadır. Ülkemizde hipertansiyon prevalansını saptayan ilk tarama, 1990 yılında yapılan TEKHARF çalışması olup ardından 1995, 1998, 2000 yıllarında takip taramaları yapılmıştır (35). TEKHARF çalışmasına göre; Türkiye hipertansiyon prevalansı %37 ile yüksek prevalanslı toplumlar arasına girmektedir. Ülkemizde 5 milyon erkek ve 7 milyon kadın olmak üzere toplam 12 milyon standart tanımlama ile hipertansiyonlu birey bulunmaktadır. Hipertansiyonlu prevalansı erişkin erkeklerde %36.3 dolaylarında iken, kadınlarda %49.1’dir. Hipertansiyon prevalansı 30-39 yaş grubunda %19 iken 50-59 yaş grubunda erkeklerde yarıdan biraz az, kadınlarda yarıdan biraz fazla bulunmaktadır. 65 yaş ve üzeri bireylerin %50’si hipertansiftir (35-38).

2.2.2. Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflandırılması

Hipertansiyon, arteriyal kan basıncının sürekli olarak yükselmesiyle karakterize bir kalp damar hastalığıdır. JNC-7 raporunun belirlediği ölçütlere göre; SKB 140 mmHg, diyastolik DKB 90 mmHg veya üzerinde bulunması hipertansiyon olarak tanımlanır (30, 31, 33).

Hipertansiyon, beraberinde başka hastalık yoksa belirti vermeyebilir, ancak sadece hipertansiyona özel olmayan bazı şikayetler de ortaya çıkar. Bunlar; baş ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, yorgunluk, burun kanaması, efor sonrası yorgunluk, bacaklarda ödem, sık idrara çıkmaktır (39).

Yapılan çalışmalar, hastaların %92-95'inde nedeni belli olmayan (esansiyel), %5-6'sında bir hastalığı bağlı gelişen (sekonder) hipertansiyon olduğunu göstermiştir (30, 40). Hipertansiyonun tanımlanabilen nedenleri; uyku apnesi, kullanılan ilaçlar, kronik böbrek hastalığı, primer aldosteronizm, renovasküler hastalık, bilinçsiz steroid kullanımı ve cushing sendromu, feokromasitoma, renovasküler hastalık, aort koarktasyonu, tiroid yada paratiroid hastalığıdır (41-43).

JNC-7 raporunda, 18 yaş ve üzerindeki erişkinlerin kan basıncı düzeyleri Tablo 2.1'de belirtildiği şekilde sınıflandırılmıştır (29).

Tablo 2.1. 18 yaş ve üzerindeki erişkinlerin kan basıncı sınıflandırılması

Kan Basıncı Sınıfı	Kan Basıncı (mmHg)		
	Sistolik		Diyastolik
Optimal	<120	ve	<80
Normal	<130	ve	<85
Sınırdaki (Yüksek-normal)	130-139	veya	85-89
Hipertansiyon			
Yüksek I	140-159	veya	90-99
Yüksek II	160-179	veya	100-109
Yüksek III	>180	veya	>110

Literatürlerde; sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üstü değerleri sistolik hipertansiyon, diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üstü değerleri diyastolik hipertansiyon, her ikisinin de yüksek olması ise karma (sistolodiyastolik) hipertansiyon olarak belirtilmiştir (29, 39, 43).

Hipertansiyon sınıflandırılırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir (43).

Hipertansiyonun en sık görüldüğü, aynı zamanda hipertansiyon kontrolünün en kötü olduğu yaş geriatric yaş grubudur (44, 45).

Yaşlılarda genellikle 2 tip hipertansiyon görülür:

a) İzole sistolik hipertansiyon (ISH): Yaşlılarda koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, inme, böbrek yetmezliği ve total mortaliteden SKB'nın yüksekliği, DKB'nın yüksek olmasından daha fazla sorumlu olduğu saptanmıştır. Yaşın ilerlemesiyle, sistolik kan basıncının 140 mmHg veya daha fazla iken, diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya daha az olması şeklinde tanımlanan ISH prevalansı giderek artmaktadır (45-47).

60 yaş ve üzerindeki hipertansiyonlu kişilerin %65'i, 75 yaş ve üzerindeki hipertansiyonlu kişilerin %75'inde ISH vardır. Framingham çalışmasında yaşlılarda saptanan HT'nun %65-75'i ISH şeklinde olduğu belirtilmiştir (34, 48). Yaşlılıkta Sistolik Hipertansiyon Programı (SHEP) çalışması verilerine göre ISH, 60-69 yaş grubunda %8, 70-79 yaş grubunda %11 dolaylarında görülürken, 80 yaş ve üzerinde %22'ye çıkmaktadır (47).

b) Orantısız yüksek sistolik kan basınçlı hipertansiyon: Hem sistolik, hem de diyastolik kan basıncının yüksek olmasına karşın, sistolik kan basıncındaki yükselme orantısız bir şekilde çok daha fazladır (45, 46).

2.2.3. Hipertansiyon Tedavisi

Antihipertansif tedavinin amaçları:

2. Sistolik ve diyastolik kan basıncını 140/90 mmHg'nın altına düşürmek,
3. Hedef organ hasarını durdurmak veya geriletmek,
4. Ateroskleroza önlemek,
5. Yaşam kalitesini bozmamaktır (49, 50).

Yapılan bir çalışmada, hipertansiyon tedavisiz kalırsa hastaların %70'inin koroner arter hastalığı ve konjestif kalp yetmezliği, %15'inin serebral kanama ve %10'unun üremiden ölebileceği bildirilmiştir (36). Klinik denemeler, tedavi ile inme insidansında ortalama %35-40, Miyokard İnfarktüsü insidansında %20-25 azalma olabileceğini göstermektedir. Ancak tüm klinik çalışmalara rağmen toplumda hipertansiyon etkinliği kontrol altına alınamamıştır. Amerika'da yapılan klinik bir çalışmada 18-74 yaşlarındaki hipertansif kişilerin %32'sinin hastalıklarını bilmediği, tedavi altında

olanların ise ancak %27'sinin kan basıncının kontrol altında bulunduğu saptanmıştır. Kan basıncı kontrol oranı Kanada'da %19, İngiltere'de %6 olduğu bilinmektedir (30, 32, 33, 50). TEKHARF çalışmasına göre ülkemizde, hipertansif hastaların %37'sinin tedavi aldığı ve üçte birinin kontrol edilebildiği belirtilmiştir (35). Hipertansiyonun bilinen riskleri ve hasta isteklerinin derhal tedaviye başlanmasını gerektireceği düşüncesiyle 140/90 mmHg'nin üzerindeki her kan basıncı tedavi edilmektedir. Antihipertansif tedavi; ilaçlı ve ilaçsız tedavi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Tedaviye sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının benimsenmesi ile başlanmalıdır (50-52).

Yapılan çalışmalar ilaçsız tedavi yöntemlerinin, hipertansiyonu kontrol altına alınması açısından tek başına yetersiz kalsalar bile kan basıncını düşürdüğünü, hastalığın kontrol edilmesi için gereken ilaç sayısını ve dozlarını azaltabileceğini göstermektedir (30-33, 35, 52, 53). Bu nedenle tüm kılavuzlarda yaşam tarzı değişiklikleri tedavinin ilk basamağı olarak vurgulanmaktadır.

DSÖ/ Uluslararası Hipertansiyon Derneği Kılavuz Kurulu'nun ve JNC-7'de önerilen yaşam tarzı değişikliklerinde;

2. İdeal kiloya gelebilmek için kilo kaybı,
3. Alkol ve kafein tüketiminin ölçülü olması,
4. Sigaranın bırakılması,
5. Fiziksel aktiviteyi artırma,
6. Günlük sodyum miktarının 6 gramın altında olması,
7. Diyetle potasyum alımının artırılması yer almaktadır (52, 54, 55).

Onat ve arkadaşları (35, 36) 2001-2002 yıllarında yaptıkları TEKHARF çalışması verilerinde; hipertansifler arasında %48'inin tansiyon düşürücü ilaç kullandığını işaret etmektedir. Aynı çalışma antihipertansif ilaç kullanımının hem yaygınlığını, hem de etkinliğini artırmada daha fazla yol katetmemiz gereğini açıklamaktadır.

Yaşlı hastalarda ilaç seçiminde; genç hastalarda olduğu gibi hedef organ hasarı, eşlik eden faktörler ve hastalıkları, ilaçların yan etki profilleri ve doz gibi konular göz önüne alınarak karar verilmelidir. Yaşlı hastalarda ilaca genellikle önerilen dozun yarısı ile başlanmalı, kan basıncı kademeli düşürülmeli ve genç erişkinlere göre ilaç dozu artırımı daha yavaş yapılmalıdır. Yaşlı hipertansiflerde verilen antihipertansif ilaçlar

gençlerde olduğu gibi; diüretikler, beta-blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin converting enzim inhibitörleri ve alfa blokerlerdir (32, 41-44, 46). Yapılan çalışmalar ve tedavi rehberleri birlikte değerlendirildiğinde; eşlik eden başka hastalığı olmayanlarda tedaviye diüretiklerle başlayıp hedef kan basınçlarına ulaşılmazsa, beta-blokerler veya anjiyotensin converting enzim inhibitörleri tedaviye eklenmektedir (38, 42, 44, 49). Yeni bir tedavi başlandıktan sonra ilk üç ay hastanın daha yakından takip edilmesi, eğer sorun yoksa altı ayda bir kontrollere çağrılması uygundur.

2.2.4. Hipertansiyonda Hemşirelik Yaklaşımları

Hipertansiyonu olan bir birey için yaşam, birçok yönlerden değişmektedir. Hipertansiyonu olan bireyler gerekli tedavi ve bakımla yaşamlarını normal şekilde devam ettirebilirler. Bireyin hastalığı ile başatmesine yardımcı olarak hastalığa ve tedaviye uyumunu sağlamak önemlidir. Ancak JNC-7’de belirtildiği gibi, hipertansiyon tedavisinde gereken başarı sağlanmaması sadece ülkemizde değil tüm Dünya’da karşılaşılan bir durumdur (29, 33, 52). Yaşın ilerlemesiyle hipertansiyonun artan komplikasyonları bireyin, vücut işlevlerindeki kayıplarının yanı sıra yeteneklerinde de kayıplara yol açar. Başarılı bir hipertansiyon tedavisinin temelinde, sağlık personeli ve hasta arasında iyi bir iletişim kurularak tedaviye uyum ve tedavi stratejilerine ilişkin kararlara hastanın da katılımının sağlanması vardır (32, 38, 41, 50, 52, 55).

Tedaviye uyumu arttırmanın en iyi yollarından biri eğitimidir. Hipertansiyon eğitimi birkaç yönden ele alınmalıdır. Bunlar; hasta eğitimi, sağlık personelinin hipertansif hasta ile ilgili eğitimi ve toplum bilinçlenmesidir (38, 47, 50). Sağlık personeli hastalara tam ve doğru bilgi verme sorumluluğu taşımali ve ekip halinde çalışmalıdır. Sağlık personelinin dikkat etmesi gereken noktalar ise şunlardır;

2. Hastanın hipertansiyonu kabullenmesi söylenmeli, hastalık hakkında bilgisini ve sağlığı ile beklentilerini değerlendirilmeli, tedavi bireyselleştirilmeli ve günlük yaşam şekline uygun hale getirmeli,
3. Tedavi maliyetini en aza indirmeli, tedaviye uyum göstermeyen hastaların sık kontrolü sağlanmalı,
4. Kan basıncı kontrolünün bir bölümü olarak aileyi eğitmeli, karşılıklı yardım ve motivasyonu arttırmak için küçük grup aktiviteleri planlanmalıdır (41, 50, 51).

Sağlık ekibi içinde hasta bireylerle en çok birlikte olan kişiler hemşirelerdir. Hemşireler, bireyin hastalıkla baş etmesinde anahtar rol üstlenebilirler. Hipertansiyona yönelik hemşirelik bakımının temel amacı; bireyin hastalığına fiziksel ve mental yönden uyum sağlanmasına yardım etmek ve yaşam kalitesinin en az oranda etkilenmesini sağlamaktır. Bunun için hemşire;

1. Hipertansiyonun tıbbi kontrolünü, yaşlının günlük yaşam aktivitelerine getirdiği sınırlamaları ve bunların nasıl kontrol edileceğini, birey ve aileye özbakım yöntemlerini öğretmeli,
2. Birey ve aileleri, sağlık sisteminde yer alan kaynakları uygun şekilde kullanmaları için yönlendirmeli ve desteklemelidir (18, 56, 57).

Hipertansiyonda bakımdaki ana amaç; bireyin durumunu daha iyi kontrol etmesini ve hastalığı nedeniyle ortaya çıkan kısıtlamalarının önlenmesini sağlayarak, hastanın bağımsızlığını ve yaşamının niteliğini yükseltmektir. Bu amaca ulaşıldığında, hipertansiyon ve komplikasyonları olan çoğu birey daha az yardımla ya da yardımsız olarak kendi günlük aktivitelerini yapabilecek duruma gelecektir (38, 51, 55).

2.3. YAŞLILIKTA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ VE HEMŞİRELİK

1950’li yıllardan başlayarak hemşire kuramcılar hemşirelik hizmetlerini sunarken insanı değerli bir varlık olarak ele alan yöntemler kullanmışlardır. Bu hemşire kuramcılardan Nancy Roper, Winifred W. Logan ve Alison Tierney’de 1970’li yıllarda, hemşirelik hizmetlerinin sistematik olarak sunumu ve insani tüm boyutları ile ele almada akılcı bir araç ya da yöntem olarak kullanılabilir olan Günlük Yaşam Aktivitelerini (GYA) sunmuşlardır. Roper, Logan ve Tierney’in geliştirdiği model bireyin GYA’ni sistematize etme olduğundan hemşireliğin temelinde yer almaktadır (58-61).

GYA modeli Virginia Henderson’un tanımladığı ve evrensel olarak kabul gören hemşirelik tanımına anlam olarak önemli ölçüde uyum/benzerlik göstermektedir. 12 ana başlık altında toplanarak sistematize edilmiştir. Bunlar; güvenli çevrenin sürdürülmesi, iletişim kurma, solunum, yeme-içme, boşaltım, bireysel temizlik ve giyinme, vücut ısısının kontrolü, hareket etme, çalışma, cinsellik, uyku ve ölüm korkusudur (18, 62).

GYA’ni; fiziksel, psikolojik, sosyo-kültürel, çevresel, ekonomik faktörler etkiler. Yaşlılık dönemi zorunlu olmasa da birçok sağlık sorununu beraberinde getirmekte, kronik hastalıklar, buna bağlı olarak da kısıtlılık ve özürülük oranları artmaktadır.

Yaşlanma ile meydana gelen fiziksel değişikliklerden dolayı zamanla iş yapma kapasitesi ve verimlilikte azalma olup, günlük yaşam etkinliklerindeki bağımsızlık seviyesi de gittikçe düşmektedir (7, 62-65).

Yaşlanma ile fizyolojik işlevleri gerileyen bireylerin, hipertansiyon gibi bir kronik hastalığı olmasıyla birlikte de GYA'ni yerine getirmede, kendine yetme yeteneği azalıp başkalarına bağımlılığını artırmaktadır. Yapılan çalışmalar ataklar halinde görülen kronik hastalıklarda, hastalığın tekrarlanması dönemlerinde bireyin GYA'ni yerine getirmedeki bağımlılığı ve yetersizliği artabilir. Bu şekilde yaşlılar ev idaresi, temizlik, alışveriş, yemek yeme, banyo gibi aktivitelerini gerçekleştirememektedirler (64, 66-69).

Günay'ın (70) yaptığı bir çalışmada, Kayseri'de 65 yaş ve üzeri grubun %69.7'sinde görme problemi, %34.4'ünde işitme problemi, %53.2'sinde yürüme sorunu saptanmıştır. Hoeymans ve arkadaşlarının (71) çalışmasında yaş ortalaması 76.9 yıl olan erkeklerin %47.1'inde GYA ve AGYA'da yetersizlik saptanmıştır. Clark'ın (72) çalışmasında da 65 yaş ve üstündeki beyaz ırktan olan bireylerin %23'ünde, zenci bireylerin %33'ünde yetersizlik saptanmıştır.

Bu sonuçlar yaşlı bakımının önemi vurgulanmaktadır. Yaşlı bakımında önemli bir role sahip olan hemşire, yaşlı bireyi dinleyerek, sorunlarını gerçekçi olarak görmesini sağlayarak, nasıl başa çıkacağı öğretmek ve gerektiğinde yardım alabileceği kaynaklara göndererek (fiyoterapist, nörolog, psikiyatrist, sosyal hizmet uzmanı, geriatrist) GYA'ni karşılamasına yardımcı olabilir (60, 61, 73).

Hemşirenin yaşlı için gerekli bakımın sağlanmasında hem yaşlının hem de ailenin gerekli bakımı sağlama yeteneklerini değerlendirmesi, gerektiğinde eğitim ve danışmanlık yapması gerekir. Kronik hastalıklı yaşlı bireyin GYA'ni yerine getirmede bağımsızlığının olabildiğince artırılması gerekmektedir (62, 72, 74, 75).

GYA yaşlının fiziksel ve ruhsal sağlığı ile ilgili olduğu gibi, sosyal iyilik halinin de belirleyicisidir. GYA'nin, yapılan çalışmalar doğrultusunda ikiye ayrılması gereği doğmuştur. Bunlarda ilki yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan yıkanma, giyinme gibi temel ihtiyaçları sağlamaya yönelik aktiviteler (Activities of Daily Living-Günlük Yaşam Aktiviteleri), ikinci ise toplum içinde bağımsız yaşama için gerekli olan alışveriş, ulaşım gibi temel aktivitelerdir (Instrumental Activities of Daily Living- Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri) (76) (EK II).

2.4. YAŞAM KALİTESİ VE YAŞLILIK

Son 30 yılda ‘hayatta kalmak’tan çok bireyin GYA’ni yerine getirebilme yetisi, iyi olma hali ve yaşam kalitesinin ön plana çıktığı modeller öne sürülmüştür (77, 78).

Yaşam kalitesi kavramı, ilk kez 1960’larda politik kararların alınmasında gündeme gelmiştir. Bu amaçla kullanılmasının nedeni; gelir, eğitim, sağlık ve barınmanın yaşam kalitesiyle yakından ilgili olmasıdır (79, 80). Yaşam kalitesinin önemi vurgulanmakla birlikte tanımı konusunda farklı yorumlar mevcuttur. Patrick ve Erickson (81) yaşam kalitesini; ölüm ve yaşam süresi, yetersizlik, fonksiyonel durum (sosyal, psikolojik veya fiziksel) ve sosyal-kültürel dezavantajları içeren bir temel kavram olarak tanımlamışlardır. Cella (82); fiziksel, fonksiyonel, emosyonel ve sosyal faktörlerin birleşiminden oluşan bir iyilik hali üzerinde durmaktadır.

Yaşam kalitesi, yaşamda nelerden zevk aldığını, ne olmak ve nasıl yaşamak istendiğini ifade eder. Yaşam kalitesi kavramı; zaman içinde değişim gösterebilir, çok boyutludur, bireyler ve çevre ile etkileşimle bağlantılıdır, bireylerin beklentileri ve yaşamlarındaki olaylarla ilgilidir. Birçok değişkene bağlı ve karmaşık bir kavram olup önemli belirleyicilerinden birisi de sağlıktır. Yaşam kalitesi düzeyi arttıkça, bireylerin aile ve sağlık olaylarına verdikleri değerler artmıştır (78, 80, 82, 83).

Günümüzde, kişilerin hastalıkları tanımlanırken; çoğunlukla hastalık ölçütleri kullanılırken modern tıpta, psikososyal faktörleri de göz önüne alan ‘Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi’ (SYK) önem kazanmıştır (80).

SYK bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşeni olup, yaşam kalitesi boyutlarının doğrudan bireyin sağlığı ile ilgili kısımlarını içerir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır (79, 83).

Yaşam kalitesinin, coğrafi düzeyleri, sırasıyla, evde, toplum içinde, bölgesel, ulusal, uluslar arası ve küresel; SYK’nin düzeyleri ise; birey olarak hasta, bir klinik müdahale altındaki hasta, belirli bir hastalık alt grubunda olan birey, belirli bir hastalığı olanlar içinde belirli özelliğe sahip olanlar ve belirli bir hastalığa sahip tüm bireyler olarak sıralanır (79, 84).

Yaşam kalitesi optimal tıbbi bakımın, özellikle yaşlılık ve kronik hastalıkların tedavisinin değerlendirilmesinde önemli bir ölçüt özelliği kazanmıştır (84).

Yaşam kalitesi, farklı bireylere, hayatlarının farklı dönemlerinde, farklı şeyler ifade etmektedir. İnsan yaşamının giderek uzaması, yaşlı nüfusun toplam nüfus içinde artması, insanın ileri yaşlarında da sağlıklı kalmasını gündeme getirmiştir. Toplumların yaşlanması arzu edilen bir gelişme olmakla birlikte, toplumların bu gelişmeye hazırlıklı olmaları gerekmektedir. Bu durumda yaşının 65-75 ve hatta 85 yaşından sonra bile fiziksel ve mental yönden bağımsızlığının devamı sağlanmalı ve bu bağımsızlığını uzun süre devam ettirebilmesi için, yaşlılarda yaşam kalitesinin artırılmasına çalışılmalıdır (84-86).

Ev ve aile ile ilgili konular yaşamdan alınan doyum, çalışma durumu, sağlık seviyesi, sağlık hizmetlerine ulaşabilirliği, kullanılabilirliği, yaşlıların yaşam kalitesini etkileyen önemli değişkenlerdir (82, 84).

Yaşlı bireylerde, yaşlanma ile birlikte biyolojik, ekonomik, sosyal ve psikolojik boyutlar değişmektedir. Bu değişimler sonucunda ortaya çıkan çeşitli hastalıklar ve rahatsızlıklar yaşam kalitesini etkilemektedir. Kronik hastalıklar, fiziksel yetersizlikler, ağrılar, bilişsel bozukluklar, azalmış yaşam beklentisi, sağlık hizmeti kullanımı ve sosyal izolasyon gibi sorunlar her ne kadar yaşlılara özel olmasalar da yaşlılıkla yakın ilişki içindedirler (85-88). Hipertansiyon da yaşlılıkla artan kronik bir hastalık olup komplikasyonlarıyla beraber, bireyin kişisel bağımsızlığının kısmen yada tamamen yitimine, kısıtlılık ve özürlülüklere, umutsuzluk ve ölüm korkusunun yaşanmasına neden olmaktadır (82-84). Yapılan epidemiyolojik çalışmalar, yaşlılarda hipertansiyonun kişi, aile ve topluma maliyeti ve yaşam kalitesi üzerine etkileri oldukça fazla olduğunu göstermiştir (86-89). Lentzer ve ark (90) yaşamlarının son yıllarında bireylerin sağlık durumlarını ortaya koymak için yaptıkları bir çalışmada, 65 yaş ve üzeri bireylerin, %10'unun ise hipertansiyon ve diğer kronik hastalıklar nedeniyle ciddi düzeyde kısıtlılık yaşadığı ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Bu bağlamda özellikle yaşlılarda hipertansiyon yönetimi güçleşerek aktif yaşlanma olgusu, yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmektedir (87, 89).

Yaşlı bireylerin toplum içinde aktif olma ve aktif yaşlanma şansına sahip olması; tüm faktör ve değişkenlere rağmen yaşam kalitesinin korunması ve yükseltilmesine bağlıdır. Geriatrik popülasyonda ana hedef; bazı sağlık sorunlarına duyarlı olan yaşlıların yaşam kalitesinin korunmasıdır (80, 84, 91).

Avrupa Sağlık 21. Yüzyıl Hedefleri'nin beşincisi olan 'Sağlıklı Yaşlanma' da; "2020 yılında 65 yaş ve üzeri kişiler potansiyel sağlıklarının zirvesinde ve sosyal olarak aktif olacaklar" denilmektedir. DSÖ'nün Avrupa Bölgesi'nde, bölgedeki yaşam beklentisinin 75 yıl olmasını ve 65 yaş üzeri bireylerin sağlıklarının sürekli geliştirilmesi hedeflenmiştir (28).

Yaşlı nüfusu için değerlendirilmesi gereken asıl ölçüt; hastalık yada sakatlığın/yetersizliğin olmadığı, sağlıklı ve aktif yaşam beklentisi olmalıdır. Birleşmiş Milletlerin yaşlılığa ilişkin beş sloganı yaşam kalitesini iyileştirmeye yöneliktir. Bunlar; bağımsızlık, katılımcılık, bakım, yetebilme, mutluluktur. Hedefte yaşlılığa ilişkin pozitif ve gerçekçi bir imaj oluşturmak vardır (84-86).

Yaşlıların gereksinimleri değerlendirilerek öncelikleri belirlenmeli ve yaşlı nüfusun sağlığını geliştirmeye yönelik maliyet etkili müdahaleler yapılmalı, izlenmeli ve etkileri değerlendirilmelidir. Sağlık hizmetlerinin sunulmasında yaşlılara sunulacak bu hizmetlerin planlanması ve uygulanmasında geniş bir bakış açısı sağlanmalı ve mortalite ve morbidite ölçütleri, yaşam kalitesi ölçütleriyle birlikte bir bütün olarak değerlendirilmelidir (83, 85, 86, 91)

Yaşlıların yaşam kalitelerinin artırılmasında birincil, ikincil, üçüncül korunma prensipleri temel alınarak verilecek sağlık hizmetleri ve sosyal hizmetler bir arada düşünülmelidir (86).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, Edirne'deki 65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansını, hipertansiyonun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Edirne il merkezine bağlı 13 sağlık ocağı bölgesinde yapılmıştır (Tablo 3.1). Edirne, Marmara Bölgesi'nin Trakya bölümünde yer alıp 6.276 km²'lik alanıyla Türkiye topraklarının %0.8'ini kaplamaktadır. Doğusunda Kırklareli, Tekirdağ, Çanakkale, batısında Yunanistan, Bulgaristan'la komşudur. Edirne halkının çoğunluğu Bulgaristan, Yunanistan, Arnavutluk'tan gelen göçmenlerdir (92).

Edirne'nin, son nüfus sayımına göre nüfusu 380.197 olup, bunun 10.500'ünü 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır. 65 yaş ve üzeri bireylerin 4417'si erkek, 5903'ü kadındır. Edirne yaşlı nüfusunun toplam nüfus içerisindeki oranı %9.1'dir. Bu oran Türkiye ortalaması olan %7'nin üzerindedir (92, 93).

Trakya'nın en gelişmiş ve kalabalık kenti olan Edirne, sosyo-kültürel özellikleri ve yaşam tarzı alışkanlıkları ile Türkiye'nin diğer yörelerinden farklılık taşımaktadır. Edirne merkezdeki yerleşim yerlerinin %70'ini apartmanlar, %30'unu müstakil evler oluşturmaktadır. Evlerde içme suyu ve kanalizasyon şebekeleri mevcuttur. Ailelerin

ekonomik gelirleri tarım (ayçiçek, buğday, yulaf üretimi) başta olmak üzere turizm ve işyerlerine dayalıdır. Bireylerin %70.6'sı ilkokul ve altı, %10.0'ı ortaokul, %14.5'i lise, %4.9'u üniversite mezunudur (92, 93).

Tablo 3.1. Edirne il merkezindeki 65 yaş ve üzerindeki bireylerin bağlı oldukları sağlık ocağı bölgelerine göre dağılımı (N=10.500)

Sağlık Ocakları	65 yaş ve üzeri birey sayısı	%
Fatih Binevler SO.	779	7.5
Kutlutaş SO.	1105	12.5
Kirişhane SO.	1039	10.0
Yıldırım SO.	810	7.7
Yeniimaret SO.	265	2.5
Gazimihal SO.	1994	18.7
Karaağaç SO.	392	3.8
Muradiye SO.	997	9.5
Büyükdöllük SO.	128	1.3
Kapıkule SO.	265	2.5
Musabeyli SO.	318	3.0
Kara kasım SO.	746	7.0
Ayşekadın SO.	1482	14.0
Toplam	10.500	100.0

Edirne il merkezindeki yaşlıların %18.7'si Gazimihal Sağlık Ocağında, %1.3'ü Büyükdöllük Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşamaktadır (Tablo 3.1).

İl genelinde sağlık hizmeti veren 12 hastane, 1 sağlık merkezi ve çeşitli özel doktor muayhaneleri bulunmaktadır. Edirne il merkezinde yaşlılara bir yaşlı bakım evi ve bir huzurevi hizmet vermektedir. Yaşlılar sağlık bakımları için primer olarak sağlık ocaklarını kullanmaktadır. Sağlık ocaklarında ev ziyaretleri, basit laboratuvar işlemleri, tanı ve tedavi işlemleri yapılmaktadır. Sağlık ocaklarında hemşirelerin verdikleri hizmetler sadece enjeksiyon, aşı, kan basıncı takibi, gebe ve çocuk izlemi gibi hizmetlerle sınırlı kalmaktadır. Sağlık ocaklarında yaşlılara yönelik herhangi bir eğitim, danışmanlık hizmeti ve bakım programı bulunmamaktadır (89, 92).

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırma evrenini; Edirne il merkezi sağlık ocağı bölgelerinde Ev Halkı Hane Tespit Fişlerine (ETF) kayıtlı 10500, 65 yaş ve üzeri birey oluşturmaktadır.

3.4. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Çalışma 2 bölümden oluşmuştur. İlk bölümün örneklem seçiminde 65 yaş ve üzerinde, hipertansiyon prevalansının (35) %30 olduğu varsayılarak, güven düzeyi % 95, $\alpha= 0.05$, $\beta= 0.25$ alınmış ve minimum örneklem büyüklüğü 288 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırma sırasında olabilecek olumsuzluklar ve veri kaybı dikkate alınarak araştırma örneklem büyüklüğü 400 kişi olarak alınmıştır.

27 Ekim 2004- 15 Nisan 2005 tarihleri arasında, sağlık ocaklarında kayıtlı 65 yaş ve üzeri bireylerden sağlık ocağı bölgelerine göre tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden 400 birey üzerinde prevalans çalışması yapılmıştır (Tablo 3.2). Bu bireylerden çalışma sırasında hipertansiyon tanısı konmuş, araştırma kriterlerini karşılayan giren 177 kişi çalışmanın ikinci bölümünün örneklemini oluşturmuştur. Çalışmada örnekleme alınan yaşlıların tamamı çalışmaya katılmayı kabul etmiştir.

Tablo 3.2. Edirne il merkezindeki sağlık ocağı bölgelerinin nüfus ağırlıklarına göre örnekleme alınan yaşlı birey sayısı (N:400)

<i>Sağlık ocakları</i>	<i>65 yaş üstü birey sayısı</i>	<i>Sağlık ocağı ağırlığı</i>	<i>Örnekleme alınan yaşlı birey sayısı</i>
Fatih Binevler SO.	779	779/10.500=7.5	7.5*400=30
Kutlutaş SO.	1105	1105/10.500=12.5	12.5*400=50
Kirişhane SO.	1039	1039/10.500=10.0	10.0*400=40
Yıldırım SO.	810	810/10.500=7.8	7.8*400=31
Yeniimaret SO.	265	265/10.500=2.5	2.5*400=10
Gazimihal SO.	1994	1994/10.500=18.8	18.8*400=75
Karaağaç SO.	392	392/10.500=3.7	3.8*400=15
Muradiye SO.	997	997/10.500=9.5	9.5*400=38
Büyükdöllük SO.	128	128/10.500=1,2	1.3*400=5
Kapıkule SO.	265	265/10.500=2,5	2.5*400=10
Musabeyli SO.	318	318/10.500=3.0	3.0*400=12
Kara kasım SO.	746	746/10.500=7.0	7.0*400=28
Ayşekadın SO.	1482	1482/10.500=14.0	14.0*400=56
Toplam	10.500	100.0	400

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın birinci bölümünde;

2. 65 yaş ve altında olan,
3. Görüşmeyi reddeden,
4. İletişim kurulamayan,
5. Ön uygulamaya alınan bireyler örnekleme dahil edilmemiştir.

Araştırmanın ikinci bölümünde bunlara ek olarak;

2. Hipertansiyon tanısı sağlık kuruluşunda konulmamış olan,
3. Tedavi programını alalı 6 aydan az olanlar örneklem dışı bırakılmıştır.

3.6. VERİLERİN TOPLANMASI

3.6.1. Veri Toplama Aracının Hazırlanması

Çalışma iki bölümden oluşmuştur:

Birinci bölümde veriler; araştırmacı tarafından literatüre uygun olarak hazırlanan; yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri, boy, kilo, kan basıncı değerleri, hipertansiyon ve risk faktörleriyle ilgili anket formu (Ek- 1) ile toplanarak örnekleme alınan 400 kişide hipertansiyon prevalansı saptanmıştır.

İkinci bölümde; prevalans çalışmasında hipertansiyon tespit edilen ve örneklem kapsamına giren bireylere Günlük Yaşam Aktiviteleri/Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA/AGYA) Ölçeği (Ek- 2) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek- 3) uygulanmıştır.

Anket formu; bireye özgü tanıtıcı bilgileri, hipertansiyon ve risk faktörlerini belirlemeye yönelik 72 sorudan oluşmaktadır.

GYA/AGYA Ölçeği, Leon ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Çölgeçen ve Tümerdem(73) tarafından Türk toplumunda geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. GYA/AGYA Ölçeği bireyin kişisel bakımında temel olan ve yaşadığı çevrede günlük ihtiyaçlarıyla ilgili daha karmaşık boyutta ve bağımsızlık gerektiren 14 aktiviteden (banyo, giyinme, tuvalet, kalkıp-oturma, idrar ve dışkı kaçırmaya, yemek yeme, telefon etme, alışveriş, yemek hazırlama, ev işi, çamaşır, taşıtlara binme, ilaç içme ve para kullanma) neleri yapıp, neleri yapamadıklarının tespitine yöneliktir.

Ware tarafından geliştirilen SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel popülasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiştir. Ölçekte fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel rol fonksiyon, emosyonel rol fonksiyon, ağrı, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, geçen yıl süresince sağlıktaki değişimler, genel bakış açısı olmak üzere 9 sağlık alanını değerlendiren 36 ifade bulunmaktadır. Pınar (94) tarafından Türk toplumunda geçerlik- güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

3.6.2. Ön Uygulama

Anket formundaki soruların uygunluğunu belirlemek amacıyla Edirne Fatih Binevler Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yaşayan 65 yaş ve üstü 20 kişiye ön uygulama yapılmış ve anket formuna son şekli verilmiştir.

3.6.3. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırmada, İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin alınarak (Ek-5), sağlık ocaklarındaki 2000 yılı ETF kayıtlarından 65 yaş ve üstü bireylere ve adreslerine ulaşılmıştır. Her sağlık ocağı bölgesinden, ETF kayıtlarından 65 yaş ve üstü bireyler tespit edilmiştir. Tespit edilen bireylerin kayıtlı olduğu ETF'ler numaralandırılarak basit rasgele sayılar tablosundan yararlanarak 400 kişi seçilmiş, her sağlık ocağı bölgesinden 5'er kişi de yedek olarak belirlenmiştir.

Formlar; araştırmacı tarafından uygulamaya alınan bireylere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilerek yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Görüşmeler bireyin evinde görüşmenin kesintiye uğramayacağı bir ortamda gerçekleştirilmiştir. İlk önce anket soruları, daha sonra hipertansiyon tanısı sağlık kuruluşunda konulara GYA/AGYA Ölçeği ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulanmıştır. Formlar; yaşlılara yüksek sesle ve anlaşılır biçimde okunmuş ve verilen cevaplar yine araştırmacı tarafından formlara işaretlenmiştir. Görüşmeler ortalama bir saat sürmüştür.

Araştırma kapsamındaki bireylerin antropometrik ve kan basıncı ölçümleri alınmıştır. Yaşlıların oda şartlarında en az 15 dakika oturur pozisyonda bekletildikten sonra her iki koldan 5'er dakika ara ile iki kez, kalibre edilmiş bir tansiyon aleti yardımı ile 'Uygulama Becerisi Öğrenim Rehberi'ndeki (EK-4) basamaklara göre kan basınçları ölçülmüştür. Bireylerin, ağırlık ölçümlerini hafif tarzda giyimle, kalibre edilmiş ev

tipi baskülle, boy ölçümleri düz bir duvara yaslanmaları sağlanarak mezura ile yapılmıştır (29, 38).

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde; yaşlı bireylerin bireysel özellikleri bağımsız, GYA/AGYA Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları bağımlı değişken olarak alınmıştır.

Kan basıncı ölçümünde; JNC-7(29) standartları göz önüne alınarak;

2. 120-80 mmHg ve altı *optimal*,
3. 121-81 mmHg ve 129-89 mmHg arası *normal*,
4. 130-80 mmHg ve 139-89 mmHg arası *sınırdaki*,
5. 140-90 mmHg ve 159-99 mmHg arası *Yüksek I*,
6. 160-100 mmHg ve 179-109 mmHg *Yüksek II*,
7. 180-110 mmHg ve üstü *Yüksek III* olarak kabul edilmiştir.

Kan basıncı değerlendirilmesinde; her iki koldan 5'er dakika ara ile yapılan iki ölçümün ortalamaları alınmıştır.

Ağırlık değerlendirilmesinde; BKİ (95) kullanılmıştır. Bilgisayar yardımı ile vücut kitle indeksleri (BKİ) hesaplanmıştır. BKİ'i;

1. 18.5 kg/m²'nin altında olanlar *zayıf*,
2. 18.5-24.9 kg/m² arasında olanlar *normal kilolu*,
3. 25.0- 29.9 kg/m² olanlar *fazla kilolu*,
4. 30.0 kg/m²'nin üstünde olanlar *şişman* olarak değerlendirilmiştir.

GYA/AGYA Ölçeği; '0' puan aktivitelerde bağımlı, '1' puan aktivitelerde bağımsız olmayı ifade etmekte olup GYA'da 6 puan , AGYA'de 8 puan olmak üzere toplam 14 puan üzerinden değerlendirilmiştir.

GYA/AGYA'den alınan toplam puanların değerlendirilmesinde;

1. 0-7 puan arası yetersiz
2. 8-14 puan arası yeterli olarak alınmıştır.

SF 36 Yaşam Kalitesi (YK) Ölçeği, Tablo 3.3-3.12'de belirtildiği şekilde iki aşamada değerlendirilmiştir; birinci aşamada başlıkların kodlanması, ikinci aşamada kodlanan başlıkların kombine edilip, 9 sağlık alanı için özel puanların belirlenmesi. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin de puanı 0 ile 100 arasında değişerek ortalama puanları hesaplanmıştır.

Veriler SPSS 10.0 paket programında değerlendirilmiş, istatistiki değerlendirmede Ki kare, varyans analizi, bağımsız örneklemede t testi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 3. 3. Fiziksel fonksiyon başlıkları ve puanlanması

<u>Başlıklar:</u>		
3a	Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	
3b	Masayı, elektrik süpürGESİNİ İTMEK gibi hafif/orta aktivitelerde	
3c	Paket veya çanta taşırken	
3d	<u>Birkaç</u> kat merdiven çıkarken	
3e	<u>Bir kat</u> merdiven çıkarken	
3f	Eğilirken, çömelirken	
3g	<u>Bir kilometreden fazla</u> yürürken	
3h	<u>Bir kaç yüz metre</u> yürürken	
3i	<u>Yüz metrelik mesafeyi</u> yürürken	
3j	Giyinirken veya yıkanırken	
<u>Puanlama</u>		
<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet çok engelliyor	1	1
Evet biraz engelliyor	2	2
Hayır hiç engellemiyor	3	3
<u>Skala Puanlaması:</u> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasında, ilk değerlendirme puanlarının yeniden kodlanması gerekmez.		

Tablo 3.4. Sosyal fonksiyon başlıkları ve puanlanmasıBaşlıklar:

- 9j Geçen ay boyunca sağlığınız, akraba ve arkadaş ziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi ne dereceye kadar sınırladı?
- 6 Geçen ay boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
(9j)		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6
(6)		
Pek etkilemedi	1	5
Çok az	2	4
Orta	3	3
Oldukça	4	2
Aşın	5	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanması, bir başlığın yeniden kodlanmasını gerektirir.

Tablo 3.5. Fiziksel işlev (rol) başlıkları ve puanlanmasıBaşlıklar:

- 4a İşinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?
- 4b İşyerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
- 4c İş veya diğer aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?
- 4d İş veya diğer aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi?
(örneğin; ekstra çaba harcadınız mı?)

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanması gerekir

Tablo 3.6. Mental işlev (rol) başlıkları ve puanlanmasıBaşlıklar:

- 5a Sağlık sorunları yüzünden işinizde veya diğer aktivitelerinizde çalışma zamanınızı azalttınız mı?
- 5b İşinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?
- 5c İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az mı dikkatli yaptınız?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
Evet	1	0
Hayır	2	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, başlıkların yeniden kodlanması gerekir.

Tablo 3.7. Mental sağlık başlıkları ve puanlanmasıBaşlıklar:

9b Çok sinirli biriydiniz

9c Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sikkındı

9d Sakin ve huzurluydunuz

9f Moralsız ve kederli hissettiniz

9h Hiç mutlu oldunuz mu?

PuanlamaYanıt Seçenekleriİlk DeğerlendirmeSon Puanlama9 d ve 9h

Her zaman

1

6

Çoğunlukla

2

5

Biraz fazla

3

4

Bazen

4

3

Çok az

5

2

Hiç

6

1

9b, 9f, 9c

Her zaman

1

1

Çoğunlukla

2

2

Biraz fazla

3

3

Bazen

4

4

Çok az

5

5

Hiç

6

6

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan

yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanlan ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, 5 başlıktan ikisinin yeniden kodlanması gerekir.

Tablo 3.8. Enerji (zindelik) / yorgunluk başlıkları ve puanlanması

Başlıklar:

9a Tam enerjik (zinde) hissettiniz

9e Fazla enerjiniz vardı

9g Çok yorgun (bitkin) hissettiniz

9i Yorgun hissettiniz

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
<u>9a ve 9e</u>		
Her zaman	1	6
Çoğunlukla	2	5
Biraz fazla	3	4
Bazen	4	3
Çok az	5	2
Hiç	6	1
<u>9g ve 9i</u>		
Her zaman	1	1
Çoğunlukla	2	2
Biraz fazla	3	3
Bazen	4	4
Çok az	5	5
Hiç	6	6

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan

yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, 4 başlıktan ikisinin yeniden kodlanması gerekir.

Tablo 3.9. Ağrı başlıkları ve puanlanmasıBaşlıklar:

- 7 Geçen bir ay boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?
- 8 Geçen bir ay boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza
(ev ve ev dışındaki işleriniz dahil) olumsuz etki gösterdi?

Puanlama

<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son</u>	<u>Puanlama</u>
(7)			
Hiç			6
Çok hafif	1	2	5
Hafif		3	4
Orta		4	3
Fazla		5	2
Çok fazla		6	1
(8)			
Çok değil		1	5
Az		2	4
Orta		3	3
Oldukça fazla		4	2
Aşırı		5	1

Skala Puanlaması: Başlık puanlarının yanıtları varsa tamamlanır. Bu skala puanları ölçekte basılmış durumdadır, başlığın yeniden kodlanması gerekir.

tamamı hesaplanır, kaçırılan yada pozitif olarak puanlanmıştır. İlk Skala puanının hesaplanmasından önce, her iki

boş bırakılan

Tablo 3.10. Genel sağlık anlayışı başlıkları ve puanlanması		
<u>Başlıklar:</u>		
1	Genel olarak sağlığınız	için ne söyleyebilirsiniz?
10a	Diğer insanlardan daha	sık hasta oluyor gibiyim
10b	Tanıdığım herhangi bir	kadar sağlıklıyım
10c	Sağlığımın daha kötüye	gideceğini sanıyorum
10d	Sağlığım mükemmel	
<u>Puanlama</u>		
<u>Yanıt Seçenekleri</u>	<u>İlk Değerlendirme</u>	<u>Son Puanlama</u>
(1)		
Mükemmel	1	5.0
Çok iyi	2	4.0
İyi	3	3.0
Orta	4	2.0
Kötü	5	1.0
<u>(10a ve 10c)</u>		
Kesinlikle doğru	1	1
Çoğunlukla doğru	2	2
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	4
Kesinlikle yanlış	5	5
<u>(10b ve 10d)</u>		
Kesinlikle doğru	1	5
Çoğunlukla doğru	2	4
Emin değilim	3	3
Çoğunlukla yanlış	4	2
Kesinlikle yanlış	5	1
<u>Skala Puanlaması:</u> Başlık puanlarının tamamı hesaplanır, kaçırılan ya da boş bırakılan		
yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerlendirme puanları ölçekte basılmış durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce, 5 başlıktan üçünün yeniden kodlanması gerekir.		

Tablo 3.11. Geçen yıl süresince sağlıktaki değişmeler ve puanlanması**Başlıklar:**

2 Geçen yıl ile karşılaştığımızda, şimdiki sağlığınızı nasıl buluyorsunuz?

Puanlama**Yanıt Seçenekleri****İlk Değerlendirme****Son puanlama**

Geçen yıldan çok daha iyi	1	5
Geçen yıldan biraz daha iyi	2	4
Hemen hemen aynı	3	3
Geçen yıldan biraz daha kötü	4	2
Geçen yıldan çok daha kötü	5	1

Skala Puanlaması: Bu skala tek başlıklıdır, kaçırılan ya da boş bırakılan yanıtlar varsa tamamlanır. Bu skala pozitif olarak puanlanmıştır. İlk değerler ölçekte basılı durumdadır. Skala puanının hesaplanmasından önce tek başlığın yeniden kodlanması gerekir.

Tablo 3.12. Yeniden kodlanmış değerlerin kaydedilmesinden sonra SF- 36'nın her bir alt başlığının son puanlanması ve değerlendirilmesi

Skala Adı	Toplam Başlık Puanı (Tablo 2 ve 9'daki puanlamadan sonra)	Beklenen (olası) en düşük ve en yüksek puan	Olası Puan
Fiziksel Fonksiyon	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20
Sosyal Fonksiyon	6+9j	2-21	9
Rol Fonksiyon			
(Fiziksel)	4a+4b+4c+4d	0-4	4
Rol Fonksiyonu			
(Emosyonel)	5a+5b+5c	0-3	3
Mental Sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25
Zindelik / Yorgunluk	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Ağrı	7+8	2-11	9
Genel Sağlık			
Genel Bakış Açısı	1+10a+10b+10c+10d	5-25	20
Geçen Yıl Süresince			
Sağıltaki Değişiklik	2	1-5	4
<u>Ham sakala puanının dönüştürülmesi:</u>			
<u>Dönüştürülmüş puan:</u>	Ham skala puanı - En düşük olası puan / olası puan x 100		
Örnek: Fiziksel fonksiyon puanı 21 ise, bu puan şu şekilde dönüştürülür			
$[(21-10) / 20] \times 100 = \% 55$			

4. BULGULAR

Edirne il merkezindeki 65 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı, hipertansiyonun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkileri çalışmasında araştırma kapsamına alınan yaşlıların bulguları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.1. Yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları (N=400)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	205	51.0
Erkek	195	49.0
Yaş		
65-69	156	39.0
70-74	80	20.0
75-79	102	25.5
80 yaş ve üzeri	62	15.5
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	43	10.8
Okur-yazar	76	19.0
İlköğretim	219	54.6
Lise ve üstü eğitim	62	15.6
Medeni durumu		
Evli	261	65.2
Dul /Ayrı yaşıyor	115	6.0
Bekar	24	28.8

Tablo 4.1.'in devamı

Tanımcı Özellikler	Sayı	%
Çocuk sayısı		
Çocuk yok	41	10.3
1-2 çocuk	172	43.0
3-4 çocuk	114	28.5
5 ve üzeri çocuk	73	18.2
Sosyal güvence durumu		
Yok	116	29.0
Emekli sandığı	85	21.3
SSK	60	20.2
Bağ-kur	81	15.0
Yeşil Kart	42	10.5
Özel sağlık sigortası	16	4.0
En uzun süre yaşadığı yer		
Kırsal bölge	157	39.2
Kentsel bölge	243	60.8
Birlikte yaşanan kişiler		
Kendi evinde yalnız	36	9.0
Bakıcı ile	19	4.8
Eşi ile	150	37.4
Eşi ve çocukları ile	95	23.8
Çocuklarının evinde	100	25.0
Çalışma durumu		
Çalışan	39	9.8
Çalışmayan	361	90.2
Gelir durumu (Kendi ifadesine göre)		
İyi	177	44.3
Orta	177	44.3
Kötü	46	11.4
Oturduğu evin ait olduğu kişi		
Kendisi	113	63.8
Kira	6	3.4
Çocuklarının	58	32.8
Yaşadığı ev tipi		
Gecekondu	165	41.2
Apartman	179	44.8
Kelepir/kerpiç	56	14.0
Isınma aracı		
Soba	270	67.5
Kalorifer	130	32.5

Tablo 4.1. 'in devamı

Tanıtcı Özellikler	Sayı	%
Kullanma suyunun yeri		
Evin içi	360	90.0
Evin dışı	40	10.0
Tuvaletin yeri		
Evin içi	285	71.2
Evin dışı	115	28.8

Tablo 4.1'de yaşlı bireylerin tanıtcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, araştırma kapsamına alınan 400 kişinin %51.0'ı kadın, %39.0'ı 65-69 yaş grubunda, %15.5'i 80 ve üzeri yaş grubunda, %15.6'sı lise ve üstü okul mezunu, %65.2'si evli, %43.0'ı 1-2 çocuk sahibi, %21.3'ü emekli sandığı sosyal güvencesine sahiptir. Yaşlıların %60.8'inin kentsel bölgede yaşadığı, %37.4'ünün eşi ile birlikte yaşadığı, %9.8'inin halen çalıştığı, %44.3'ünün gelir durumunun kendi ifadesine göre iyi olduğu, %63.8'inin kendisine ait evde oturduğu, %44.8'inin apartmanda oturduğu, %67.5'inin oturduğu evin sobalı olduğu, %90.0'ının kullanma suyunun ve %71.5'inin tuvaletinin evin içinde yer aldığı görülmüştür.

Yaşlı bireylerin alışkanlıklarına göre dağılımı Tablo 4.2'de verilmiştir;

Tablo 4.2. Yaşlı bireylerin alışkanlıklarına göre dağılımı (N=400)

Alışkanlıklar	Sayı	%
Sigara alışkanlığı		
İçmiş, bırakmış	94	23.4
Halen içen	75	18.8
Hiç içmeyen	231	57.8
Sigara içme süresi (n:169)		
5-9 yıl	4	2.4
10-14 yıl	6	3.5
15 yıl ve üstü	159	94.1
İçilen miktar (n:169)		
Birkaç adet	27	15.6
½ paket	16	9.2
1 Paket	35	20.2
1,5 paket	16	9.0
2 paket	59	34.0
2,5 paket	8	2.0
3 paket	8	2.0

Tablo 4.2.'nin devamı

Alışkanlıklar	Sayı	%
Alkol alışkanlığı		
İçmiş, bırakmış	96	24.0
Halen içen	59	14.8
Hiç içmeyen	245	61.2
Alkol içme süresi (n:155)		
1-4yıl	4	3.6
5-9 yıl	6	3.9
10 yıl ve üstü	145	93.5
İçki cinsi*(n:155)		
Rakı	105	67.5
Votka	9	5.8
Viski	5	3.4
Şarap	36	23.3
Kahve içme alışkanlığı		
Olan	210	52.5
Olmayan	190	47.5
Tuz kullanımı		
Tuzsuz	77	19.2
Normal tuzlu	154	38.5
Çok tuzlu	58	14.5
Az tuzlu	111	27.8
Kullanılan yağ çeşidi*(n:400)		
Zeytinyağı	145	36.3
Tereyağı	49	12.3
Çiçek yağı	277	69.3
Mısırözü yağı	122	31.0
Margarin	38	10.1
Tüketilen besin grupları*(n:400)		
Hamur işi gıdalar	221	55.1
Etlı gıdalar	292	73.0
Zeytinyağlı yemekler	289	72.1
Sebze yemekleri	308	77.0
Tahıl yemekleri	347	86.8
Haşlamalar	268	67.0
Düzenli egzersiz		
Yapan	146	36.5
Yapmayan	254	63.5

Tablo 4.2.'nin devamı

Alışkanlıklar	Sayı	%
Egzersiz türü*(n:146)		
Yürüyüş	143	97.9
Merdiven çıkma	45	28.6
Bisiklet binme	11	7.5
Bahçe işleri	31	21.0
Egzersiz sıklığı*(n:146)		
Her gün	104	71.2
Günaşırı	34	23.3
Bazen egzersiz yapan	8	5.5
Egzersiz süresi*(n:146)		
½ saat	36	24.7
1 saat	86	58.9
2 saat	24	16.4

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Yaşlı bireylerin %57.8'inin daha önce hiç sigara içmediği, sigara kullananların %94.1'inin 15 yıl ve üstünde sigara içtiği, %34.0'ının günde 2 paket sigara içtiği görülmektedir. Alkol alışkanlığına bakıldığında; %61.2'sinin daha önce hiç alkol kullanmadığı, alkol kullananların %93.5'inin 10 yıl ve üstünde alkol kullandığı, alkol kullananların %67.5'inin rakı içtiği saptanmıştır. Yaşlı bireylerin %52.5'inin kahve içme alışkanlığı varken, %47.5'inin kahve içme alışkanlığının olmadığı görülmektedir.

Örnek grubun yeme alışkanlıkları incelendiğinde; %38.5'i normal, %14.5'i çok tuzlu yemek alışkanlığına sahiptir. Yaşlıların %69.3'ünün yemeklerinde çiçek yağı, %10.1'inin yemeklerinde margarin kullanmakta olduğu %86.8'inin tahıl yemekleri, %55.1'inin hamur işi gıdalar tükettikleri görülmüştür.

Yaşlı bireylerin %36,5'i düzenli egzersiz yaptığını, %63.5'inin düzenli egzersiz yapmadığını ifade etmiştir. Egzersiz yapan yaşlı bireyler %97.9'u en çok yürüyüş yaptığını , %71.2'si her gün egzersiz yaptığını, %58.9'u günde bir saat süre ile egzersiz yaptığını belirtmiştir.

Yaşlı bireylerin fiziksel yetersizlik özellikleri ile günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) etkilenme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.3'de yer almaktadır;

Tablo 4.3. Yaşlı bireylerin fiziksel yetersizlik özellikleri ile günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumlarına göre dağılımı (N=400)

Fiziksel yetersizliği	Sayı	%
Olan	338	84.5
Olmayan	62	15.5
Yetersizlik türü*(n:338)		
Görme	272	80.5
İşitme	168	50.0
Hareket	189	56.0
Tat alma	66	19.5
Alet/protez/cihaz kullanım durumu		
Kullanan	373	93.3
Kullanmayan	27	6.7
Kullanılan protez/alet/cihaz*(n:373)		
Gözlük	326	87.4
İşitme cihazı	87	23.3
Trakeostomi	1	0.4
Diş protezi	276	74.0
Baston	133	35.7
Extremite protezi	10	2.7
Tekerlekli iskemle	2	0.5
Günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumu		
Etkilenen	328	82.0
Etkilenmeyen	72	18.0
Etkilenen günlük yaşam aktiviteleri*(n:328)		
Okuma	259	78.9
İletişim	173	52.7
Yemek yeme	58	17.7
Yürüme	182	55.7

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo incelendiğinde; yaşlıların %84.5'inin fiziksel yetersizliği olduğu, bu yetersizliklerin %80.5'i görme kaybı, %56.0'ı hareket yetersizliği şeklinde yaşandığı görülmektedir. Yaşlı bireylerin %93.3'ünün yetersizliğe bağlı alet/protez/cihaz kullandığı, bunların %87.4'ünün gözlük, %74.0'ının diş protezi kullandığı saptanmıştır.

Bireylerin %82.0'ı fiziksel yetersizliklerinin GYA'ni etkilediği belirtmektedir. Yaşlı bireyler, en çok etkilenen GYA'nin %78.9 ile okuma, %55.7 ile yürüme olduğunu ifade etmiştir.

Yaşlı bireylerin kronik hastalık özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.4'de görülmektedir;

Tablo 4.4. Yaşlı bireylerin tanısı konmuş kronik hastalık özelliklerine göre dağılımı (N=400)

Kronik hastalık	Sayı	%
Var	337	84.3
Yok	63	15.7
Kronik hastalık türü*(n:337)		
Kalp hastalıkları	180	52.5
Hipertansiyon	177	52.3
Diabetes mellitus	135	40.0
KOAH	109	32.3
Stroke	67	19.8
Kronik böbrek yetmezliği	29	8.5
Osteoporoz	24	7.1
Romatoit artrit	11	3.3
Obezite	4	1.2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Yaşlıların %84.3'ü tanısı konmuş bir kronik hastalığı olduğunu ifade etmiştir. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin %52.5'inde kalp hastalıkları, %52.3'ünde hipertansiyon, %40.0'ında diabetes mellitus olduğu saptanmıştır.

Yaşlı bireylerin sistolik kan basıncı (SKB) ölçüm değerlendirmeleri Tablo 4.5'de verilmiştir;

Tablo 4.5. Yaşlı bireylerin sistolik kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri (N=400)

Sistolik kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri	Sayı	%
Optimal	107	26.7
Normal	11	2.7
Sınırdan	22	5.5
Yüksek I	125	31.3
Yüksek II	93	23.3
Yüksek III	42	10.5

Yaşlı bireylerin SKB'ları ortalama 142.36 ± 28.32 mmHg (en az 60, en çok 210 mmHg) olarak ölçülmüştür. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %29.4'ünün SKB'ları optimal-normal düzeyde, %65.1'inin yüksek sınırlarda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6'da yaşlı bireylerin diyastolik kan basıncı (DKB) ölçüm değerlendirmeleri yer almaktadır;

Tablo 4.6. Yaşlı bireylerin diyastolik kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri (N=400)

Diyastolik kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri	Sayı	%
Optimal	206	51.5
Normal	80	20.0
Yüksek I	77	19.2
Yüksek II	18	4.5
Yüksek III	19	4.8

Yaşlı bireylerin DKB'ları ortalama 81.35 ± 14.37 mmHg (en az 50, en çok 120 mmHg) olarak ölçülmüştür. Yaşlı bireylerin %71.5'inin DKB'ları optimal-normal düzeyde, %28.5'inin yüksek sınırlarda olduğu saptanmıştır.

Yaşlı bireylerin miks (sistolodiyastolik) hipertansiyonu olma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.7'de verilmiştir.

Tablo 4.7. Yaşlı bireylerin miks (sistolodiyastolik) hipertansiyonu olma durumlarına göre dağılımı (N=400)

Miks hipertansiyonu olma durumu	Sayı	%
Olan	45	11.3
Olmayan	355	88.8

Tablo 4.8'de yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sistolik kan basıncı (SKB) ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı yer almaktadır;

Tablo 4.8. Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sistolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı (N=400)

Tanıtıcı özellikler	Sistolik Kan Basıncı						X ²	p
	Normal		Hipertansif		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet								
Kadın	108	52.7	97	47.3	205	100.0	0.32	0.859
Erkek	101	51.8	94	48.2	195	100.0		
Yaş								
65-69	87	55.8	69	44.2	156	100.0	6.84	0.077
70-74	37	46.2	43	53.8	80	100.0		
75-79	46	45.1	56	54.9	102	100.0		
80 yaş ve üzeri	39	62.9	23	37.1	62	100.0		
Medeni durumu								
Evli	135	51.7	126	48.3	261	100.0	1.660	0.903
Dul/Ayrı yaşıyor	12	50.0	12	50.0	24	100.0		
Bekar	62	53.9	53	46.1	115	100.0		
Eğitim durumu								
Okur-yazar değil	21	48.8	22	51.2	43	100.0	10.327	0.066
Okur-yazar	45	56.6	35	43.4	80	100.0		
İlköğretim mezunu	101	47.0	114	53.0	215	100.0		
Lise ve üstü mezunu	42	67.7	20	32.3	62	100.0		
Gelir durumu (Kendi ifadesine göre)								
İyi	91	54.4	86	48.6	177	100.0	6.84	0.708
Orta	96	54.2	81	45.8	177	100.0		
Kötü	22	47.8	24	52.2	46	100.0		
Çalışma durumu								
Çalışan	30	76.9	9	23.1	39	100.0	10.544	0.001
Çalışmayan	179	49.6	182	50.4	361	100.0		
Sosyal Güvence Durumu							0.008	0.145

Olan	155	54.6	129	45.4	284	100.0		
Olmayan	54	46.6	62	53.4	116	100.0		
En uzun süre yaşadığı yer								
Kırsal bölge	74	47.1	83	52.9	157	100.0	2.711	0.100
Kentsel bölge	135	55.6	108	44.4	243	100.0		

Yaşlı bireylerden SKB hipertansif olanların %48.2'si erkek, %54.9'u 75-79 yaş grubu, %50.0'ı dul/ayrı yaşıyor, %53.0'ı ilköğretim mezunu, %52.2'si gelir durumu kendi ifadesine göre kötü, %50.4'ü çalışmayan, %53.4'ü sosyal güvencesi olmayan, %52.9'u kentsel bölgede yaşayanlardan oluşmaktadır. Yaşlı bireylerde çalışma durumu ve SKB ölçüm değerlendirmelerinde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p < 0.001$).

Yaşlı bireylerin alışkanlıkları ve sistolik kan basıncı (SKB) ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı Tablo 4.9'da verilmiştir;

Tablo 4.9. Yaşlı bireylerin alışkanlıkları ve sistolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı (N=400)

Alışkanlıklar	Sistolik Kan Basıncı						X ²	p
	Normal		Hipertansif		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara alışkanlığı								
İçip, bırakmış	50	51.5	47	48.5	97	100.0	0.275	0.872
Halen içen	38	50.0	38	50.0	76	100.0		
Hiç içmemiş	121	53.3	106	46.7	227	100.0		
Alkol alışkanlığı								
İçip, bırakmış	48	50.0	48	50.0	96	100.0	1.823	0.402
Halen içen	35	60.3	23	39.7	58	100.0		
Hiç içmemiş	126	51.2	120	48.8	246	100.0		
Kahve içme durumu								
İçen	112	52.8	100	47.2	212	100.0	0.061	0.805
İçmeyen	97	51.6	91	48.4	188	100.0		
BKI								
Zayıf	11	68.8	5	31.2	16	100.0	11.173	0.011
Normal kilolu	86	59.3	59	40.7	145	100.0		
Fazla kilolu	59	53.6	51	46.4	110	100.0		

Şişman	53	41.1	76	58.9	129	100.0		
Tuz kullanımı								
Az tuzlu	66	59.5	45	40.5	111	100.0	5.251	0.154
Normal tuzlu	82	53.2	72	46.8	154	100.0		
Çok tuzlu	25	43.1	33	56.9	58	100.0		
Tuzsuz	36	46.8	41	53.2	77	100.0		

Tablo 4.9.'un devamı

Alışkanlıklar	Sistolik Kan Basıncı						X ²	p
	Normal		Hipertansif		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yağ çeşidi*							3.465	0.325
Zeytinyağı	39	54.9	32	45.1	71	100.0		
Tereyağı	18	66.7	9	33.3	27	100.0		
Çiçek yağı	97	48.0	93	52.0	190	100.0		
Mısırözü	48	51.1	52	48.9	100	100.0		
Margarin	7	58.3	5	41.7	12	100.0		
Gıda çeşidi*							14.970	0.133
Hamur işi yemekler	13	37.1	22	62.9	35	100.0		
Etlı yemekler	31	46.3	36	53.7	67	100.0		
Zeytinyağlı yemekler	26	61.9	16	38.1	42	100.0		
Sebze yemekler	33	52.4	30	47.6	63	100.0		
Tahıl yemekler	75	57.3	56	42.7	131	100.0		
Haşlama yemekler	31	50.0	31	50.0	62	100.0		
Egzersiz yapma durumu							0.319	0.577
Yapan	79	54.1	67	45.9	146	100.0		
Yapmayan	130	51.2	124	48.8	254	100.0		

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Yaşlı bireylerden SKB hipertansif olanların %50.0'ı halen sigara içen, %50.0'ı alkol içmiş, bırakmış, %48.4'ü kahve alışkanlığı olmayanlardan oluşmaktadır. Hipertansif saptananların %58.9'unun BKI'lerinin şişman grubunda olduğu, %56.9'unun çok tuz tükettiğini, %52.0'ının yemeğinde çiçek yağı kullandığını, %62.9'unun hamur işi yemekleri tükettiğini, %48.8'inin egzersiz yapmadığını ifade ettikleri belirlenmiştir.

SKB hipertansif olan yaşlıların %31.3'ü zayıf, %40.7'si normal, %46.4'ü fazla kilolu iken %58.9'u şişman olup BKİ ve SKB ölçüm değerlendirmeleri arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve diyastolik kan basıncı (DKB) ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı Tablo 4.10'da yer almaktadır;

Tablo 4.10. Yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve diyastolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı (N=400)

Tanıtıcı özellikler	Diyastolik Kan Basıncı						X ²	p
	Normal		Hipertansif		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet								
Kadın	166	81.9	39	19.1	205	100.0	1.945	0.163
Erkek	168	86.2	27	13.8	195	100.0		
Yaş								
65-69	135	86.5	21	13.5	156	100.0	3.891	0.273
70-74	68	85.0	12	15.0	80	100.0		
75-79	79	77.5	23	22.5	102	100.0		
80 yaş ve üzeri	52	83.9	10	16.1	62	100.0		
Medeni durumu								
Evli	220	84.3	41	15.7	261	100.0	2.303	0.316
Dul/Ayrı yaşıyor	22	91.7	2	8.3	24	100.0		
Bekar	92	80.0	23	20.0	115	100.0		
Eğitim durumu								
Okur yazar değil	38	88.4	5	11.6	43	100.0	10.332	0.010
Okur-yazar	61	76.2	19	23.8	80	100.0		
İlköğretim mezunu	176	81.9	39	18.1	215	100.0		
Lise ve üstü mezunu	59	95.2	3	4.8	62	100.0		
Gelir durumu (Kendi ifadesine göre)								
İyi	146	82.5	31	17.5	177	100.0	3.078	0.215
Orta	153	86.4	24	13.6	177	100.0		

Kötü	35	76.1	11	23.9	46	100.0		
Çalışma durumu								
Çalışan	36	92.3	3	7.7	39	100.0	2.433	0.100
Çalışmayan	298	82.5	63	17.5	361	100.0		
Sosyal Güvence Durumu								
Olan	242	85.2	42	14.8	284	100.0	2.082	0.143
Olmayan	92	79.3	24	20.7	116	100.0		
En uzun süre yaşadığı yer								
Kırsal bölge	127	80.9	30	19.1	157	100.0	1.276	0.259
Kentsel bölge	207	85.2	36	14.8	243	100.0		

Araştırma kapsamına alınan yaşlılardan; kadınların (%19.1), 75-79 yaş grubunda (%22.5), bekar (%20.0), okur-yazar (%23.8), gelir durumu kendi ifadesine göre kötü (%23.9), çalışmayan (%17.5), sosyal güvencesi olmayan (%20.7), kırsal bölgede yaşayanların (%19.1) DKB ölçüm değerlendirmelerinin hipertansif olduğu görülmüştür. DKB hipertansif olan yaşlıların %11.6'sı okur-yazar değil iken %4.8'i lise ve üstü mezunu olarak belirlenmiş ve eğitim durumu ile DKB ölçüm değerlendirmelerinde gruplar arasındaki farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.11'de yaşlı bireylerin alışkanlıkları ve diyastolik kan basıncı (DKB) ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı görülmektedir;

Tablo 4.11. Yaşlı bireylerin alışkanlıkları ve diyastolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı (N=400)

Alışkanlıklar	Diyastolik Kan Basıncı						X ²	p
	Normal		Hipertansif		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara alışkanlığı								
İçip, bırakmış	81	83.5	16	16.5	97	100.0	0.027	0.987
Halen içen	63	82.9	13	17.1	76	100.0		
Hiç içmemiş	190	83.7	37	16.3	227	100.0		
Alkol alışkanlığı								
İçip, bırakmış	80	83.3	16	16.7	96	100.0	1.940	0.379
Halen içen	52	89.7	6	10.3	58	100.0		
Hiç içmemiş	202	82.1	44	17.9	246	100.0		
Kahve içme durumu								
İçen	182	85.8	30	14.2	212	100.0	1.807	0.179

İçmeyen	152	80.9	36	19.1	188	100.0		
BKI								
Zayıf	13	81.2	3	18.8	16	100.0	9.311	0.025
Normal kilolu	131	90.3	14	9.7	145	100.0		
Fazla kilolu	91	82.7	19	17.3	110	100.0		
Şişman	99	76.7	30	23.3	129	100.0		
Tuz kullanımı								
Az tuzlu	93	83.8	18	16.2	111	100.0	0.093	0.993
Normal tuzlu	128	83.1	26	16.9	154	100.0		
Çok tuzlu	48	82.8	10	17.2	58	100.0		
Tuzsuz	65	84.4	12	15.6	77	100.0		

Tablo 4.11.'in devamı

Aalışkanlıklar	Diyastolik Kan Basıncı						X ²	p
	Normal		Hipertansif		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yağ çeşidi*							5.871	0.064
Zeytinyağı	59	83.1	12	16.9	71	100.0		
Tereyağı	27	100.0	-	-	27	100.0		
Çiçek yağı	155	81.6	35	18.4	90	100.0		
Mısırözü	83	83.0	17	17.0	100	100.0		
Margarin	10	83.3	2	16.7	12	100.0		
Gıda çeşidi*							8.687	0.470
Hamur işi yemekler	25	71.4	10	28.6	35	100.0		
Etlı yemekler	58	86.6	9	13.4	67	100.0		
Zeytinyağlı yemekler	38	90.5	4	9.5	42	100.0		
Sebze yemekleri	49	77.8	14	22.2	63	100.0		
Tahıl yemekleri	114	87.0	17	13.0	131	100.0		
Haşlama yemekleri	50	80.6	12	19.4	62	100.0		
Egzersiz yapma durumu							2.904	0.088
Yapan	128	87.7	18	12.3	146	100.0		
Yapmayan	206	81.1	48	18.9	254	100.0		

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan yaşlılardan; halen sigara içen (%17.1), hiç alkol kullanmayan (%17.9), kahve içmeyen (%19.1), BKI'i şişman olan (%23.3), çok tuz tüketen (%17.2), yemeklerinde çiçek yağı kullanan (%18.4), hamur işi yemeklerini tüketenlerin (%28.6), egzersiz yapmayanların (%18.9) DKB ölçüm değerlendirmelerinin hipertansif olduğu görülmüştür. DKB hipertansif bulunan

yaşlıların %18.8'i zayıf iken, %23.3'ü şişmandır ve BKİ ile DKB ölçüm değerlendirmelerinde gruplar arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.12'de hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır;

Tablo 4.12. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine ve göre dağılımı (n: 177)

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	107	60.5
Erkek	70	39.5
Yaş		
65-69	60	33.9
70-74	28	15.8
75-79	46	26.0
80 yaş ve üzeri	43	24.3
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	24	13.7
Okur-yazar	30	16.9
İlköğretim	95	53.6
Lise ve üstü eğitim	28	15.8
Medeni durum		
Evli	95	53.7
Dul /ayrı	9	5.1
Bekar	73	41.2
Sosyal güvence durumu		
Var	125	70.6
Yok	52	29.4
Yaşadığı yer		
Kırsal bölge	67	37.9
Kentsel bölge	110	62.1
Çalışma durumu		
Çalışan	13	7.3

Çalışmayan	164	92.7
Gelir durumu (Kendi ifadesine göre)		
İyi	75	42.4
Orta	84	47.5
Kötü	18	10.1
Oturduğu ev		
Kendisinin	113	63.8
Kira	6	3.4
Çocuklarının	58	32.8

Tablo 4.12.'nin devamı

BKI		
Zayıf	7	4.0
Normal kilolu	48	27.1
Fazla kilolu	54	30.5
Şişman	68	38.4

Hipertansiyon tanısı almış olan yaşlıların, %60.5'i kadın, %33.9'u 65-69 yaş grubunda, %53.3'ü ilköğretim mezunu, %53.7'si evli, %70.6'sı sosyal güvencesi olmayan, %62.1'i kentsel bölgede yaşayan, %92.7'si çalışmayan, %47.5'i gelir durumu kendi ifadesine göre orta düzeyde olan, %63.8'i kendi evinde oturduğu, %38.4'i BKI'nin şişman olduğu belirlenmiştir.

Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.13'de yer almaktadır;

Tablo 4.13. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin alışkanlıklarına göre dağılımı (n: 177)

Alışkanlıklar	Sayı	%
Sigara alışkanlığı		
İçmiş, bırakmış	50	28.2
Halen içen	27	15.3
Hiç içmeyen	100	56.5
Alkol alışkanlığı		
İçmiş, bırakmış	47	26.6
Halen içen	18	10.2
Hiç içmeyen	112	63.3
Kahve İçme durumu		
İçen	91	51.4

İçmeyen	86	48.6
Egzersiz yapma durumu		
Yapan	62	35.0
Yapmayan	115	65.0
Tuz kullanımı		
Az tuzlu	52	29.4
Normal tuzlu	62	35.0
Çok tuzlu	14	7.9
Tuzsuz	49	27.7

Tablo 4.13.'ün devamı

Alışkanlıklar	Sayı	%
Kullanılan yağ çeşidi*		
Zeytinyağı	70	39.5
Tereyağı	25	14.2
Çiçek yağı	130	73.4
Mısırözü	38	21.5
Margarin	18	10.2
Tüketilen besin grupları*		
Hamur işi yemekler	110	62.1
Etlî yemekler	150	84.7
Zeytinyağlı yemekler	145	81.9
Sebze yemekleri	154	87.0
Tahıl yemekleri	174	98.3
Haşlama yemekleri	132	74.0

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Bireylerin %56.5'inin hiç sigara içmediği, %63.3'ünün hiç alkol kullanmadığı, %51.5'inin kahve alışkanlığı olduğu, %65.0'ının egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Bireylerin yeme alışkanlıkları incelendiğinde; %35.0'ı normal tuzlu yemek alışkanlığına sahip olduğu, %73.4'ü yemeklerinde çiçek yağı, % 98.3'ü tahıl yemekleri tükettiği belirlenmiştir.

Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin sistolik kan basıncı (SKB) ölçüm değerlendirmeleri Tablo 4.14'de verilmiştir.

Tablo 4.14. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin sistolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı(n:177)

Sistolik kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri	Sayı	%
Optimal	44	24.9
Normal	5	2.8
Sınırdaki	9	5.1
Yüksek I	45	25.4
Yüksek II	53	29.9
Yüksek III	21	11.9

Yaşlı bireylerin SKB'ları ortalama 145.80 ± 27.94 mmHg (en az 65, en çok 205 mmHg) olarak ölçülmüştür. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %27.7'sinin SKB'larının optimal-normal düzeyde, %67.2'inin yüksek sınırlarda olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.15'de yaşlı bireylerin diyastolik kan basıncı (DKB) değerlendirmeleri yer almaktadır.

Tablo 4.15. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin diyastolik kan basıncı ölçüm değerlendirmelerine göre dağılımı (n:177)

Diyastolik kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri	Sayı	%
Optimal	96	54.2
Normal	35	19.8
Yüksek I	29	16.4
Yüksek II	9	5.1
Yüksek III	8	4.5

Yaşlı bireylerin DKB'ları ortalama 82.11 ± 13.34 mmHg (en az 50, en çok 120 mmHg) olarak ölçülmüştür. Yaşlı bireylerin %74.0'ının DKB'ları optimal-normal, %26.0'ının yüksek sınırlarda olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.16'da hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin (GYA) etkilene durumuna göre dağılımı verilmiştir;

Tablo 4.16. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilene durumuna göre dağılımı (n:177)

Günlük Yaşam Aktiviteleri Etkilenme Durumu			
Günlük Yaşam Aktiviteleri	Etkilenen (%)	Etkilenmeyen (%)	Toplam (%)
Beslenme	65.0	35.0	100.0
Giyim	21.5	78.5	100.0
Solunum	11.9	88.1	100.0
Boşaltım	54.2	45.8	100.0
Çevre güvenliği	32.2	67.8	100.0
Vücut ısısı	9.0	91.0	100.0
Çalışma-eğlence	76.8	23.2	100.0
Hareket	61.6	38.4	100.0

Hipertansiyon tanısı almış yaşlıların %76.8'inin çalışma-eğlence, %65.0'nın beslenme, %61.6'sının hareket, %54.2'sinin boşaltımı etkilendiği görülmüştür.

Tablo 4.17'de hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin hipertansiyona ilişkin özelliklerine göre dağılımı görülmektedir;

Tablo 4.17. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin hipertansiyona ilişkin özelliklerine göre dağılımı (n:177)

Hipertansiyon özellikleri	Sayı	%
Tanı konulan kurum		
Devlet hastanesi	82	46.3
SSK	27	15.3
Sağlık ocağı	36	20.3
Üniversite hastanesi	23	13.0
Özel klinik	8	4.5
Muayehaneler	1	0.6
Hastalık yılı		
1-4 yıl	43	24.3
5-9 yıl	34	19.2
10-14 yıl	28	15.8
15-19 yıl	28	15.8
20 yıl ve üstü	44	24.9
Tedaviye başlama yılı		
1-4 yıl	48	27.2
5-9 yıl	34	19.2
10-14 yıl	30	16.9
15-19 yıl	23	13.0

20 yıl ve üstü	42	23.7
İlaç kullanma durumu		
Kullanan	145	81.9
Kullanmayan	32	18.1
Kullandığı anti-hipertansif ilaç grubu*(n:145)		
ACE inhibitörleri	73	41.2
Ca kanal blokerleri	40	22.6
Beta-blokerler	15	8.5
Diüretikler	78	44.1
Alfa-blokerler	24	13.6

Tablo 4.17.'nin devamı

Hipertansiyon özellikleri	Sayı	%
Tansiyon yüksekliğini hissetme durumu		
Hisseden	130	73.4
Hissetmeyen	47	26.6
Hipertansiyon semptomları*(n:130)		
Ense-baş ağrısı	75	57.8
Kulak çınlaması	35	26.9
Bulantı-kusma	15	11.5
Yürümede bozukluk	5	3.8
Tansiyon yüksekliğinde yapılan uygulama türü/çeşidi*		
İlaç içme	101	54.0
İstirahat etme	133	75.0
Limonlu su içme	62	35.0
Sarımsak yeme/yutma	73	41.0
Hipertansiyona bağlı sağlık sorunu gelişme durumu		
Gelişen	158	89.3
Gelişmeyen	19	10.7
Gelişen sağlık sorunları*(n:158)		
Kalp hastalıkları	127	72.5
Böbrek hastalıkları	32	18.1
Görme hastalıkları	80	45.2
İşitme hastalıkları	55	31.1
Felç	40	22.5
Mide hastalıkları	95	53.6

Ailede hipertansiyon öyküsü olma durumu		
Olan	100	56.5
Olmayan	77	43.5
Hipertansiyon öyküsü olan kişi (n:100)		
Anne-baba	52	52.9
Kardeş	9	9.0
Eş	21	21.0
Çocuklar	18	18.0

Tablo 4.17.'nin devamı

Hipertansiyon özellikleri	Sayı	%
Hastaneye yatma durumu		
Yatan	124	70.1
Yatmayan	53	29.9
Hastaneye yatma sayısı (n:124)		
1 kez	80	64.5
3-4 kez	37	29.8
5+ kez	7	5.7

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Yaşlı bireylerin %46.3'ünün hipertansiyon tanısını devlet hastanesinde aldığı, %24.9'unun hipertansiyon tanısını 20 ve üstü yıl önce aldığı, , %27.2'sinin tedavisine 1-4 yıl önce başlanıldığı saptanmıştır. Tablo'da yaşlıların %81.9'unun ilaç kullandığı, %44.1'inin diüretik grubu antihipertansif ilaç kullandığı görülmektedir. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin, %73.4'ü tansiyon yüksekliğini hissettiği, tansiyonları yükseldiğinde %57.8'inin ense-baş ağrısı, %26.9'unun kulak çınlaması semptomları gösterdiği, %75.0'inin tansiyon yükseldiğinde istirahat ettiklerini ifade etmişlerdir. Yaşlıların %89.3'ünün hipertansiyona bağlı sağlık sorunu geliştiği, sağlık sorunu olarak %72.5'inde kalp hastalıkları geliştiği, %56.5'inin ailesinde hipertansiyon öyküsü olduğu, soy geçmişleri sorgulandığında %52.9'unun anne-babasinda hipertansiyon olduğu, %70.1'inin hipertansiyon nedeniyle hastaneye yattığı, %64.5'inin hastaneye bir kez yattığı tespit edilmiştir.

Tablo 4.18. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin hipertansiyona ilişkin bilgilenme özelliklerine göre dağılımı (n:177)

Hipertansiyona ilişkin bilgilenme özellikleri	Sayı	%
Hipertansiyona ilişkin bilgi alma durumu		
Alan	92	52.0
Almayan	85	48.0
Bilgiyi alınan yer*(n:92)		
Doktor	85	92.5
Hemşire	22	23.9
Basın	28	30.6
Bilgiyi yeterli bulma durumu		
Yeterli bulan	15	16.3
Yeterli bulmayan	77	87.7

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4.18’de araştırma kapsamına alınan yaşlıların %52.0’ının hipertansiyona ilişkin bilgi aldığı, %92.5’inin bu bilgiyi doktordan aldığı, %87.7’sinin alınan bilgiyi yeterli bulmadığı görülmüştür.

Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin ilaç tedavisi ve tuz kısıtlamasına uyma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.19’da yer almaktadır;

Tablo 4.19. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin ilaç tedavisi ve tuz kısıtlamasına uyum durumlarına göre dağılımı (n:177)

İlaç tedavisi ve tuz kısıtlamasına uyma durumu	Sayı	%
İlaç tedavisine uyma durumu		
Uyan	105	59.3
Uymayan	62	40.7
Tuz kısıtlamasına uyma durumu		
Uyan	114	81.3
Uymayan	63	18.7

Yaşlıların %59.3’ünün ilaç tedavisine uyduğu, %40.7’sinin uymadığı, %81.3’ünün tuz kısıtlamasına uyarırken, %18.7’sinin uymadığını ifade ettikleri belirlenmiştir.

Tablo 4.20’de hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin kan basıncı ölçüm özelliklerine göre dağılımı verilmiştir;

Tablo 4.20. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin kan basıncı ölçüm özelliklerine göre dağılımı (n:177)

Kan basıncı ölçüm özellikleri	Sayı	%
Ölçtürme durumu		
Ölçtüren	128	72.3
Ölçtürmeyen	49	27.7
Ölçtürme sıklığı (n:128) *		
Her gün	56	43.8
Haftada 1 kez	14	10.9
Haftada 2 kez	17	13.3
Ayda 1 kez	4	3.1
Ayda 2 kez	3	2.3
Arada Bir	26	20.3
KB yüksekse her gün,diğer günler arada bir	8	6.3
Ölçtürme yeri (n:128) *		
Sağlık kuruluşunda	68	53.1
Evde	54	42.2
Komşuda	6	4.7
Ölçüm öncesi dinlenme durumu (n:128) *		
Dinlenen	126	98.4
Dinlenmeyen	2	1.6
Ölçülen kol (n:128) *		
Sağ kol	55	43.0
Sol kol	8	6.3
Her iki kol	47	36.7
Rasgele	18	14.0

*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Yaşlıların %27.7’sinin kan basıncını hiç ölçtürmediği belirlenmiştir. Kan basıncını ölçtürenlerin %43.8’i kan basınçlarını her gün ölçtürürken, %20.3’ünün arada bir ölçtükleri saptanmıştır. Yaşlı bireylerin %53.1’inin kan basıncını sağlık kuruluşlarında ölçtükleri, %98.4’ünün ölçüm öncesinde dinlendiği, %43.0’ının kan basıncının sağ koldan ölçtüldüğü tespit edilmiştir.

Tablo 4.21’de yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve kan basıncı ölçtürme durumuna göre dağılımı yer almaktadır;

Tablo 4.21. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve kan basıncı ölçtürme durumuna göre dağılımı(n=177)

Tanıtıcı özellikler	Kan basıncı ölçtürme durumu							X ²	p
	Ölçtüren		Ölçtürmeyen		Toplam				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Cinsiyet									
Kadın	79	73.8	28	26.2	107	100.0	0.310	0.577	
Erkek	49	70.0	21	30.0	70	100.0			
Yaş									
65-69	39	66.1	20	33.9	59	100.0	5.7112	0.126	
70-74	21	75.0	7	25.0	28	100.0			
75-79	39	84.8	7	15.2	46	100.0			
80 yaş ve üzeri	29	65.9	15	34.1	44	100.0			
Eğitim durumu									
Okur yazar değil	18	75.0	6	25.0	24	100.0	8.16	0.055	
Okur-yazar	20	60.6	13	39.4	33	100.0			
İlköğretim mezunu	65	69.9	28	30.1	93	100.0			
Lise ve üstü mezunu	25	92.6	2	7.4	27	100.0			
Yaşadığı yer									
Kırsal bölge	38	55.9	30	44.1	68	100.0	14.897	0.001	
Kentsel bölge	90	82.6	19	17.4	109	100.0			
Gelir durumu (Kendi ifadesine göre)									
İyi	68	91.9	6	8.1	74	100.0	24.342	0.001	
Orta	49	58.3	35	41.7	84	100.0			
Kötü	11	57.9	8	42.1	19	100.0			
Bilgi alma durumu									
Bilgi alan	81	88.0	11	12.0	92	100.0	23.669	0.001	
Bilgi almayan	47	55.3	38	44.7	85	100.0			
Tansiyon yüksekliğini hissetme durumu									
Hisseden	102	78.5	28	21.5	130	100.0	9.235	0.020	
Hissetmeyen	26	55.3	21	44.7	47	100.0			
İlaç kullanma durumu									
Kullanan	118	81.4	27	18.6	145	100.0	32.906	0.001	
Kullanmayan	10	31.3	22	68.8	32	100.0			
İlaç tedavisine uyma durumu									
Uyan	90	86.5	15	13.5	105	100.0	6.873	0.001	
Uymayan	27	67.5	13	32.5	40	100.0			

Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin %27.7'si kan basınçlarını hiç ölçtürmediğini, %72.3'ü ölçtürdüğünü ifade etmiştir. Kan basıncını ölçtüren yaşlıların %73.8'inin kadın, %84.8'inin 75-79 yaş grubunda olduğu, %69.9'unun ilköğretim mezunu olduğu, %82.6'sının kentsel bölgede yaşadığı, %91.9'unun gelir durumunun kendi ifadesine göre iyi olduğu belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların; %88.0'mın hipertansiyona ilişkin bilgi aldığı, %78.5'inin tansiyon yüksekliğini hissettiği, %81.4'ünün antihipertansif ilaç kullandığı, %86.5'inin ilaç tedavisine uyduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki yaşlılardan, kentsel bölgede yaşayanlar (%82.6) kırsalda yaşayanlara, gelir durumu iyi olanların (%91.9) kötü olanlara, bilgi alanların (%88.0) almayanlara göre, tansiyon yüksekliğini hissedenlerin (%78.5) hissetmeyenlere, ilaç kullanan (%81.4) ve ilaç tedavisine uyanların (%86.5) uymayanlara göre kan basıncı ölçtürme alışkanlıklarının daha yüksek ve aralarındaki ilişki anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve GYA/AGYA değerlendirmelerine göre dağılımı Tablo 4.22'de verilmiştir;

Tablo 4.22. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin tanıtıcı özellikleri ve günlük yaşam aktiviteleri /aletli günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmelerine göre dağılımı(n=177)

Tanıtıcı Özellikler	Günlük yaşam aktiviteleri/Aletli günlük yaşam aktiviteleri						X ²	p
	Yeterli		Yetersiz		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet								
Kadın	32	29.9	75	70.1	107	100.0	0.668	0.414
Erkek	17	24.3	53	75.7	70	100.0		
Yaş								
65-69	-	-	59	100.0	59	100.0	73.151	0.001
70-74	6	21.4	22	78.6	28	100.0		
75-79	10	21.7	36	78.3	46	100.0		
80 yaş ve üzeri	33	75.0	11	25.0	44	100.0		
Eğitim durumu								
Okur yazar değil	10	41.7	14	58.3	24	100.0	35.465	0.001
Okur-yazar	21	63.6	12	36.4	33	100.0		
İlköğretim mezunu	17	18.3	76	81.7	93	100.0		
Lise ve üstü mezunu	1	3.7	26	96.3	27	100.0		
Yaşadığı yer								
Kırsal bölge	31	45.6	37	54.4	68	100.0	17.682	0.001
Kentsel bölge	18	16.5	91	83.5	109	100.0		

Tablo 4.22.'nin devamı

Tanıtıcı Özellikler	Günlük yaşam aktiviteleri/Aletli günlük yaşam aktiviteleri						X ²	p
	Yeterli		Yetersiz		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Birlikte yaşanılan kişiler								
Kendi evinde yalnız	3	20.0	12	80.0	15	100.0	52.209	0.001
Bakıcı ile	3	30.0	7	70.0	10	100.0		
Eşi ile	3	5.2	55	94.8	58	100.0		
Eşi ve çocukları ile	3	9.4	29	90.6	32	100.0		
Çocukları ile	37	59.7	25	40.3	62	100.0		
Çalışma durumu*								
Çalışan	-	-	13	100.0	13	100.0	0.012	
Çalışmayan	49	29.9	115	70.1	164	100.0		
Yaşadığı ev türü								
Gecekondu	17	28.3	43	71.7	60	100.0	0.022	0.989
Apartman	25	27.5	66	72.5	91	100.0		
Kerpiç	7	26.9	19	73.1	26	100.0		
Kullanma suyunun yeri								
Evin içinde	45	27.8	117	72.2	162	100.0	0.008	0.927
Evin dışında	4	26.7	11	73.3	15	100.0		
Tuvaletin yeri								
Evin içinde	38	28.1	97	71.9	135	100.0	0.061	0.804
Evin dışında	11	26.2	31	73.8	42	100.0		
BKI								
Zayıf	6	85.7	1	14.3	7	100.0	14.891	0.001
Normal kilolu	15	31.9	32	68.1	47	100.0		
Fazla kilolu	15	27.8	39	72.2	54	100.0		
Şişman	13	18.8	56	81.2	69	100.0		
Hipertansiyona bağlı sağlık sorunu*								
Gelişen	47	29.7	111	70.3	158	100.0	0.060	
Gelişmeyen	2	10.5	17	89.5	19	100.0		

*Fisher kıkare testi kullanılmıştır.

Yaşlıların %27.7'sinin GYA/AGYA'de yeterli durumda iken, %72.3'ünün yetersiz olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki; erkeklerin (%75.7), 65-69 yaş grubunda olan (%100.0), lise ve üstü mezunu olan (%96.3), kentsel bölgede yaşayan (%83.5), eşi ile yaşayan (%94.8), çalışan (%70.1), kerpiç evde oturan (%73.1), kullanma suyu (%73.3) ve tuvaleti (%73.8) evin dışında yer alan, BKİ şişman olan (%81.2), hipertansiyona bağlı sağlık sorunu gelişmeyen (%89.5) yaşlıların GYA/AGYA'leri yetersiz bulunmuştur. Yaşlı bireylerde yetersizlik oranı 65-69 yaş grubunda %100.0 iken 80 yaş ve üzerinde %25.0, okur-yazar olanlarda %36.4 olup lise ve üstü mezunlarında %96.3, kırsal bölgede %54.4 iken kentsel bölgede %83.5 olduğu belirlenmiştir. Yaşlılardan eşi ile yaşayanların %94.8'i GYA/AGYA'nde yetersiz olup çocukları ile yaşayanlarda bu oran %40.3 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan yaşlıların yetersizlik oranı çalışanlarda %100.0, çalışmayanlarda %70.1 iken, zayıf olanlarda %14.3, normal kilolularda %68.1, şişman olanlarda %81.2 olarak tespit edilmiştir. Yaşlı bireylerin yaş grubu, eğitim, yerleşim yeri, birlikte yaşanan kişiler, çalışma durumu, BKİ ile GYA/AGYA değerlendirmelerinde gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.23. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin alışkanlıkları ve günlük yaşam aktiviteleri/aletli günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmelerine göre dağılımı (n=177)

Alışkanlıklar	Günlük yaşam aktiviteleri/Aletli günlük yaşam aktiviteleri						X ²	p
	Yeterli		Yetersiz		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Sigara alışkanlığı								
İçmiş, bırakmış	17	34.7	32	65.3	49	100.0	4.960	0.084
Halen içen	3	11.1	24	88.9	27	100.0		
Hiç içmeyen	29	28.7	72	71.3	101	100.0		
Egzersiz yapma durumu								
Yapan	3	4.9	58	95.1	61	100.0	24.096	0.001
Yapmayan	46	39.7	70	60.9	116	100.0		

Tablo 4.23'de hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin alışkanlıkları ve GYA/AGYA yetersiz olanların %88.9'unun halen sigara içtiği, %95.1'inin egzersiz

yapmadığı tespit edilmiştir. Egzersiz yapma durumu ile GYA/AGYA değerlendirmelerinde gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin fiziksel yetersizlik özellikleri ve GYA/AGYA değerlendirmelerine göre dağılımı Tablo 4.24’de yer almaktadır;

Tablo 4.24. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin fiziksel özellikleri ve günlük yaşam aktiviteleri/aletli günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmelerine göre dağılımı(n=177)

Fiziksel özellikleri	Günlük yaşam aktiviteleri/Aletli günlük yaşam aktiviteleri						X ²	p
	Yeterli		Yetersiz		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Fiziksel yetersizlik olma durumu*								
Olan	48	29.3	116	70.7	164	100.0		p=0.080
Olmayan	1	7.7	12	92.3	13	100.0		
Alet/protez/cihaz kullanımı durumu*								
Kullanan	48	27.7	125	72.3	173	100.0		p=0.603
Kullanmayan	1	25.0	3	75.0	4	100.0		

*Fisher kıkare testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamındaki; duyu kaybı ve yetersizliği olan (%70.7),alet/protez/cihaz kullanan (%72.3) yaşlıların GYA/AGYA’leri yetersiz bulunmuştur.

Tablo 4.25. Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri ve günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri değerlendirmelerine göre dağılımı(n=177)

Kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri	Günlük yaşam aktiviteleri/Aletli günlük yaşam aktiviteleri						X ²	p
	Yeterli		Yetersiz		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
SKB								
SKB(<140mmHg) olan	22	29.7	53	70.3	75	100.0	0.389	0.533
SKB(>140mmHg) olan	26	25.5	76	74.5	102	100.0		

DKB								
DKB(<90mmHg) olan	33	28.7	81	71.3	115	100.0	4.117	0.561
DKB(>90mmHg) olan	15	24.6	47	75.4	66	100.0		

Tablo 4.25’de hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerden sistolik hipertansiyonu olanların %74.5’inin, diyastolik hipertansiyonu olanların %75.4’ünün GYA/AGYA’lerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir.

Yaşlı bireylerin cinsiyetine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 4.26’da görülmektedir;

Tablo 4.26. Yaşlı bireylerin cinsiyetine göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Cinsiyet	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Kadın	107	40.3±29.3	38.8±16.6	34.9±19.4	37.4±17.9
Erkek	70	40.4±26.5	38.2±16.9	35.6±18.7	38.0±18.6
t		0.014	0.270	0.234	0.235
p		0.989	0.788	0.815	0.816

Erkeklerin fonksiyonel durum, genel sağlık anlayışı ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kadınlarda ise yaşam kalitesinin esenlik alanında aldıkları ortalama puanlar erkeklere göre daha yüksektir. Ancak cinsiyete göre grupların yaşam kalitesi alanlarında aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo 4.27’de yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı verilmiştir;

Tablo 4.27. Yaşlı bireylerin yaş gruplarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Yaş grupları	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
65-69	58	48.2±20.9	46.1±14.6	44.2±15.2	46.3±14.6
70-74	28	45.5±27.7	42.1±15.7	38.1±16.9	41.6±16.8
75-79	46	46.3±34.2	39.9±12.0	37.3±18.1	39.8±15.4
80 ve ↑	44	20.2±19.9	24.9±16.1	19.0±16.2	21.5±15.8
F		11.879	18.907	20.380	22.933
P		0.001	0.001	0.001	0.001

65-69 yaş grubundaki bireylerin yaşam kalitesinin tüm alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanları diğer yaş gruplarından yüksek bulunmuştur. 80 ve üzeri yaş grubunda ise yaşam kalitesi tüm alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanları diğer yaş gruplarından daha düşüktür. Gruplar arası farklılık 80 yaş ve üzeri bireylerden kaynaklanmakta olup yaş gruplarına göre yaşam kalitesinin tüm alanlarından alınan ortalama puanlar arasındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır(p<0.001).

Yaşlı bireylerin eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 4.28’de yer almaktadır;

Tablo 4.28. Yaşlı bireylerin eğitim durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Eğitim durumu	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Okur-yazar değil	24	41.5±42.8	35.5±15.3	30.8±20.0	33.4±18.0
Okur-yazar	31	22.7±19.3	27.6±17.1	21.5±19.7	23.8±17.4
İlköğretim	95	40.5±23.7	39.7±15.1	36.4±16.3	38.9±15.7
Lise ve ↑	27	59.1±23.5	49.8±14.6	50.4±14.4	53.1±14.4
F		9.140	10.451	14.164	16.652
P		0.001	0.001	0.001	0.001

Tabloda görüldüğü gibi; lise ve üstü eğitim düzeyindeki yaşlıların yaşam kalitesinin tüm alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanları diğer gruplardan yüksektir. Gruplar arası farklılık okur-yazar yaşlılardan kaynaklanmaktadır ve eğitim durumuna göre, grupların yaşam kalitesinin tüm alanlarında aldıkları ortalama puanları arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur($p<0.001$).

Tablo 4.29'da yaşlı bireylerin medeni durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı verilmektedir;

Tablo 4.29. Yaşlı bireylerin medeni durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Medeni durumu	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evli	95	47.9±24.3	45.0±13.8	41.7±15.7	44.7±14.9
Bekar	7	30.6±13.6	25.5±7.8	21.8±13.5	25.9±10.8
Dul/ Ayrı	74	31.5±31.2	31.7±17.2	28.3±20.4	29.7±18.7
F		8.202	19.220	14.211	18.763
p		0.001	0.001	0.001	0.001

Yaşlı bireylerden evli olanların bekar, dul/ayrı yaşayanlara göre yaşam kalitesinin tüm alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Gruplar arasındaki farklılık bekar olan yaşlılardan ileri gelmekte olup medeni duruma göre, grupların yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları ortalama puanları arasındaki farklılık, istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.001$).

Yaşlı bireylerin sosyal güvencesi olma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 4.30'da görülmektedir;

Tablo 4.30. Yaşlı bireylerin sosyal güvencesi olma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Sosyal güvencesi olma durumu	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Olan	124	46.9±28.7	43.3±14.7	40.1±17.6	42.9±16.4
Olmayan	53	25.0±20.0	27.5±15.8	23.7±17.3	25.3±16.1
t		5.607	4.460	4.045	4.154
p		0.001	0.001	0.001	0.001

Tabloda sosyal güvencesi olan yaşlıların, tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının, sosyal güvencesi olmayan yaşlıların, ortalama puanlarından belirgin derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Sosyal güvencesi olma durumuna göre, grupların yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki bu farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır(p<0.001).

Tablo 4.31. Yaşlı bireylerin yaşadığı yere göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

En uzun süre yaşadığı yer	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Kırsal bölge	68	30.7±24.7	31.9±17.4	27.3±18.5	30.0±18.5
Kentsel bölge	109	46.3±28.7	42.7±14.8	39.8±17.9	42.4±16.3
t		3.722	4.381	4.302	4.659
p		0.001	0.001	0.001	0.001

Tablo 4.31 incelendiğinde kentsel bölgede yaşayan yaşlıların, tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının, kırsal bölgede yaşayan yaşlıların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaşadığı yere göre, grupların yaşam kalitesinin tüm alanlarında aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Yaşlı bireylerin çalışma durumu göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 4.32’de yer almaktadır;

Tablo 4.32. Yaşlı bireylerin çalışma durumu göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Çalışma Durumu	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Çalışan	13	61.5±20.5	48.9±11.8	48.3±12.8	52.9±11.4
Çalışmayan	164	38.6±25.1	37.8±16.7	34.1±19.1	36.4±18.1
t		2.871	2.346	2.626	3.233
p		0.002	0.006	0.002	0.001

Tabloda; çalışan yaşlı bireylerin tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının, çalışmayan yaşlıların ortalama puanlarından belirgin derecede yüksektir. Çalışma durumuna göre, grupların yaşam kalitesinin tüm alanlarında aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık, istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.33’de yaşlı bireylerin gelir durumu göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı verilmiştir;

Tablo 4.33. Yaşlı bireylerin gelir durumu göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Gelir durumu	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
İyi	74	44.1±25.0	44.2±16.4	40.1±17.7	42.8±17.6
Orta	84	41.1±31.3	36.4±15.7	34.6±18.9	36.6±17.6
Kötü	19	21.9±16.8	26.4±13.3	18.4±14.7	22.2±13.3
F		4.996	11.208	10.958	11.083
p		0.008	0.001	0.001	0.001

Yaşlıların gelir durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde; geliri iyi olan yaşlıların gelir durumu orta ve kötü olan yaşlılara göre tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanları daha yüksektir. Gruplar arası farklılık gelir durumu kötü olanlardan ileri gelmekte olup çalışma durumuna göre, grupların yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.34. Yaşlı bireylerin oturduğu evin ait olduğu kişiye göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Oturduğu evin ait olduğu kişi	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Kendisinin	112	50.7±28.3	44.9±14.9	42.1±16.1	45.4±15.5
Kira	6	28.9±16.8	32.9±10.0	34.7±19.2	32.2±14.8
Çocuklarının	59	21.8±16.8	26.9±13.7	22.0±17.1	23.7±14.4
F		26.945	30.691	28.049	40.192
p		0.001	0.001	0.001	0.001

Tablo 4.34’de görüldüğü gibi kendi evinde oturan yaşlıların tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının, kirada ve çocuklarının evinde yaşayan yaşlı bireylerin ortalama puanlarından belirgin derecede yüksektir. Gruplar arasındaki farklılık yaşlıların oturdukları evin çocuklarına ait olmasından kaynaklanmaktadır. Yaşlıların oturduğu evin ait olduğu kişiye göre, grupların yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları ortalama puanlar arasındaki farklılığın anlamlı olduğu saptanmıştır (<0.001).

Yaşlı bireylerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 4.35’de verilmiştir;

Tablo 4.35. Yaşlı bireylerin düzenli egzersiz yapma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Egzersiz yapma durumu	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yapan	61	50.9±22.3	47.6±14.9	45.0±14.2	48.1±14.4
Yapmayan	116	34.7±29.4	33.8±15.5	29.9±19.8	32.2±17.6
t		3.778	5.699	5.376	6.032
p		0.001	0.001	0.001	0.001

Tabloda görüldüğü gibi; egzersiz yapan yaşlıların egzersiz yapmayan yaşlılara göre, tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Egzersiz yapma durumuna göre grupların yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları ortalama puanlar istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki bu farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.36’da yaşlı bireylerin fiziksel yetersizliği olma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı yer almaktadır;

Tablo 4.36. Yaşlı bireylerin duyu kaybı ve fiziksel yetersizliği olma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Fiziksel yetersizliği olma durumu	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Olan	164	39.3±27.9	38.0±16.6	34.2±19.1	36.8±17.9
Olmayan	13	53.1±29.6	45.7±16.4	47.4±13.2	48.8±17.6
t		1.702	1.608	2.433	2.332
p		0.128	0.127	0.004	0.33

Fiziksel yetersizliği olmayan yaşlıların tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yaşlıların fiziksel yetersizliği olma durumuna göre, genel sağlık anlayışı alanı ve global yaşam kalitesi ortalama puanları arasındaki farklılık, istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p<0.05$).

Yaşlı bireylerin yetersizliklerin günlük yaşamı aktivitelerini etkileme durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı Tablo 4.37’de görülmektedir;

Tablo 4.37. Yaşlı bireylerin yetersizliklerinin günlük yaşamı aktivitelerini etkileme durumlarına göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:164)

Günlük yaşam aktivite etkileme durumu	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Etkilenen	144	36.9±26.9	36.8±17.3	33.3±18.8	35.2±17.3
Etkilenmeyen	20	67.4±23.2	52.1±12.4	49.5±15.1	56.4±13.5
t		4.836	4.034	3.714	5.278
p		0.03	0.044	0.007	0.005

Tabloda; yetersizlikleri günlük yaşamı aktivitelerini etkileyen yaşlıların etkilemeyen yaşlılara göre, tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Günlük yaşamı aktiviteleri etkilenme durumuna göre, grupların yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları ortalama puanlar istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.38. Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri/aletli günlük yaşam aktivitelerinin yeterli olma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı(n:177)

Günlük yaşam aktiviteleri/aletli günlük yaşam aktiviteleri	Yaşam Kalitesi Alanları				
	n	Fonksiyonel Durum	Esenlik	Genel Sağlık Anlayışı	Global Yaşam Kalitesi
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Yetersiz	49	15.3±3.4	23.7±13.9	16.8±15.3	18.7±12.5
Yeterli	128	49.9±12.5	44.3±13.9	42.2±15.4	44.9 ±14.3
t		8.728	8.796	9.862	11.249
p		0.001	0.001	0.001	0.001

Tablo 4.38’de Yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri/ aletli günlük yaşam aktiviteleri (GYA/AGYA) yeterli olma durumu ile yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar incelenmiş ve GYA/AGYA yeterli olanların, yetersiz olanlara göre tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Grupların GYA/AGYA’nin yeterli olma durumuna göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlarda gruplar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır(p<0.001).

Yaşlı bireylerin GYA/AGYA’leri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki Tablo 4.39’da yer almaktadır;

Tablo 4.39. Yaşlı bireylerin GYA/AGYA’leri ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki(n:177)

Günlük yaşam aktiviteleri/aletli günlük yaşam aktiviteleri	Yaşam Kalitesi Alanları							
	Fonksiyonel Durum		Esenlik		Genel Sağlık Anlayışı		Global Yaşam Kalitesi	
	r	p	r	p	r	p	r	p
	0.649	0.001	0.682	0.001	0.685	0.001	0.756	0.001

Araştırma kapsamına alınan bireylerin; GYA/AGYA ve tüm yaşam kalitesi alanları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki bu ilişki anlamlı bulunmuştur (p<0.001).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Son 20 yıl süresince yapılan epidemiyolojik çalışmalarda hipertansiyonun dünyada çok yaygın bir toplum sorunu olduğu ortaya çıkmıştır. Bu konudaki yapılan çalışmalarda hipertansiyonun, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hem görülme sıklığının hem de yol açtığı komplikasyonların en çok yaşlı sağlığını olumsuz etkilediği görülmektedir. Bu bağlamda DSÖ, yüksek kan basıncının ve komplikasyonlarının kontrolünde, hem toplum düzeyinde hem de hasta bireylerin yaşam kalitesi ve bağımsızlıklarının kontrol edilmesinin üzerinde önemle durmaktadır (29-31).

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların %48.0'ı erkek, %52.0'ı kadın olup büyük çoğunluğunun 65-69 yaş grubunda (%39.0) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1). TNSA 2003 verilerinde, 65 yaş ve üzeri kadın nüfusu %51.0 olup bu çalışmayı desteklemektedir (9). Yapılan çalışmalarda herkes için yaşam süresinin artmasına karşın kadınların ortalama yaşam beklentisinin erkeklere göre daha da yükseldiği görülmüştür (4, 6, 10).

Dünyadaki hipertansiyonun tanı, tedavi ve kontrol altında tutulması için epidemiyolojik çalışmalar sonucu çeşitli kılavuzlar oluşturulmuştur. Bu kılavuzlardan JNC-7, DSÖ ve Türk Kardiyoloji Derneği'nin "Hipertansiyon Kılavuz"larında, bireylerin yaşam tarzı alışkanlıklarının hipertansiyonlu kişilerde tedavinin vazgeçilmez bir parçası olduğu

bildirilmektedir. Hipertansiyon gelişmesinde risk faktörü olan yaşam tarzı alışkanlıkları; aşırı sigara, kahve, tuz ve alkol tüketimi, fazla kalori alımı ve fiziksel aktivitenin yetersizliğidir (29, 31-33, 44, 52). Yaşlıların %42.2'sinin sigara içme alışkanlığı olup bunların tamamına yakınının 15 yıl ve üstünde sigara içtiği, büyük çoğunluğunun günde iki paket sigara tükettiği görülmüştür (Tablo 4.2). Onat ve arkadaşlarının (34) yaptığı benzer bir çalışmada da 60 yaş ve üzeri yaş grubunda sigara bağımlılığının erkeklerde %37, kadınlarda %5 olduğu, ayrıca sigara içenlerin coğrafi dağılımında önemli farklılık olmadığı saptanmıştır. Erbaşı ve ark. (42) 1993 yılında oluşturduğu “Türkiye Hipertansiyon Haritasında” ülkemizde hipertansiyon hastalarının düzenli sigara kullanma oranı %25.0 olarak verilmiştir. Bu sonuçlar tütün mamullerinin zararlarının önlenmesine dair kanunun 1997 yılında yürürlüğe girmesine rağmen sigara promosyonlarına karşı yetersiz kalındığını düşündürebilir. Çalışmada bireylerin %14.8'inin halen alkol kullandığı, kullananların tamamına yakınının 10 yıl ve üstünde alkol tükettiği, çoğunluğunun rakı tükettiği, yarısından fazlasının düzenli kahve içtiği belirlenmiştir (Tablo 4.2). Yalçın'ın (93) çalışmasında Edirne'deki alkol tüketiminin ortalama %19.9 olduğunu belirlemiştir. Araştırma kapsamına alınan yaşlıların çoğunluğunun normal tuzlu, %14.5'inin ise çok tuzlu yemek alışkanlığına sahip olduğu, yarısından fazlasının çiçek yağı kullandığı, tamamına yakınının tahıl yemekleri tükettiği saptanmıştır (Tablo 4.2). Taşcı ve arkadaşlarının (96) çalışmasında bireylerin %8'inin, Tuna'nın (97) yaptığı çalışmada bireylerin %3'ünün çok tuz tükettiği belirlenmiştir. Çalışma bulguları arasındaki farklılığın, çalışmanın daha yaşlı bireylerle ve farklı bölgelerde yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bu çalışmada olduğu gibi Yalçın'ın (93) Edirne'de yaptığı çalışmada da yaşlılar, tat duyularının azalmasına bağlı olarak daha fazla tuz tükettiklerini, mevcut yağ fabrikası ve ekonomik olması nedeniyle daha çok sıvı yağ kullandıklarını, yemek hazırlama güçlüğüne bağlı daha çok hazır besinleri ve bölgenin geçim kaynağının tarıma dayalı olması nedeniyle daha çok tahıl yemeklerini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bu çalışma sonuçlarına göre, sağlıklı yaşam tarzına ilişkin stratejiler oluşturulurken bireylerin etnik, kültürel, dini inanç ve sosyal koşullarının dikkate alınmasının, bu stratejilerin toplum genelinde kabul görme şansını arttırabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle yaşlı hipertansiyon hastalarında yaşam tarzı alışkanlıklarının iyi sorgulanması ve kısıtlama nedenlerinin anlaşılır bir dille vurgulanmasının önemi büyüktür.

Ülkemizde fiziksel etkinliğin rolünü değerlendirmek güçtür, ancak 1990'daki TEKHARF çalışmasında (37) artan yaşla birlikte hareketsizliğin özellikle kadınlarda çok yaygın bir risk olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmada yaşlıların %63.5'inin düzenli egzersiz yapmadıkları, egzersiz yapanların tamamına yakınının yürüyüş yaptığı, büyük çoğunluğunun hergün egzersiz yaptığı, yarısından fazlasının bir saat süreyle egzersiz yaptığı belirlenmiştir (Tablo 4.2). Yalçın'ın (93) yaptığı benzer bir çalışmada da bireylerin %26.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı, yürüyüşün en sık yapılan egzersiz tipi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar yaşlı bireylerin özellikle kas-iskelet sistemi hastalıklarının olması ve plansız şehirleşmeye bağlı egzersiz yapamamalarından kaynaklanabilir. Bu da yerel yönetim ve sağlık otoritelerinin yaşlı sağlığı açısından multidisipliner çalışmalar yapmaları gerektiğini düşündürmektedir.

Yaşlıların sağlık durumlarını önemli oranda etkileyen ve yaşla birlikte artan kronik hastalıkların tedavisinde gerçekleştirilen gelişmeler, fiziksel yetersizliklerin ve alet/protez ve cihaz kullanımının araştırılmasının yaşlıların sağlık durumlarının değerlendirilmesindeki önemini ortaya koymuştur (5, 20, 59). DSÖ'ne göre, yaşlıların sağlık durumunu ölçmenin en iyi yolu "fonksiyonel kayıplarını değerlendirmek"tir (64). Yapılan çalışmalarda 65 yaş üzerinde tam hareket yeteneğine sahip bireylerin %36'sı 4 yıl içerisinde hareket yeteneğini kaybetmekte her 10 yılda bir de mobilite azalma riskinin iki kat arttığı saptanmıştır (66, 72, 98). Araştırmaya katılan yaşlıların %84.5'inde fiziksel yetersizlik olduğu, bu yetersizliklerin büyük çoğunluğunun görme kaybı ve hareket yetersizliği, %19.5 gibi az bir grubun ise tat almada yetersizliğinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3). Arslan ve arkadaşlarının (75) Türkiye genelinde yaptığı çalışma sonucuna göre fiziksel yetersizlik oranı kadınlarda %33.2, erkeklerde %29.4, tüm iller göz önüne alındığında toplam özürlülük oranının %31.1 olduğu belirlenmiştir. Sonuçlar arasındaki farklılık, Edirne'deki yaşlı ve ileri yaştaki yaşlı oranının (%9) Türkiye genelinden (%7) yüksek olması, fiziksel yetersizliklerin daha fazla gözlenmesinden, kaynaklanmış olabilir (92). Günay'ın (70) yaptığı çalışma sonuçları da bu çalışma ile benzerlik göstermekte olup yaşlıların %69.7'sinde görme, %53.2'sinde yürüme sorunu olduğu saptanmıştır. Çalışmada yaşlıların tamamına yakınının alet/protez ve cihaz kullandığı, %87.4'ünün gözlük, %74.0'ının diş protezi kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.3). Arslan ve arkadaşlarının (75) çalışmasında %54.6 ile yaşlıların en fazla baston kullandığı belirlenmiştir. Biçer'in (58), Çivi'nin (69), Yardımcı'nın (73) ve Ersoy'un (64) çalışmalarında da sonuçlar benzer olup yaşlıların

çoğunluğunun gözlük, baston ve diş protezi kullandığı belirlenmiştir. 65 yaş ve üzeri bireylerde fiziksel yetersizlik oranlarının dolayısıyla alet/protez ve cihaz kullanımının fazla olduğunu göstermekte ise de işitme cihazı, trakeostomi, ekstremitte protezi gibi aletlerin az kullanılmasının nedeni, yaşlıların sosyo-ekonomik düzeylerinin düşük olmasına ve sosyal güvenlik kuruluşlarının bu cihazların masraflarının tamamını karşılamamasına bağlı olabilir.

Yaşlı olmanın beraberinde getirdiği duyuşsal kayıplar ve hareket sınırlılıkları, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini de olumsuz etkilemektedir (62, 63). Çalışmada fiziksel yetersizliklerin yaşlıların tamamına yakınının günlük yaşam aktivitelerini etkilediği, en çok okuma ve yürüme GYA'nin etkilendiği görülmüştür (Tablo 4.3). Ünsaldı (74), Uçku (63), Biçer (58) ve Yardımcı'nın (68) çalışmalarında da bu oranlar benzer şekilde yüksek bulunmuştur.

Yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam beklentisi daha çok kronik hastalıkların etkisi altındadır. İlerleyen yaşla birlikte bireylerin çoğunluğunda bir ya da birden fazla kronik hastalık bulunmaktadır. Kronik hastalıklarda gerekli önlemler alınmadığında gelişen komplikasyonlar nedeniyle yaşlıların yaşam kalitesi ve günlük yaşamları etkilenmektedir (7, 8, 99-101). Yaşlıların, %84.3'ünde tanısı konmuş kronik hastalığı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Yapılan çeşitli çalışmalarda yaşlılarda kronik hastalık prevalansları; %54.3-%83.5 arasında bulunmuştur (58, 59, 66, 101, 102). Bu çalışmada yaşlılarda tespit edilen kronik hastalıklar sırasıyla; hipertansiyon, kalp hastalıkları, diabetes mellitus, KOAH, inme'dir (Tablo 4.4). Yapılan benzer araştırmalarda yaşlılarda görülen ilk beş kronik hastalık sırasıyla hipertansiyon, romatoid artrit, kalp hastalıkları, DM ve osteoporoz olduğu belirlenmiştir (64, 69, 102-104). Çalışmalarda kronik hastalık sıralamasında hipertansiyon ve kalp hastalıklarının yüksek oranda görülmesi dikkati çekmektedir. Bu sonuçlar ileri yaşlarda ortaya çıkan yüksek kan basıncının kalp hastalıklarının etiolojisinde önemli yer tuttuğunu düşündürmektedir. Uçku'nun (63) çalışmasında %47.8'inde, Güven'in (102) çalışmasında yaşlıların %51.5'inde, Diker'in (103) çalışmasında %44.1'inde ve hipertansiyon saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Bireylere uygulanacak yüksek kan basıncına ilişkin sağlık girişimleri ancak saptanan kan basıncı değerlerinin sınıflandırılması ile mümkündür. Hipertansiyon için rehber özelliği taşıyan tüm kılavuzlar klinik tanımlamada tüm yaş gruplarında ve her iki cinsiyet için sistolik 140 mmHg, diyastolik 90 mmHg'ı eşik değerini önermişlerdir (29-31). Dünya üzerinde yapılan araştırmalar, hipertansiyon prevalansının %7-%40 arasında değiştiğini, bu değişikliklerin bir bölümünü ekonomik kalkınma, sanayileşme, kilo ve alışkanlıklarla açıklanabileceğini göstermektedir (30-33). Türkiye de hipertansiyon ile ilgili yapılan TEKHARF çalışmasının sonuçlarına göre yüksek prevalanslı toplumlara girmekte olup bu oranın erişkin nüfusta %37 olmakla birlikte 65 yaş ve üzeri yaş grubunda bu oranın giderek artmaktadır (35). TEKHARF çalışması'nın 2000 yılı değerlendirilmesinde, erkeklerin %40'ında, kadınların %51.6'sında kan basıncı değerlerinin 140 ve/veya 90 mmHg üzerinde olduğunu ve bu oranın yaşlı popülasyonunda %65'e kadar ulaşabileceğini bildirilmiştir (34, 36, 47).

Yaşlı bireylerdeki hipertansiyon prevalansındaki artışın önemli bir bölümü ise, sistolik kan basıncının artışına bağlı olup Framingham Çalışması'na göre yaşlılarda görülen hipertansiyon vakalarının %65-%75'ini, SHEP (Yaşlılarda Sistolik Hipertansiyon Programı) çalışmasına göre %41'ini, JNC-7 verilerine göre %60'dan fazlasını ISH (İzole Sistolik Hipertansiyon) oluşturmaktadır (34, 47). Araştırma kapsamına alınan yaşlıların sistolik kan basınçları (SKB) ortalama 142 ± 28.32 mmHg olup %65.1'inin SKB ölçüm değerlendirmelerinin yüksek sınırlarda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5). Tanı konmuş hipertansif yaşlıların ise %67.2'sinin SKB ölçüm değerlendirmelerinin yüksek sınırlarda olup ortalama 145.80 ± 27.94 mmHg olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11). Literatür bilgileri bu çalışmayı desteklemektedir (31, 33, 38). Çalışmada tanı konulan yaşlı bireylerde SKB ölçüm değerlendirmelerinin daha yüksek bulunması hipertansiyonun tedavi ve takibine gereken önemin verilmediğini ve toplumsal korunma yöntemlerinin yeterli düzeyde olmadığını düşündürmektedir. Yalçın'ın (93) yaptığı çalışma sonucuna göre 60-65 yaş grubu bireylerin %67.3'ünün SKB'lerinin yüksek sınırlarda olduğu görülmüştür. Çalışma bulguları arasındaki farklılık bu çalışmanın daha yaşlı bir grupta yapılmasından ileri gelmekte ise de tanı konulan bireylerdeki SKB'leri oranı çalışma sonuçlarımıza yakın olup gereken önlemler alınmazsa ilerleyen yaşlarda bireylerin hipertansiyondan daha fazla etkileneceğini göstermektedir. Onat ve arkadaşlarının (36) Trakya bölgesinde yaptığı benzer bir araştırmada kan basıncı 140/90 mmHg üzerinde olan birey oranı %36.1 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışma

sonuçlarına göre aynı bireylerin 10 yıllık izlemleri sonucunda SKB ortalama değerine Marmara bölgesi'nde 4.4mmHg, Türkiye genelinde 7.7 mmHg eklenmiştir. Türkiye'nin diğer bölgelerinde yapılan bazı prevelans çalışmalarında oldukça farklı sonuçlar alınmış olup hipertansiyon sıklığı %44.1-%63.6 arasında değiştiği görülmüştür (73, 100, 101, 103, 105). TOHTA çalışma sonuçlarına göre ise ağır ve orta dereceler toplanırsa, Türkiye'de 20 yaş ve üzerindeki nüfusta, %15 oranında sistolik hipertansiyon vardır (106). Yine aynı çalışmada 60 yaş ve üzeri bireylerin SKB'ı ortalamaları 150.74 ± 79 mmHg olarak belirlenmiştir. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması'nın (TOHTA) çalışmasında incelenen halk grubu, bu çalışmaya yakın bölgelerden olması ve yaşlanma faktörü, SKB'nın yükselmesinde önemli rol oynayabilir (106). Bu çalışmalar arasındaki farklılıkların; yöntem ve seçilen bireylerin yaş, cinsiyet, kültür, sosyo-ekonomik durum gibi özellikleri, coğrafi ve fiziki nedenler gibi açıklanması kolay etiyolojik risk faktörlerine bağlansa da tespit edilmesi daha güç, göz önünden kaçan başka nedenlerden de kaynaklandığı unutulmamalıdır. Bu sonuçlar yaşlanma ile KKH'larında önemli risk faktörü olan sistolik kan basıncının ciddi sağlık politikalarıyla tanı ve tedavisine gereken önemin verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Framingham Kalp Çalışması'ndaki verilere göre yaşla beraber hem erkeklerde hem de kadınlarda SKB değerlerinde artış izlenirken DKB 50-60 yaşlarına kadar artıp sonra da azalmaya başlamaktadır (34). Araştırmada yaşlı bireylerin DKB'ları ortalama 81.35 ± 14.37 mmHg olduğu, %28.5'inin DKB ölçüm değerlendirmeleri yüksek sınırlarda olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Hipertansiyon tanısı almış yaşlı bireylerin %26.0'ının DKB ölçüm değerlendirmeleri yüksek sınırlarda olup ortalamalarının 82.11 ± 13.34 mmHg olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.12). Yapılan diğer çalışmalarda DKB ortalama sonuçları bu araştırma bulgularıyla benzerlik göstermekte olup DKB yüksek olma durumu %22.0-%34.5 arasında değişiklik göstermektedir (93, 105, 106). Hem SKB hem de DKB ölçüm değerlendirmelerinde bulunan bu sonuçların, hipertansiyon tanısı alıp tedaviye uyum gösteren yaşlılarda tedavinin kalitesi ve devamlılığının istenen boyutlarda gerçekleşmemesinden kaynaklanmış olabilir.

DKB seviyeleri 55 yaştan itibaren yükselme göstermediğinden sistolodiyastolik hipertansiyon prevelansı hemen hemen değişmemektedir. Çalışmada yaşlıların %11.3'ünde sistolodiyastolik hipertansiyon tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Onat ve

arkadaşlarının (36) çalışmasında, benzer şekilde sistolodiyastolik hipertansiyon prevalansı %15 civarındadır.

Yapılan çalışmalar erişkin popülasyonda erkeklerde, ileri yaşlarda ise kadınlarda hipertansiyon prevalansının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur (44-48). Bu artışın menapozdaki hormonal değişikliklerin, kilo artışının veya yaşlı kadınların tuza daha duyarlı olmasından kaynaklandığı, ayrıca erkeklere oranla kadınların hipertansiyonu daha iyi tolere ettiği ve değişik kan basıncı düzeylerindeki kardiyovasküler riskin daha düşük olduğu bildirilmektedir. Yaşlı bireylerden SKB hipertansif olanların %48.2'sinin erkek, %47.3'ünün kadın olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.8). Araştırmaya alınan DKB hipertansif olan yaşlıların çoğunluğunun kadın olduğu, ayrıca hipertansiyon tanısı konmuş olan yaşlıların da büyük çoğunluğunu (%60.5) kadınların oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 4.10) (Tablo 4.12). Bunun nedeninin kadınların erkeklere oranla daha sık kan basınçlarını kontrol ettirme ve sağlık kuruluşlarına başvurma alışkanlıkları olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. TEKHARF ve TOHTA çalışması sonuçlarında da benzer şekilde kadınların SKB/DKB'ları erkeklerinkine oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (35, 106). ABD'de yapılan bir çalışma sonucuna göre ise kadınlardaki yüksek kan basıncı oranları ülkemize göre daha az bulunmuş olup bu oran %55.1'dir (32). Bu sonuçların bir nedeni kadınların BKI'lerinin yüksek olması düşünülebilir (Bkz Tablo 4.9, Tablo 4.11).

BKI 'nin SKB ve DKB ile olan ilişkisi beklenen ve güçlü bir bulgudur. Yaşlılarda metabolik değişimler, endokrin ve beslenme parametreleri BKI ile bağımlıdır (53, 95). Yaşlı bireylerde BKI ile SKB ve DKB değerlendirmeleri incelendiğinde, şişman olan yaşlılarda sistolik ve diyastolik tip hipertansiyon olma durumunun anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.11). Araştırmaya katılan hipertansiyon tanısı almış bireylerin de büyük bir kısmının (%38.4) şişman olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.12). Yurt dışında yapılan hipertansiyon çalışmalarında obezite oranlarına bakıldığında; Finlandiya'da %24, Polonya'da %36, ABD'deki nüfusun ise üçte birinin obez olduğunu bildirilmektedir (40, 53). TEKHARF çalışmasında da benzer şekilde erişkinlerin %37'si şişman olup SKB/DKB ölçüm değerlendirmeleri ile aralarında güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (47). Yapılan çalışmalarda obezite oranları %34-%53 arasında değişiklik göstermektedir (36, 53, 105,

106). Bu sonuçlar doğrultusunda bölgesel farklılıklar gösteren obezitenin hipertansiyon gelişmesinde en sık rastlanan yatkınlık faktörü olduğu ortaya çıkmaktadır.

Yaş grupları ve SKB/DKB değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$), hipertansiyon tanısı almış olanları çoğunluğunun 65-69 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8, Tablo 4.10, Tablo 4.12). Bu bulgular literatür bilgileri ile paralellik göstermektedir (32, 33, 48).

Edirne’de hipertansiyon etiyolojisinde son derece önemli olan alkol tüketimi ile sigara ve kahve alışkanlığı incelendiğinde, alkol, sigara ve kahve alışkanlığı olanlarda SKB ve DKB ölçüm değerlendirmeleri daha yüksektir ($p>0.05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.11). Birtane ve ark. (89) Edirne Huzurevi’nde yaptıkları çalışma sonuçları bu çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Yaşlıların %48.5’inin sigara içip, bırakmışlardan oluşması, hipertansiyon tanısının sigarayı bırakma oranlarını arttırarak sigaranın yarattığı riski azaltabileceği düşünülebilir. Ülkemizde alkol alışkanlığı araştırmaları genellikle gençlerle yapılmakta olup bu çalışmalarda yaşam boyu en az bir kez alkol kullanma oranı %58 ile %90 arasında değişmektedir. Ulusal içki olarak belirtilen rakı tüketiminde 1971’den 1997’ye kadar 4 kat artış olması alkol kullanımının toplumumuzda aslında giderek tehlikeli biçimde arttığını düşündürmektedir (38). SKB 140 mmHg’nın üzerinde olan yaşlı bireylerin yarısı alkol kullanıp bırakmışlar, DKB 90mmHg üzerinde olanların ve hipertansiyon tanısı alanların çoğunluğunu hiç alkol kullanmayanlar oluşturmuştur (Tablo 4.8, Tablo 4.10, Tablo 4.12). Bu sonucun araştırma kapsamına alınan yaşlıların çoğunluğunun kadınlardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Bkz. Tablo 4.1)

Yaşlı bireylerin yaşadıkları yer ile SKB/DKB ölçüm değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$), SKB/DKB hipertansif olanların büyük kısmının kırsal bölgede yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 4.8, Tablo 4.10). Hipertansiyon tanısı almış olanların ise büyük çoğunluğunun (%62.1) kentsel bölgede yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.12). Hipertansiyon tanısı alanlar ve almayanlar arasındaki bu farklılık kentsel bölgedeki yaşlılarda hipertansiyonun kırsal bölgeye göre daha fazla tespit edilmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışmada kırsalı oluşturan merkeze bağlı köylerin coğrafi bakımdan Edirne’ye yakın olmasına rağmen sağlık kuruluşlarının belli noktalarda kümeleşmesi sonucu, yaşlıların sağlık hizmetlerinden

yeterli yararlanamadığı ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlar aynı zamanda kırsal bölgedeki sağlık hizmetlerinin tarama ve takiplerinin artırılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmada kendi ifadelerine göre gelir durumu kötü olan yaşlıların diğer gruplara göre daha yüksek SKB/DKB ölçüm değerlerine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8, Tablo 4.10). Bu sonuç, emekliliğin getirdiği ekonomik sorunların yaşlıları psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemesi ve stres, alışkanlıklar, sağlık hizmetlerinden yararlanmama gibi hipertansiyon için yüksek risk oluşturan etmenlerin varlığından kaynaklanabilir. Tuna'nın (97) çalışmasında da, benzer şekilde gelir düzeyi düşük olanların daha fazla strese maruz kaldığı, sağlık hizmetlerine ulaşamadığı ve hipertansiyon gelişme riskinin arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar hipertansiyonla mücadele programlarının toplumun her kesimine etkili sağlık politikaları ile ulaştırılmasının önemini ortaya çıkarmaktadır.

Türkiye'de sosyal güvence reformlarının son yıllarda gerçekleştirilmesi ve yaşlılarımızın bu reformlardan yararlanamamış olması; genç yaşta emeklilik, ilerleyen yaşlarda sosyal izolasyon, fizik aktivitenin azalması, sedanter yaşamayla hipertansiyon prevalansının artmasına neden olduğu düşünülebilir (50, 55, 93). Yaşlı bireylerin çalışma durumu, sosyal güvence durumları ile SKB/DKB ölçüm değerlendirmeleri arasında önemli bir fark saptanamazken ($p>0.05$), çalışmayan veya sosyal güvencesi olmayan yaşlıların kan basınçları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8, Tablo 4.10). Hipertansiyon tanısı alan yaşlıların ise %70.6'sının sosyal güvencesinin olduğu, tamamına yakınının (%92.7) çalışmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.12). Bu sonuçlar sosyal güvencesi olan yaşlı bireylerin tedavi hizmetlerinden daha fazla yararlanabilmesinden kaynaklanabilir.

Çalışmada SKB ölçüm değerlendirmeleri yüksek olanların çoğunluğunun eğitim durumunun ilkokul düzeyinde ($p>0.05$), DKB ölçüm değerlendirmeleri yüksek olanların çoğunluğunun ise okur-yazar olduğu saptanırken, eğitim durumu yükseldikçe hipertansiyon oranının azaldığı görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.8, Tablo 4.10). Yapılan benzer çalışmalarda da eğitim düzeyi arttıkça hipertansiyon sıklığının azaldığı saptanmıştır (96, 97, 105). Bu sonuçlar eğitim düzeyinin artmasıyla risk faktörlerinden beslenme, stres, alışkanlıklara olan yaklaşımın yararlı yönde değişmesiyle açıklanabilir.

Egzersiz yapma durumu ve SKB/DKB ölçüm değerlendirmeleri incelendiğinde, egzersiz yapan ve yapmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), hipertansiyon tanısı almış yaşlıların %65.0'ünün egzersiz

yapmadığı saptanmıştır. Yaşlı bireylerdeki egzersiz yapma oranlarının düşüklüğü, ilerleyen yaşla beraber görülen fiziki kısıtlılıklara ve fiziki eforun kan basınçlarını yükseltebileceği korkusuna bağlı olduğu düşünülebilir. TEKHARF çalışmasının 1995 ve 1998 kontrol çalışmalarında da benzer şekilde düzenli egzersiz ile SKB arasında ilişki kurulmamıştır (36).

Araştırmanın ilk bölümüne alınan yaşlı bireylerin tükettiği yağ ve gıda çeşitleri ile SKB/DKB değerlendirmeleri arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), çiçekyağı ve hamur işi gıdaları fazla tüketenlerin kan basınçları diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9, Tablo 4.11). Hipertansiyon tanısı almış olan bireylerin ise; büyük çoğunluğunun çiçek yağı, tamamına yakınının tahıl yemekleri tükettiği belirlenmiştir (Tablo 4.13). Trakya bölgesi'nde yapılan benzer çalışmalarda da belirtildiği gibi bölge nüfusunun tarıma dayalı olmasının bu sonuçlara neden olduğunu ortaya çıkarmaktadır (36, 92, 93).

Prevelans çalışmalarında hipertansiyon etiolojisinde fiziksel egzersiz ve stres gibi rol oynadığı bilinmesine rağmen göz ardı edilen yada oldukça subjektif değerlendirilebilen bir diğer bulgu tuz kullanımınıdır. INTERSALT Çalışmasına göre Amerika, Fransa, İtalya, İngiltere gibi ülkelerin tuz tüketimi %15-%30, Japonlarda bu oran %40 tespit edilmiştir (31). Çalışmada çok tuz tüketenlerin SKB/DKB ölçüm değerlendirmeleri diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuş ancak SKB/DKB ölçüm değerlendirmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9, Tablo 4.11). Hipertansiyon tanısı alanların %35.0'ının normal tuzlu, %7.9'unun çok tuzlu yemek alışkanlığına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4.13). Hipertansiyon tanısı almış ve tedaviye başlamış olmanın tuz tüketimine etkisi olduğu düşünülebilir. Yapılan benzer araştırmalarda bireylerin tuz tüketimleri %8-%10 arasında değişmektedir (96, 97, 105, 106). Tüm bu sonuçlar hipertansiyon tedavisinde genetik, yaş ve cinsiyet gibi değiştirilemeyen etkenlerin yanında planlı eğitim (hasta, sağlık personeli, toplum) ve toplum bilinçlendirilmesiyle yaşam tarzı değişiklikleri yapılmasının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan yaşlıların büyük çoğunluğuna 20 ve üstü yıl önce hipertansiyon tanısı konulmasına rağmen çoğunluğunun tedaviye 1-4 yıl önce başladığı tespit edilmiştir (Tablo 4.17). Bu sonuçlar yaşlıların sağlık kuruluşlarına kontrolden ziyade komplikasyonlar gelişince geldiklerini düşündürmektedir. Tanı konulan kurumlara

bakıldığında, yaşlıların hipertansiyon tanılarını büyük çoğunlukla (%46.3) devlet hastanesinde konuştuğu belirlenmiştir (Tablo 4.17). Yapılan diğer çalışmalarda da yaşlıların yarısından fazlası birinci basamak sağlık hizmeti almamakta, 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerine yöneldikleri görülmektedir (17, 100, 101, 103). Taramalarda önemli yer tutan sağlık ocaklarının tercih edildiğini gösteren sayılar Türkiye’de yaygın bir olgu olup sağlık hizmetlerindeki aksaklıkların nedenlerinden biridir.

Yaşlı bireylerde yapılan geniş çaplı araştırmalarda ilaç tedavisinin tüm mortaliteyi %20, kardiyovasküler mortaliteyi %34, serebrovasküler olay insidansını %40 azalttığı belirlenmiştir (37, 39, 103). Ancak her gün yeni bir ilaç çalışması, her on yılda yeni bir antihipertansif ilaç geliştirilmesine rağmen tüm Dünya’da başarılı tedavi oranları %2-%35 arasında değişmektedir (29, 31, 40). Araştırmaya katılan yaşlıların tamamına yakını (%81.9) antihipertansif ilaç kullandığını, en çok kullandıkları ilaç grubunun diüretikler (%44.1) ve ACE inhibitörleri (%41.2) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.17). Yalçın’ın (93) çalışmasında da sonuçlar benzer olup yaşlıların %83.9’u ilaç kullanırken, Sönmez ve arkadaşlarının (103) çalışmasında bu oran %73.3 olarak belirlenmiştir. Antihipertansif tedavisine uyumsuzluk önemli bir problemdir. DSÖ’nün yaptığı bir araştırma sonucuna göre hipertansif hastaların yarısı, tanıdan sonraki bir yıl içerisinde hipertansiyonla ilgili hizmet almayı kesmekte; tıbbi takibi sürdürenlerin ise yalnız yarısı reçete edilen ilaçları almayı sürdürmektedir (31). Çalışmada yaşlıların ilaç tedavisi ve tuz kısıtlamasına uyum durumları incelendiğinde; yarısından biraz fazlasının ilaç tedavisine, büyük çoğunluğunun tuz kısıtlamasına uyduğu belirlenmiştir (Tablo 4.19). Bu sonuçlar bölge halkının hipertansiyonun ilaçlı tedavisinde kendi sorumluluklarını aldığından kaynaklanabilir. Çalışma bulgularında yaşlı bireylerin tuz kısıtlamasına uyum durumlarının ilaç tedavisine göre daha fazla olması tuz kısıtlamasının daha ekonomik olduğunu düşündürtebilir. Tuna’nın (103) çalışma sonuçlarında yaşlıların %34’ünün, Onat ve ark. (35) yaptığı araştırma sonuçlarına göre %48’inin ilaç tedavisine uyduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda hastaların kendi bakımlarını yapabilmelerinde aktif sorumluluk verilmesinin hasta uyumunu düzeltmede önemli yer tutacağı düşünülmektedir.

Yaşlıların çoğunluğu (%57.8) tansiyon yüksekliğini ense-baş ağrısı ile hissettiğini, sorun yaşadığında istirahat ettiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 4.17). Bu sonuç yaşlıların istirahat etmeyi rahatsızlıklarını gidermede kolay ve ucuz bir yol olduğunu

düşüncülerinden kaynaklanabilir. Çalışmamızda bireylerin çoğunluğunda hipertansiyona bağlı sağlık sorunu geliştiği, sağlık sorunu olarak en fazla kalp hastalıkları geliştiği, çoğunluğunun hipertansiyon nedeniyle hastaneye en az bir kez yattığı tespit edilmiştir (Tablo 4.17). Bu sonuçların yaşlılardaki hipertansiyon tanısının geç konulmuş olabileceğinden ve yaşlıların ilaç tedavisini sürdürmedeki aksaklıklardan kaynaklanabileceği düşünülebilir. Yapılan benzer çalışmalar da gelişmiş tedavi yöntemlerine rağmen hipertansiyona bağlı olarak yaşlılarda, özellikle kalp hastalıkları başta olmak üzere görme bozukluğu, böbrek hastalığı ve inme gibi komplikasyonlar geliştiğini ortaya koymaktadır (29, 39, 44, 93). Bu sonuçlar hipertansiyonun kalp hastalıkları için büyük risk faktörü olup gelişen kalp hastalıklarının yaşlılarda yarattığı semptomlarının sağlık kuruluşlarında yatmaya neden olduğunu düşündürebilir. Araştırmada yaşlıların yarısından fazlasının bilgi aldığı, tamamına yakınının bilgiyi doktordan aldığı, büyük çoğunluğunun bilgiyi yeterli bulmadıkları belirlenmiştir (Tablo 4.18). Uncu'nun (17), Yalçın'ın (93) ve Tuna'nın (97) yaptıkları çalışmalarda sonuçları da bu çalışma bulgularını desteklemektedir. Bu bulgular hipertansiyona ilişkin bilgi ve eğitim vermede hemşirelerin etkisiz kaldığını ve yaşlıların sağlık personellerinden hipertansiyona ilişkin aldıkları bilgileri yeterli görmediklerini düşündürebilir. Bu sonuç yaşlıya yönelik bakım verebilecek yeterli personel ve sağlık kurumlarının bulunmamasından kaynaklanabilir. Yaşlılara hipertansiyon eğitimiyle bakım ve tedavide aktif sorumluluk verilmesi tedaviye ve hastalığın olası komplikasyonlarına uyumunu arttırabileceği çalışmalarla desteklenmektedir.

Kan basıncındaki ciddi değişkenlikten dolayı ölçümlerin tekrarlanması, başlangıçta saptanan yüksek değerlerin devam edip etmediğini veya normale dönerek yalnızca periyodik kontrollere mi ihtiyaç duyulduğunu anlamak önemlidir. Çalışmada yaşlıların %43.8'i kan basıncını her gün ölçtürürken, %27.7'si hiç ölçtürmediğini, yarısından fazlası kan basıncını sağlık kuruluşunda, tamamına yakını dinlenerek, çoğunlukla da sağ kolundan ölçtürdüğünü ifade etmiştir (Tablo 4.20). Yapılan benzer çalışma sonuçları bulgularımızla paralellik göstermektedir (93, 97, 105). Yaşlıların tanıtıcı özellikleri ile kan basıncı ölçtürme durumu istatistiksel olarak incelendiğinde, yaşadığı yer, gelir durumu, bilgi alma, tansiyon yüksekliğini hissetme durumu, ilaç kullanma, ilaç tedavisine uyum durumu ile kan basıncı ölçtürme alışkanlığı arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.21). Bu sonucun nedeni olarak, kentsel bölgede yaşayan, gelir durumu iyi olan yaşlıların sağlık hizmetlerinden daha fazla ve etkin

yararlanarak düzenli ilaç kullanma ve ilaç tedavisine uyumlarının artmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Sistemik ve kronik bir hastalık olan hipertansiyonun saptanan komplikasyonlarına uzun süre maruz kalan yaşlıların GYA'lerinin de olumsuz etkileneceği kaçınılmazdır. DSÖ'nün yayımladığı bir rapora göre, 65 yaş üzeri kronik hastalığı olan yaşlıların %75'inde birkaç fiziksel yetersizliğin birlikte görüldüğü ve GYA'lerinde yardıma gereksinime ihtiyaç duydukları saptanmıştır (59, 63). Çalışmada hipertansiyon tanısı almış yaşlıların en çok etkilenen GYA'lerinin sırası ile; %76.8 ile çalışma-eğlence, %65.0 ile beslenme, %61.6 ile hareket ve %54.2 ile boşaltım olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.16). Bu sonuçlar, yaşlıların büyük çoğunluğunun fiziksel yetersizliğinin olması, alet/cihaz/protez kullanması, hipertansiyon ve eşlik eden diğer kronik hastalıklar ve hipertansiyonun medikal tedavisinin yaşlıların GİS ve üriner sistemleri üzerinde yarattığı değişimlere ve gelişen komplikasyonların sosyal hayatlarını etkilemesine bağlı olabilir. Yapılan benzer çalışmalarda da elde edilen bulgular yaşlıların çoğunluğunun beslenme, hareket ve boşaltımlarının etkilendiğini göstermiştir (63, 64, 66, 74, 76). Araştırmaya katılan hipertansiyon tanısı almış bireylerin %72.3'ünün GYA/AGYA'nin yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.22). Ersoy'un (64) çalışmasında yaşlıların %79.4'ünün GYA yetersiz bulunmuştur.

GYA/AGYA'nin yeterli olma durumu cinsiyete göre incelendiğinde, kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), çoğunlukla erkeklerin GYA yetersiz bulunmuştur (Tablo 4.22). Pehlivanoğlu'nun (76) çalışmasında da erkeklerin %81.0'ünün GYA yetersiz bulunmuştur. Araştırma grubunun GYA/AGYA yaş gruplarına göre incelendiğinde, yaş grupları arasında anlamlı bir fark bulunmuş olup ($p<0.05$), 65-69 yaş grubunun tamamında yetersizlik tespit edilmiştir (Tablo 4.22). 65-69 yaş grubu yaşlıların GYA/AGYA'nde diğer yaş gruplarına göre daha fazla yetersizlik ifade etmelerine karşın yaşamdan doyumlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Günay'ın (70) ve Pehlivanoğlu (76) çalışmasında ise yaş yeterlilik açısından önemli bir faktör olup, yaş ilerledikçe GYA/AGYA'inde yetersizliklerin de arttığı bulunmuştur. GYA/AGYA'nde yeterli olma durumu eğitim durumlarına göre incelendiğinde, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin yetersizliklerinin arttığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.22). Bu sonuç eğitim düzeyi arttıkça yaşlıların beklentilerinin artmasından kaynaklanabilir. Yapılan benzer çalışmalarda ise eğitim düzeyi arttıkça

yetersizliklerin azaldığı ortaya konmuştur (64, 66, 72, 77, 98). Bu farklılıkların bölgelerarası ekonomik, kültürel ve sosyal etkenlerden kaynaklandığı düşünülebilir. Araştırmada yaşlı bireylerin yaşadığı yer, birlikte yaşanılan kişiler, çalışma ve egzersiz yapma durumu, BKİ ile GYA/AGYA’inde istatistiksel olarak da gruplar arasındaki farklılıklar anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.22, Tablo 4.23, Tablo 4.24). Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde yaşlıların yaşadıkları yer, yaşam tarzı ve fonksiyonel durumlarının GYA etkileyen önemli faktörler olduğunu göstermiştir (64, 68, 69, 77, 98). Çalışmada SKB/DKB ölçüm değerlendirmeleri yüksek olanların GYA/AGYA’nde yetersizlik oranları daha fazladır (Tablo 4.25). Bu sonuç yüksek kan basıncının yaşlılarda geliştireceği sağlık sorunlarına bağlı yetersizliklerin artmasına neden olduğunu düşündürmektedir.

Hemşireler, hipertansiyonun yaşlıda GYA üzerindeki etkileri ve meydana getireceği yetersizlikleri bilmeli, belli aralıklarla bu riski değerlendirmelidirler.

Yaşlı bakımında amaç, hastalıkların tedavisi kadar yaşlının fiziksel, mental, ve ruhsal kapasitesini en üst düzeyde tutmak ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Bu bağlamda giderek artan bir popülasyonu oluşturan yaşlı bireylerin kronik hastalık izlemlerinde ve tedavilerinde yaşam kalitesinin önemi giderek artmaktadır.

Yaşlı bireylerin cinsiyete göre yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımına bakıldığında, kadınların yaşam kalitesinin sadece esenlik alanında aldıkları ortalama puanlar erkeklere göre daha yüksektir ($p>0.05$) (Tablo 4.26). Bunun nedeni kadınların yaşam beklentisinin artması, nedeniyle hastalık ve komplikasyonlara erkeklere göre daha fazla maruz kalmaları olabilir. Bu sonuçlara göre hipertansiyon tanısı konmuş kadınların hipertansiyon nedeniyle yaşam kalitelerinin erkeklere göre daha olumsuz etkilendiği düşünülebilir. Özer’in (87), Birtane ve arkadaşları’nın (89) yaptıkları çalışmalarda benzer şekilde erkeklerin, yaşam kalitesi kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Alışılmış gündelik etkinliklerin sürdürülmesi yaşlının yaşam kalitesini belirleyen önemli bir göstergedir. Bu yetenek yaş ilerledikçe azalır. 65-69 yaş grubundaki bireylerin yaşam kalitesinin tüm alanları ve global yaşam kalitesinden aldıkları ortalama puanları diğer yaş gruplarından yüksektir ve yaş ilerledikçe yaşam kalitesi ortalama puanları düşme göstermektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.27). Bunun nedeni ileri yaşın getirdiği fizyolojik sorunların ve beraberinde hipertansiyonun yaşlıların biyopsikososyal

sorunlarını arttırmasına bağlı olabilir. Literatür bilgileri de çalışmayı desteklemektedir (79, 81, 82, 85).

Çalışmada yaşlıların eğitim durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; eğitim düzeyi arttıķça yaşam kalitesi ortalama puanlarının arttığı görülmüştür (p<0.05) (Tablo 4.28). Bu sonucun eğitim düzeyi arttıķça yaşlıların hastalıklarına ilişkin ilgilerinin ve bilgilenimlerinin artmasına, sağlık hizmetlerinden daha fazla beklentilerinin olmasına bağlı olabilir. zer'in (88) alışmasında sonuçlar benzer olup, bu sonucun nedeni yaşlıların sağlık durumlarını koruma ve sürdürmeye daha fazla zen göstermelerinden kaynaklanabileceği ifade edilmiştir.

Aile ortamı yaşlıların, yaşlılığa hazırlıklı olmasına katkıda bulunabilecek, en önemli toplumsal kurumdur (82, 87). Yaşlı bireylerden evli olanların bekar, dul/ayrı yaşayanlara göre yaşam kalitesinin tüm alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (p<0.05) (Tablo 4.29). Bu sonuç evli yaşlıların gerek eşleri gerekse diğer aile üyelerinden oluşan destek sistemlerinin kuvvetli olması ve hipertansiyonun takip ve tedavisine eşlerinin de katılımının fazla olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmada yaşlıların sosyal güvence durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal güvencesi olan yaşlıların sosyal güvencesi olmayanlara göre tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının belirgin derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.05) (Tablo 4.30). Bu sonuç, ülkemizde yaygın bir sağlık sorunu olan sosyal güvence sistemlerindeki aksaklıkların ivedilikle zmlenerek sosyal güvencesi olan ve olmayan yaşlılar arasındaki kaliteli yaşam beklentileri arasındaki uçurumun kapatılması gerektiğini göstermektedir. Literatür bilgileri bulguları destekler niteliktedir (82, 86).

Sosyal güvence durumu gibi gelir durumu da kaliteli yaşam beklentisini etkileyebilmektedir. Gelir durumu kendi ifadesine göre iyi olan yaşlıların, tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanları, gelir durumu orta ve kötü olanlara göre anlamlı derecede yüksektir (p<0.05) (Tablo 4.33). Karabulut (85)ve zer'in (87) alışma bulguları da bu çalışma sonuçları destekler niteliktedir. Bu sonuçlar gelir durumunun yaşamdan doyum almayı olumlu derecede etkilediğini göstermektedir. Çünkü geliri iyi olan yaşlıların sosyal güvencelerinin olması, tedavi

masrafları geçimini etkilememekte ve sağlık bakım imkanlarına ulaşım kolaylaştırmaktadır.

Yapılan çalışmalar yerleşim yerinin yaşlılarda yaşamdan doyumunu anlamlı derecede arttırdığı bulunmuştur (24, 82, 86, 87). Çalışmada kentsel bölgede yaşayan yaşlıların, tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının, kırsal bölgede yaşayan yaşlılara göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.31). Bu sonucun, hipertansiyon tanısı almış ve kentsel bölgede yaşayan yaşlıların sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarına, dikkatlerini hastalıkları dışına çekmek için sosyal yaşam imkanlarının daha fazla olmasına bağlı olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin çalışma durumu ile yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanların dağılımı incelendiğinde, çalışan yaşlıların yaşam kalitesi tüm alanlarından aldıkları ortalama puanların çalışmayanlara göre belirgin derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.32). Bunun nedeni; belirli bir işte çalışıyor olmanın verdiği rahatlama ve elde edilen mali desteğin yaşamdan doyumunu arttırmış olmasına bağlı olabilir. Özer'in (87) ve Birtane'nin (89) yaptıkları benzer bir çalışmalarda da, meslek, boş zamanları değerlendirme ve yaşlının sağlık durumu ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar araştırmayı destekler niteliktedir.

Ev ortamı yaşlının bildiği, içinde kendini güvende hissettiği bir ortam olduğu için yaşlı sağlığı ve yaşam kalitesini olumlu etkilemektedir. Kendi evinde oturan yaşlıların tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının, kirada ve çocuklarının evinde yaşayan yaşlı bireylerin ortalama puanlarından anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.34). Bu sonucun yaşlı bireylerin kendi evlerinde oturmasının, ekonomik durumlarının kendilerine yetebildiğini, zihinsel ve fonksiyonel olarak daha bağımsız olduklarını ve kendilerine ait ortamda daha rahat hareket edebilmelerinden kaynaklandığını söylemek mümkündür.

Egzersiz yapan yaşlıların egzersiz yapmayan yaşlılara göre, tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Egzersiz yapma durumuna göre grupların yaşam kalitesinin tüm alanlarından aldıkları ortalama puanlar istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve gruplar arasındaki bu farklılık, anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.35). Bu sonuç; yaşlılara önerilecek yaşına ve

fonksiyonel durumuna uygun egzersizlerin, hipertansiyon kontrolünde ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir yeri olduğunu bize göstermektedir.

Fiziksel yetersizliği olmayan yaşlıların tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının, fiziksel yetersizliği olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. ($p<0.05$) (Tablo 4.36). Yaşlılarda oluşabilecek fiziksel yetersizliklerin, güçsüzlükleri beraberinde getirebildiği ve bunun da yaşamdan doyumunu olumsuz etkilemesine neden olduğu söylenebilir.

Çalışmada, yetersizlikleri günlük yaşamı aktivitelerini etkileyen yaşlıların etkilemeyen yaşlılara göre, tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.37). Benzer şekilde yaşlıların GYA/AGYA yeterli olma durumu ile yaşam kalitesi alanlarından aldıkları ortalama puanlar incelenmiş ve GYA/AGYA yeterli olanların, yetersiz olanlara göre tüm yaşam kalitesi alanları ve global yaşam kalitesi ortalama puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.38). Araştırma kapsamına alınan bireylerin; GYA/AGYA ve tüm yaşam kalitesi alanları arasında pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.39). Yapılan çalışmalarda da hipertansiyon ve olası komplikasyonlarının yaşlılar arasında günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayan en büyük nedenlerden biri olduğu ve yaşam kalitesi üzerinde geniş alanlarda olumsuz etkilere sahip olduğu bildirilmiştir (85, 93, 98). Bu sonucun, GYA etkilenmeyen ve GYA/AGYA’nde yeterli olan yaşlıların, hipertansiyon ve komplikasyonlarından daha az etkilenmiş olması, hastalığın getirdiği kısıtlamaların daha az olması ve daha bağımsız olarak yaşamalarından kaynaklandığı düşünülebilir. ABD’de de uzun süreli bir çalışmanın bulgularına göre 1982 ve 1994 yılları arasında kronik hastalık prevalansı ve yeti yitimi oranı düşüş gösterirken yaşam beklentisi ve doyumunu artış göstermiştir (56).

Sonuç olarak Edirne’de sağlık kuruluşlarının hipertansiyonun tespit, takip ve tedavi hizmetlerini yeterince yerine getiremediği söylenebilir. Eskiocak’ın (27) ve Yalçın’ın (93) yaptıkları çalışmalarda bu sorunları; koruyucu hizmetlerin zayıf kalması, örgütlenme, araç-gereç ve hizmet sunumunda sorunlar yaşanması, sağlık personeli dağılımının eşitsiz ve hizmet-içi eğitimlerinin yetersiz yapılması, toplum bilinçlenmesinin ve tedavi maliyetinin gözardı edilmesi, basamaklar arası sevk zincirlerinin kötü işlemesi olarak sıralamaktadır. Sözü edilen sorunların çokluğuna

rağmen araştırmada tespit edilen hipertansiflerin çoğunluğunu koruyucu önlemlerle azaltılabilecek evre I hipertansiyon hastalarından oluşması dikkat çekicidir. Alınacak toplumsal yaklaşımlar hipertansiyonun sosyal, ekonomik ve tıbbi yükünün azaltılmasıyla yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde daha yeterli kılıp yaşam kalitelerini olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda; Edirne il merkezindeki yaşlılarda hipertansiyon prevalansının %44.3, yaşlılarda önem arzeden sistolik hipertansiyon prevalansının %65.1, diyastolik hipertansiyon prevalansının %28.5 olup hipertansiyonun kadınlarda daha sık görüldüğü, sigara-alkol-kahve alışkanlıklarının yüksek olduğu, egzersiz yapılmadığı, şişmanlık oranının yüksek olduğu, tuz tüketiminin fazla olduğu, fiziksel yetersizliklerin ve alet/protez/cihaz kullanımının fazla olduğu, hipertansiyon tanısının geç konulduğu, hipertansiyona bağlı gelişen sağlık sorunlarının fazla olduğu, hipertansiyon hakkındaki bilginin yetersiz verildiği, hipertansiyonla savaşta birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve hemşirelerin etkin rol alamadığı saptanmıştır.

Yaşlıların en çok çalışma-eğlence, beslenme ve boşaltım GYA'nin etkilendiği belirlenmiştir. GYA/AGYA'ni; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, birlikte yaşanılan kişiler, çalışma durumu, egzersiz yapma durumu ve BKİ değişkenlerinin etkilediği, Yaşam Kalitelerini ise; yaş, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvencesi olma durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, gelir durumu, oturduğu evin ait olduğu kişi, egzersiz yapma durumu, fiziksel yetersizliği olma durumu, günlük yaşam aktivite etkilenme durumu ve GYA/AGYA'nin yeterli olma durumunun etkilediği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Hipertansiyon için büyük risk taşıyan yaşlı popülasyonunun az ya da çok olmasına bakılmaksızın hipertansiyon tanısının geç konulmasını önlemek ve gelişen komplikasyonlarının erken dönemde tespiti için her sağlık ocağı bölgesinde rutin hipertansiyon taramaları yapılması ve bu verilerin yaşlılara sunulacak sağlık hizmetlerinin planlanmasında kullanılması,
2. Toplumsal bilinçlenme ve yaşlıların birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurularını arttırmak için hemşirelerin etkin rol alacağı hipertansiyon risk faktörlerine yönelik hasta, ailesi ve toplum eğitimi programlarının düzenlenmesi,

3. Medya ve yerel yönetimlerin de desteği alınarak düzenlenen eğitim programlarında bireylerin; tuz oranının azaltılması, düzenli egzersiz yapılması, kilonun normal sınırlarda tutulması, sigara-alkol-kahve alışkanlıklarının azaltılması ve hipertansiyon tedavisinin bireyselleştirilmesi konularında bilgilendirilmesi,
 1. Başta hemşireler olarak tüm sağlık personelinin, yaşlı sağlığı ve hipertansiyona yönelik bilgi, ilgi ve motivasyonlarının arttırmak için hizmet-içi eğitim programlarının düzenlenmesi ile hemşirelerin koruyucu sağlık hizmetlerindeki rolleri ve hizmet kalitelerinin artırılması,
 2. Yaşlılara yönelik primer hizmetlerin kapsamlarının genişletilmesiyle yaşlıların fiziksel yetersizlik durumları yapılacak taramalarla tespit edilmeli ve kullandıkları/kullanacakları alet/protez ve cihazlar karşılanması medikal sektör ve devlet tarafından desteklenmesi,
 3. Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin en az düzeyde etkilenmesini ve toplumdan izole olmamalarını sağlamak için düzenlenen eğitim programları ile yeme alışkanlıkları belirlenerek yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarının benimsetilmesine,
 4. Yerel yönetimlerle işbirliği ile yaşlıların hem yaşlıları hem diğer yaş grupları ile birlikte vakit geçirebilecekleri ortamların (park, bahçe, sohbet evleri, hobi kursları) oluşturulması,
 5. Günlük yaşam aktivitelerini etkileyen boşaltım problemlerinin belirlenerek yaşlıları sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi,
 6. Yaşlının ailesiyle birlikte ele alınarak GYA'lerini etkileyen faktör ve özel bakım gereksinimlerine yönelik eğitim, tedavi, bakım ve danışmanlık hizmetlerinin planlanarak sunulması,
 7. Daha önce düzenli bir yaşam, yaşamın son aşaması olarak kabul edilen yaşlılıkta GYA/AGYA'nde yeterliliği dolayısıyla yaşam kalitesini arttırmaktadır. Bu durum küçük yaşlarda itibaren vurgulanmalı, bireylerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlendirilmesi önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Akdemir N, Birol L. Yaşlılık ve Sorunları. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 1. baskı. İstanbul, Vehbi Koç Vakfı, 2003: 180-9
2. Ertuğ E, Yaşlılık kavramı, yaşlılıkta sorunlar. Yaşlılık. Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1996: 1-13
3. Sencer E, Yaşlanma. İç Hastalıkları Kitabı. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 1995: 107-111
4. WHO: Publication. World Ageing Atlas, 1999
5. Korten A.F, Forn AF, Jacob PA. Cognitivi and psycosocial actors as predictors of mortality in and elderly community sample, epidemial community health. Health 1999; 5 (3): 83-88
6. Akan P, Erdinçler D, Tezcan V. Yaşlılık. Türk Geriatri Dergisi 2003; 2 (1): 110-113
7. WHO: Publication Health Report, 1998
8. The 'new' old age. challenging the myths of aging. report of sixth annual confrence of regions for health network, katowice, Poland, 2-3 oct 1998. WorldHealth Organisation, Regional Office for Europe, 1999

9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Demographic and Healty Surveys Macro International Ins. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, Ankara, 2003
10. Akgün S, Coşkun B, Budakoğlu İ. Dünya’da ve Türkiye’de yaşlı nüfus eğilimi, sorunları ve iyileştirme önerileri. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (2): 105-110
11. Aydın Z, Yaşlanan dünya ve geriatri eğitimi. Türk Geriatri Dergisi 1996; 2 (4): 96-99
12. Güleç M. Tekbaş ÖF. Sağlık perspektifinde yaşlılık. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri 1997; 17(6) :369-378
13. Bilir N. Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Kontrolü ve Yaşlılık Sorunları. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara 1997:357-368
14. Koloğlu S.Endokrinoloji Temel ve Klinik (I. Baskı). İstanbul, Medical Network, 1996
15. Noble J. Geriatric patients. Primary Care Medline, Missouri 2001.
16. Yertutan C. Yaşlılıkta ortaya çıkan fiziksel değişiklikleri. Aile ve Toplum Aile Araştırma Dergisi 1999;2 (1):63-68
17. Uncu Y, Özçakır A. yaşlı hastaya 1. basamakta yaklaşım. Türk Geriatri Dergisi 2003; 6(1):31-37
18. Staab AS, Hodgesl G. Geriatri, Essentials of Gerontolgia Nursing. Philefalphia, Lippincott 1996
19. Albay E, Kara H, Ateş İ. Trakya üniversitesi tıp fakültesi psikiyatri servisinde yatırılarak tedavi edilen geriatrik hastaların sosyo-demografik özellikleri. Yeni Symposium Dergisi 2002;40(4):151-155
20. Lewinter M. Kesmez S.S. Gezgin K. Self-reported health and function status of elderly turkish immigrants in copenhagen, denmark. Scand J Soc Med 1993;21(3):159-163
21. Toprak İ, Soydal T ve ark. Yaşlı Sağlığı, TC. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. Ankara, 2002:15-25
22. Vañçelik S, Yaşlılık sorunları ve bu dönemde verilmesi gerekli olan hizmetler. Toplum Hekimliği Bülteni 1997;2 (1):9-12
23. Koçoğlu GO, Bilir N. Yaşlanma 2002: Uluslar arası Eylem Planı. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Araştırma ve Uygulama Merkezi, 2002
24. Tümerdem Y, Durgun B. Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. Türk Geriatri Dergisi 1999; 2 (3):115-120

25. TC. Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü.Yaşlı Hizmetleri,Ankara 2000
26. TC. Sağlık Bakanlığı. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri (Sağlık 21). Ankara, Çalışma Grubu Raporları, 2000
27. Eskiocak M, Berberoğlu U, Çobanoğlu BA, Cerit, Ç, Gül İ, Vardar G. Mutlu sonbahar proje çalışması. STED Dergisi 2003; 12(11):408-409
28. TC Sağlık Bakanlığı. Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, Ergen, Yaşlı ve Özürlülerin Sağlığının Geliştirilmesi. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2001
29. Chobanian A, Bakris G, Black H, Cushman W, Gren L, et al. Ulusal Yüksek Kan Basıncı Eğitim Programı Koordinasyon Komitesi.Yüksek kan basıncı önlenmesi, saptanması, değerlendirilmesi, ve tedavisi ile ilgili ortak ulusal komitenin 7. bildirisi. JAMA 2003; 16 (6):387-400
30. Guidelines Committe. 2003 European society of hypertension. european society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003;21:1011-53
31. World Health Organization. International society of hypertension writing group, 2003 World Health Organization(WHO) international society of hypertension (ish) statement on management of hypertension. J Hypertens, 2003; 21:1983-92
32. Burt VL, Cutler JA, Higgins N, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment,and control of hypertension in the adult USA population, data from the health examination surveys. Hypertension 1995;26: 60-69
33. The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life.Genava, Switzerland: World Health Organization:2002:58
34. Weber MA. Yet more hypertension guidelines: What do they add? J Hypertens 2003;21:1977-1981
35. Onat A, Doğan Y, Uyarel H, Şensoy V, Ceyhan K ve ark. Erişkinlerimizde kan basıncı ve kontrol altında tutulması yönünden gelişme. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 2003; 30:749-757
36. Onat A, Şensoy V, Yıldırım B ve Ark. Erişkinlerimizde kan basıncı:8 yıllık seyri,tedavi oranı, koroner kalp hastalığı ile başlıca etmenlerle ilişkisi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 1999;27:136-143

37. Onat A, Dursunoğlu D. Türk erişkinlerinde kan basıncında yeni eğilimler:tekharf çalışması 1990ve 1995 verilerinin analizi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 1996; 24:73-81
38. Büyüköztürk K. Türk Kalp Derneği hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu. Türk Kalp Derneği Arşivi 2000;28:331-398
39. Oto A. Hipertansiyon. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2002; 2(2):123-130
40. Hoffman Rebecca S, Stroebel Robert J, Kottke T. JNC-7 yüksek kan basıncının ötesinde bir şey. JAMA 2003;16(6):401-402
41. Kaplan N.Toplum genelinde hipertansiyon, Klinik Hipertansiyon. İstanbul 1998:28-32
42. Erbaş S, Tüfekçi O, Sabah İ.Yaşlılık ve hipertansiyon. Türk Geriatri Dergisi 1999;2(2):67-70
43. Arık N, Korkmaz N. Hipertansiyon. İstanbul, Format Matbaacılık, 1999: 264-267
44. MRC Working Party. Medical research clinical trial of treatment of hypertension in older adults, principal results. BMJ 1992;304:405-412
45. Staessen J, Amary A A. Forgort R. Isolated systolic hypertension in the elderly. J Hypertens 1990; 8:393-405
46. Güner İ. 70 Yaşın Üzerindeki Kişilerin Kardiyovasküler Hastalıklar Yönünden İncelenmesi, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya 1993
47. Systolic Hypertension İn The Elderly Program(SHEP). Cooperative research group. impliotions of the systolic hypertension in the elderly program hpertension. JAMA 1993; 21:335-343
48. Bulpitt C, Rajhumar C, Beckett N. Hypertension and the elderly, Clinician's Manuel, Science Pres, 1999.120-130
49. Leonetti G, Zanchetti A. Results of antihypertensive treatment trials in the elderly. Am J Med 2002;11:41-7
50. Dağlı N, Arıoğlu S. Geriatrik popülasyonda hipertansiyon tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35 (1):7-11
51. Akalın E. Hipertansiyonda Bireyselleştirilmiş Tedavi, İstanbul, Hekimler Yayın Birliği, Medikomat Basın Yayın, 1995: 65-69
52. Arıcı M. Hipertansiyon tedavisinde 2004:neler değişti?, neden değişti?. Türkiye Tıp Dergisi 2004;11(3):133-144

53. Onat A, Sansoy V. systolic and diastolic blood pressure relate other risk parameters in weight. *Int J Cardiol*, 1998; 63:295-303
54. Alderman MH. Non-pharmacological treatment of hypertension. *Lancet* 1994;344: 307-11
55. Sağlıker Y. Hipertansiyon konusunda hastaların eğitimi ve toplumun bilinçlenmesi, Hipertansiyon ve Modern Tedavisi. Adana 1999:1154-1158
56. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitim(1-11) bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması- deneyimler ve eğitim programı önerisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2004; 5 (1): 33-43
57. Cameron K, Gregür F. Chronic Illness and Compliance. *Journal of Advanced Nursing* 1987;12: 671-676
58. Biçer S. 60+ Yaş ve Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Günlük Yaşam Aktivitelerinin etkilene durumu, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas 1996
59. Suzuki M , Ohyama N , Yamada K, Kanamari M. The relatinonship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nursing and Health Sciences* 2002; 4:155-161
60. Tierney A,Worth A, Class F. Older patients, experiences of dischaerge from hospital. *Nursing Times* 1994; 90: 21
61. Roper N,Logan W.W,Tierney AJ. The Elements Of Nursing (II. Baskı), Livingstone, English Language Book Society/Churchill,1987
62. Atwood S, Holm M.B., James A.J. Activities of daily living capacity residents. *The American Journal of Occupational Therapy* 1994; 48: 710-716
63. Uçku R,Ergin S. Yaşlılarda günlük yaşam aktiviteleri. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 1992
64. Ersoy F, Edirne T, Yıldırım C. Kronik Hastalığı Olan 65 Yaş Ve Üzerindeki Hastaların Fonksiyonel Durumlarının Değerlendirilmesi, 7. Halk Sağlığı Günleri (Bildiri Kitabı), ss 12, 10-15 Eylül 2001, Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir
65. Miraire P. Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. *Who Bulletin Oms* 1992;70 (3): 373-379
66. Kesioğlu P, Bilgiç N, Pıçakçıefe M, Uçku R. Çamdibi 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan Yaşlılarda Yetersizlik ve Kronik Hastalık Prevelansı, 7. Halk Sağlığı Günleri (Bildiri Kitabı), ss 13, 10-15 Eylül 2001, Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir

67. Gökçe-Kutsal Y. Neden geriatri, geriatri 2000. Türk Tabipler Birliği. Ankara Tabip Odası Eğitim Toplantısı Konuşma Özetleri 2000: .39-41
68. Yardımcı E. İstanbul'da Yaşayan Yaşlı Öğretmenlerin Sağlık Sorunlarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Aletli Günlük Yaşam Aktiviteleri İle İlişkisi, Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul 1995
69. Çivi S, Tanrıku Z. Yaşlılarda bağımlılık ve fiziksel yetersizlik düzeyleri ile kronik hastalıklar prevalansını saptamaya yönelik epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi 2000;3 (3): 85-90
70. Günay O, Öztürk Y, Kayseri sağlık grup başkanlığı bölgesinde yaşlıların mediko sosyal sorunları. Sağlık Dergisi(Sağlık Bakanlığı) 1990;62(1):13-8
71. Ekinci B, Özdemir S. Yaşlıların evde bakım durumlarının değerlendirilmesi. Mactual Medicine 1995;3(5):187-192
72. Ulusal B, Sayer A, Uçku R. Toplum içinde yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi ve etkileyen faktörler. Türk Geriatri Dergisi 2004;7 (4): 199-205
73. Yardımcı E, Tümerdem Y, Yardımcı O. Huzurevi yaşlılarında mediko-sosyal bir araştırma, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Bildiri Kitabı), ss 280-291, 1998, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
74. Ünsaldı G, Piyal B. Bir yaşlı grubunda cinsiyete göre etkinlik kısıtlılığı, Sağlık Ve Toplum Dergisi 2002; 12 (1): 57-65
75. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. yaşlılarda özürlülüğün değerlendirmesine yönelik çok merkezli epidemiyolojik çalışma. Türk Geriatri Dergisi 1999;2 (3):103-114
76. Pehlivanoğlu A. Huzevinde ve kırsal alanda evde yaşayan 60 yaş ve üzeri yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri ve yararlı günlük yaşam aktivitelerinin karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara 2001
77. Güneş G, Demircioğlu N, Köroğlu L. Malatya şehir merkezinde yaşayan yaşlıların günlük yaşam aktiviteleri, sosyal ve psikolojik fonksiyon düzeyleri. Türk Geriatri Dergisi 2005;8(2):78-83
78. Şahin H. Eski bir kavram, yeni bir ölçüt:yaşam kalitesi. Toplum Ve Hekim Dergisi 1997;12 (77):40-46
79. Mc Daniel RW, Bach CA. Quality of life,a concept analysis. Rehap Nurs Res 1994; 3(1):18-22

80. Tüzün E.H, Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2003;1(3): 3
81. Aktaş I. Yaşam Kalitesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Ankara 2001
82. Hacettepe Üniversitesi Geriatri Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Yaşam Kalitesi Rehberi (II. Baskı), Ankara, 2002:5-7
83. Akyol D. Yaşam kalitesi ve yaklaşımları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1992;9 (2): 75-80
84. Arslan Ş, GökçeY. Geriatride yaşam kalitesinin değerlendirimi. Türk Geriatri Dergisi 1999; 2 (4):173-178
85. Karabulut Ö, İz F. Yaşlılarda yaşam kalitesi. Hemşirelik Forumu Dergisi 2002; 5 (6):51-6
86. Telater G.T, Özcebe H.Yaşlı nüfus ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (3): 162-165
87. Özer M. Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Doyumunun İncelenmesi, Uzmanlık Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2001
88. Özer M, Karabulut Ö. Yaşlılarda yaşam doyumu. Türk Geriatri Dergisi 2003; 6 (2):72-74
89. Birtane M, Tuna H, Ekuklu G, Uzunca K, Akçi C, Kokino S. Edirne huzurevi sakinlerinin yaşam kalitelerinin irdelenmesi. Türk Geriatri Dergisi 2000; 3: 141-145
90. Lentzer Hr, Pamuk Er, Rodenhiser Ep. The quality of life in the year before death. Am J Med 1992; 82 (2): 1098-1099
91. Akyol A. Yaşam kalitesinin hemşirelik yönünden önemi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,1993; 9 (3): 71-75
92. Kubaş A. Hurma H. Sosyo-Ekonomik Yapısıyla Edirne-2002. Edirne, Edirne Ticaret Odası Bilimsel Yayınlar No:1, 2002:43-58
93. Yalçın M.B. Edirne İlinde Hipertansiyon Prevalansı ve Eşlik Eden Etyopatolojik Risk Faktörleri, Uzmanlık Tezi, Trakya Üniversitesi, Edirne 2002
94. Pınar R.Hemodiyalize devam eden son durumlu böbrek yetmezliği olan hastaların durumluluk kaygı düzeyleri. Çınar Dergisi 1996; 2 (2): 50-52
95. Bosi T. Yaşlılarda Antropometri. Türk Geriatri Dergisi 2003; 6 (4): 147-151

96. Taşcı S, Öztürk A, Öztürk Y. Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı Kınaraltı bölgesinde 30 yaş ve üzerindeki hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Dergisi 2005; 14 (hemşirelik özel sayısı): 59-65
97. Tuna S. Trakya Üniversitesi Hastanesi Hipertansiyon Polikliniğine Başvuran Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı Faktörleri İle Hipertansiyon Arasındaki İlişkinin Saptanması, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 1995
98. Berberoğlu U, Gül H, Eskiocak M. Edirne huzurevinde yaşayan yaşlılardaki sosyo-demografik özellikleri ve günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkileri. Türk Geriatri Dergisi 2002;5 (4): 144-149
99. Gözüm S, Tan M. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin yaşlı bakımına ilişkin bilgi görüş ve uygulamaları. Türk Geriatri Dergisi 2003;6(1): 14-21
100. Yarış F, Çan G, Topbaş M, Kopucu M. Trabzon 2 No'lu Merkez Sağlık Ocağı Bölgesindeki Yaşayan Yaşlıların Medikososyal Durumlarının Değerlendirilmesi, 7. Halk Sağlığı Günleri (Bildiri Kitabı), ss10-12, 10-15 Eylül 2001, Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir
101. Koçoğlu G, Sümer H, Polat H, Özdemir L, Nur N, Aker A, Bakıcı Z. Sivas il merkezindeki yaşlılarda bazı kronik hastalıkların görülme sıklığı, 7. Halk Sağlığı Günleri (Bildiri Kitabı), ss10-12, 10-15 Eylül 2001, Osman Gazi Üniversitesi, Eskişehir
102. Güven D. Nevşehir İl Merkezinde 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Tanı Konulmuş Kronik Hastalık Prevalansı, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kayseri 2003
103. Diker J. Körfez 6 no'lu sağlık ocağı ile yüzbaşılar sağlık ocağı bölgelerinde 65 yaş üzerindeki kişilerde kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi, 2000;3(3).91-97
104. Ergör G, Köybaşı Y, Akbelen B, Çiftçi M.A, Kılıvia M.H. Etimesgut sağlık ocağı bölgesindeki 65 yaş ve üzerindeki kadınların günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi, araştırma raporu. Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Etimesgut Sağlık Ocağı İntern Grubu Araştırması. Ankara 1995
105. Araz M. Gaziantep ili Yavuzeli ilçesinde 40 yaş ve üzeri nüfusta obezite, hipertansiyon ve diyabet taraması. Endokrinolojide Yönelişler 2000; 9(3):106-108
106. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye obezite ve hipertansiyon taraması(TOHTA) sonuçlarının yorumu. Endokrinoloji Forumu 2004; 1:46-50

EK-1 : ANKET FORMU

**EDİRNE'DEKİ 65 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE
HİPERTANSİYON PREVALANSI, HİPERTANSİYONUN GÜNLÜK
YAŞAM AKTİVİTELERİ VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE
ETKİSİ**

Anket No:

Anketin Uygulandığı Sağlık Ocağı Bölgesi:

Yaşlının Adı Soyadı:

Adres:

Tel:.....

Tarih:.....

1. Cinsiyetiniz:

1.Kadın 2.Erkek

2. Kaç yaşınızdasınız?

1. 65-74 2. 75-79 3. 80-84 4. 85 yaş ve üstü

3. Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil
2. Okur-yazar
3. İlköğretim mezunu
4. Lise mezunu
5. Yüksekokul mezunu

4. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli 3. Dul
2. Bekar (ise 6. soruya geçiniz) 4. Ayrı yaşıyor / Boşanmış

5. Kaç çocuğunuz var?

1. Çocuk yok 2. 1-2 çocuk 3.3-4 çocuk 4. 5 çocuk ve üstü

6. Sosyal güvenceniz var mı?

1. Evet 2. Hayır (ise 8. soruya geçiniz)

7. Hangi kuruluştan sosyal güvenceniz var?

1. Emekli Sandığı 3. SSK
2. Bağ-kur 4. Yeşil Kart 5. Özel Sağlık Sigortası

8. Yaşamınızı en fazla geçirdiğiniz yer neresidir?

1.Kırsal bölge 2.Kentsel bölge

9. Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

1. Kendi evinde yalnız yaşıyor
2. Kendi evinde bakıcı ile yaşıyor
3. Kendi evinde eşi ile yaşıyor
4. Kendi evinde eşi ve çocukları ile yaşıyor
5. Çocuklarının evinde onlarla yaşıyor
6. Diğer (ise belirtiniz

10. Şu anda yaptığınız bir iş var mı?

1.Evet 2. Hayır (ise 13. soruya geçiniz.)

11. Ne iş yapıyorsunuz?

12. Size göre gelir durumunuz nasıl?

1. Çok iyi 2 İyi 3. Orta 4. Kötü 5. Çok kötü

13. Ne tür bir evde yaşıyorsunuz?

1. Gecekondu 3.Kelepir/Kerpiç ev
2. Apartman 4.Diğer(ise belirtiniz.....)

14. Şu anda oturduğunuz ev kime ait?

1. Kendisine ait
2. Kira
3. Diğer (ise belirtiniz.....)

15. Şu anda yaşadığınız yerdeki ısınma aracı nedir?

1. Soba
2. Kalorifer
3. Diğer (ise belirtiniz

16. Kullanma suyu yaşadığınız yerin neresinde?
 1. Ev içinde
 2. Ev dışında
17. Tuvalet yaşadığınız evin neresindedir?
 1.Ev içinde
 2.Ev dışında
18. Sigara kullanıyor musunuz?
 1. İçiyordum, bıraktım. (ne kadar süre içtiniz?.....)
 2. Evet içiyorum. (ne kadar süredir içiyorsunuz?.....)
 3. Hayır içmiyorum daha önce de hiç içmedim.
19. Günde ortalama ne kadar sigara içiyorsunuz/içerdiniz?.....
 1.Birkaç adet 2.1/2 paket 3.1 paket 4.1,5 paket
 5.2 paket 6. 2,5 paket 7.3 paket ve üstü
20. Alkollü içki kullanıyor musunuz?
 1. İçiyordum, bıraktım. (ne kadar süre içtiniz?.....)
 2. Evet içiyorum. (ne kadar süredir içiyorsunuz?.....)
 3. Hayır içmiyorum daha önce de hiç içmedim
21. Haftalık aldığınız alkol miktarı:.....Cinsi:
22. Kahve içiyor musunuz?
 1. Evet 2. Hayır(ise 24. soruya geçiniz.)
23. Günde ne kadar kahve tüketiyorsunuz?
 1. 1 fincan 2. 2 fincan
 3. 3 fincan 4. 4 fincan ve üstü
24. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?
 1. Evet 2. Hayır (ise 28.soruya geçiniz)
25. Ne tür egzersiz yapıyorsunuz?
 1. Yürüyüş 2. Merdiven çıkma
 3. Bisiklet binme 4. Diğer(ise belirtiniz.....)
26. Ne kadar süre egzersiz yapıyorsunuz?.....
27. Ne sıklıkla egzersiz yapıyorsunuz?.....
28. Duyu kaybı ve fiziksel yetersizlikleriniz var mı?
 1. Evet 2. Hayır (ise 31.soruya geçiniz)
29. Duyu kaybı ve fiziksel yetersizlikleriniz nelerdir?
 1.Görme
 2. İşitme
 3. Hareket
 4. Tat alma
 5. Diğer(ise belirtiniz.....)
30. Bu sorunlar günlük yaşamınızı etkiliyor mu?
 1. Evet
 2. Hayır (ise 32.soruya geçiniz)
31. Bu sorunlar günlük yaşantınızı nasıl etkiliyor?.....
32. Kullandığınız yardımcı alet/protez/cihaz var mı?
 1. Evet
 2. Hayır (ise 34. soruya geçiniz.)
33. Hangi yardımcı alet/protez/cihazı kullanıyorsunuz?
 1. Gözlük 2. İşitme cihazı
 3. Trakeostomi 4. Diş protezi
 5. Baston 6. Extremitte protezi
 7. Tekerlekli sandalye 8.Diğer (ise belirtiniz.....)

HİPERTANSİYONU TANIMLAYICI SORULAR:

34.KB:

1. ÖLÇÜM**2. ÖLÇÜM**

Sağ kol:.....mmH

..... mmHg

Sol kol:.....mmHg

.....mmHg

35. Kilo:.....kg

36. Boy:.....cm

37. BKİ:..... WHO Sınıflaması

BMİ(kg/m2)

1. Zayıf <18,5

2. Normal kilolu 18,5-24,9

3. Fazla kilolu 25.0-29.9

4. Şişman >30.0

38. Herhangi bir kronik (uzun süren) hastalığınız var mı?

1. Evet

2. Hayır(ise 43. soruya geçiniz.)

39. Hangi kronik hastalığınız var?

1. DM

2. HT

3. KOAH

4. Stroke(inme)

5. KBY

6. Diğer(ise belirtiniz.....)

40. Hastalığınız tanısını ne zaman aldınız?.....yıl

1. 1-4 yıl

2. 5-9 yıl

3. 10-14 yıl

4. 15-19 yıl

5. 20 ve üstü yıl

41. Hastalığınızın tanısını nereden aldınız?

1. Devlet hastanesi

2. SSK

3. Sağlık ocağı

4. Üniversite hastanesi

5. Özel klinik

6. Muayeneler

7. Diğer (ise belirtiniz.....)

42. Tedaviye başlayalı ne kadar oldu?

1. 1-4 yıl

2. 5-9 yıl

3. 10-14 yıl

4. 15-19 yıl

5. 20 ve üstü yıl

43. Yemeklerinizdeki tuz miktarı nasıl?

1. Az tuzlu

2. Normal tuzlu

3. Çok tuzlu

4. Tuzsuz

44. Yemeklerinizde çoğunlukla kullandığınız yağ çeşidi hangi/hangileridir?

1. Zeytinyağı

2. Tereyağı

3. Çiçek yağı

4. Mısırözü yağı

5. Margarin

6. Diğer (ise belirtiniz.....)

45. Beslenmenizde en çok hangi gıda/ gıdaları tüketiyorsunuz?

1. Hamur işi gıdalar

5.Tahıl yemekleri (bakliyat)

2. Etlı yemekler

6. Haşlama (et-sebze)

3. Zeytinyağlı yemekler

7.Diğer(ise belirtiniz.....)

4. Sebze yemekleri

Bu bölümdeki soruları sadece HT'lu olanlara sorulacaktır:

46. Ailede HT olan başka kimse/kimseler var mı?

1.Var(ise kim.....) 2. Yok

47. HT hakkında bilgi aldınız mı?

1. Evet

2. Hayır (ise 50.soruya geçiniz)

48. Bilgiyi nereden aldınız?

1. Doktor

2. Hemşire

3. Basın

4. Diğer(ise belirtiniz.....)

49. Sizce verilen bilgi yeterli miydi?

1. Evet

2. Hayır

50. Tansiyonunuzun yükseldiğini hissediyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır(ise 52.soruya geçiniz.)

51. Tansiyonunuzun yükseldiğini nasıl anlıyorsunuz?
 1. Ense-baş ağrısı
 2. Kulak çınlaması
 3. Bulantı-kusma
 4. Yürümede bozukluk-denge kaybı
 5. Diğer (ise belirtiniz.....)
52. Tansiyonunuz yükseldiğinde ne yapıyorsunuz?
 1. İlaç içiyorum.
 2. İstirahat ediyorum
 3. Limonlu su içiyorum
 4. Sarmısak yiyiyor/yutuyorum
 5. Diğer(ise belirtiniz.....)
53. Tansiyonunuzun normal sınırlarda olması için sürekli kullandığınız ilaç var mı?
 1.Var 2. Yok (ise 59.soruya geçiniz)
54. İlacın adları.....önerilen doz...../gün.....
 1.ACE inhibitörleri
 2.Ca kanal blokerleri
 3.Betablokerler
 4.Diüretikler
 5.Alfa-blokerler
 6. Diğer (ise belirtiniz.....)
55. İlacınızı kim önerdi?
 1. Doktor 2. Komşu/yakın 3. Akraba
 4. Aile üyeleri 5. Diğer (ise belirtiniz.....)
- 56.İlaç tedavisine uyuyor musunuz?
 1. Evet 2. Hayır
57. İlaç dozlarınızı doktorunuza danışmadan değiştiriyor musunuz?
 1. Evet 2. Hayır (ise 59.soruya geçiniz)
- 58.İlacın dozunu değiştirme nedeniniz nedir?.....
- 59.Tuz kısıtlaması önerildi mi?
 1. Evet 2. Hayır(ise 61.soruya geçiniz.)
- 60.Tuz kısıtlaması yapıyor musunuz?
 1. Evet çok sıkı 2.Evet biraz 3.Hayır yapmıyorum.
- 61.HT için daha önce hastaneye yattınız mı?
 1. Evet 2. Hayır(ise 63. soruya geçiniz.)
62. Kaç kez hastaneye yattınız?
 1. 1 kez 2. 3-4 kez 3. 5 kez ve üstü
- 63.HT'na bağlı ilave bir sağlık sorununuz gelişti mi?
 1. Evet 2. Hayır (ise 65. soruya geçiniz)
- 64.Ne tür sağlık sorun/sorunları gelişti?
 1. Kalp hastalıkları
 2. Böbrek hastalıkları
 3. Görme bozuklukları
 4. İtme kaybı
 5. Felç
 6. Mide şikayetleri
 7. Diğer (ise belirtiniz.....)
65. Ne sıklıkla KB'nızı ölçtürüyor musunuz?
 1. Hergün
 2. Haftada 1 kez
 3. Haftada 2 kez
 4. Ayda 1 kez
 5. Ayda 2 kez
 6. Arada bir
 7. Hiç ölçtürmüyorum
 8. Diğer (ise belirtiniz.....)

66. Kontrollerinizi nerede yaptırıyorsunuz? (Kan Basıncı ölçtürmeyenlere sorulmayacak)
1. Sağlık kuruluşunda
 2. Evde
 3. Komşuda
 4. Diğer (ise belirtiniz.....)
67. KB ölçümünüzü genelde kim yapıyor?
1. Sağlık kuruluşunda(hemşire, doktor,ebe)
 2. Eczane
 3. Evde Yakını
 4. Komşu
 5. Diğer(ise belirtiniz.....)
68. Ölçüm öncesinde dinlenme fırsatınız oluyor mu?
1. Evet
 2. Hayır
69. KB hangi kolunuzdan ölçülüyor?
1. Sağ kol
 2. Sol kol
 3. Her ikisinden
 4. Rasgele
- 70.HT günlük yaşamınızı etkiledi mi?
1. Evet
 2. Hayır(ise anket sona erdi.)
71. HT'unuz hangi günlük yaşam aktivitenizi etkiledi?(birden fazla seçenek işaretlenebilir.)
1. Beslenme
 1. Evet
 2. Hayır
 2. Giyim
 1. Evet
 2. Hayır
 3. Solunum
 1. Evet
 2. Hayır
 4. Boşaltım
 1. Evet
 2. Hayır
 5. Çevre güvenliği
 1. Evet
 2. Hayır
 6. Vücut ısısı
 1. Evet
 2. Hayır
 7. Çalışma,eğlence
 1. Evet
 2. Hayır
 8. Hareket
 1. Evet
 2. Hayır
- 72.Yerine getiremediğiniz GYA için kimden yardım alıyorsunuz?
- 1.Eşi
 - 2.Çocukları
 - 3.Bakıcı
 - 4.Komşu
 - 5.Diğer(ise belirtiniz.....)

EK-2 GYA ve AGYA Ölçeği

GYA/AGYA Ölçeği	Puanlama
1. Yardımsız duş alabiliyor veya banyo yapabiliyor musunuz? a) Evet(Vücutun bir kısmı için yardım alınabilir) b) Hayır	1 0
2. Yardımsız giyinip soyunabiliyor musunuz? a) Evet(ayakkabı için yardım alınabilir.) b) Hayır	1 0
3. Tek başınıza tuvalete gidip ihtiyaçlarınızı karşılayabiliyor musunuz? a) Evet(baston yada yürütec, gece sürgü olabilir) b) Hayır	1 0
4. Tek başınıza sandalyeden, yataktan kalkıp oturabiliyor musunuz? a) Evet(baston veya yürütec olabilir.9 b) Hayır.	1 0
5. Çok nadir kazalar dışında idrarınızı ve dışkıınızı kaçırmadan tutabiliyor musunuz? a) Evet b) Hayır	1 0
6. Tek başınıza yemek yiyip içebiliyor musunuz? a) Evet(et kesmek yada ekmeğe yağ sürmek için yardım alabilir.) b) Hayır	1 0
7. Telefon edebiliyor musunuz? a) Numaralara bakıp telefonu çevirebilirim. b) Numarayı biliyorsam telefonu çevirebilirim. c) Telefonu çeviremem ama cevap verebilirim. d) Telefonu hiç kullanamam.	1 1 1 0
8. Tek başınıza alış-veriş yapabiliyor musunuz? a) Yardımsız her türlü ihtiyacımı alabilirim. b) Ancak çok küçük alış-verişleri yapabilirim. c) Herhangi bir alış-veriş için yanımda birine ihtiyacım var. d) Hiç alış-veriş yapamam.	1 0 0 0
9. Tek başınıza yemek hazırlayabiliyor musunuz? a) Tek başıma yeterli yemek planlar, hazırlar, servis yapabilirim. b) Malzeme hazır ise yemeği hazırlayabilirim. c) Isıtıp servis yapabilirim. d) Yemeği yardımsız hazırlayıp servis yapabilirim.	1 0 0 0
10. Ev işlerini yapabiliyor musunuz? a) Yardımsız yada ara sıra yardımla evin tüm işlerini yapabilirim. b) Tabak yıkamak,yatak yapmak gibi hafif ev işlerini yapabilirim. c) Hafif ev işlerini yapabilirim ancak kabul edilebilir bir temizlik derecesi elde edemiyorum. d) Bütün ev işlerini ancak yardımla yapabiliyorum. e) Hiçbir ev işini yapamıyorum.	1 1 1 1 0
11. Çamaşır yıkayabiliyor musunuz? a) Kendi çamaşırımın tamamını yıkayabilirim. b) Çorap gibi küçük çamaşırımları yıkayabilirim. c) Bütün çamaşırımlarımın başkasının yıkaması gerekiyor.	1 1 0
12. Ulaşım araçlarına binebiliyor musunuz? a) Tek başıma ulaşım araçlarına binebilir veya kendi otomobilimi kendim kullanabilirim. b) Toplu ulaşım araçlarına binemem, taksiye binebilirim. c) Yanımda biri olursa toplu ulaşım araçlarına binebilirim. d) Başka birisinin yardımı olursa taksi veya otomobil ile kısıtlı bir süre gezebilirim. e) Hiçbir yere gidemem.	1 1 1 0 0

13. Kendi ilaçlarınızı içebiliyor musunuz? a) Doğru dozda ve doğru zamanda ilaçlarımı alabilirim. b) Daha önce dozları ayarlanıp hazırlanırsa ilaçlarımı alabilirim c) Kendi ilacımı alamam.	1 0 0
14. Paranızı iade edebiliyor musunuz? a) Mali işlerimi tek başıma ayarlayabilir, tasarruf yapabilirim. (bütçe yapmak, çek yazmak,fatura ödemek, bankaya gitmek gibi.) b) Günlük küçük alışverişlerimin hesabını yapabilirim ancak büyük alışverişler, banka hesapları için yardıma ihtiyacım var. c) Hiç para hesabı yapamıyorum.	1 1 0

EK-3 TÜRKÇE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (SF 36)

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu, uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun **sol tarafındaki boşluğa** bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5
2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığınızda, şimdiki sağlığınızı genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi	1
Bir yıl öncesinden biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesinden biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesinden çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

AKTİVİTELERİNİZ	Evet Çok Engelliyor	Evet Biraz Engelliyor	Hayır Pek Engellemiyor
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi <u>büyük çaba gerektiren</u> aktivitelerde.	1	2	3
b. Masayı, elektrik süpürgesini itmek gibi <u>orta/hafif</u> aktivitelerde.	1	2	3
c. Paket veya çanta taşınırken.	1	2	3
d. <u>Birkaç</u> kat merdiven çıkarken.	1	2	3
e. <u>Bir</u> kat merdiven çıkarken.	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken.	1	2	3
g. <u>Bir kilometreden fazla</u> yürürken.	1	2	3
h. <u>Birkaç yüz metre</u> yürürken.	1	2	3
i. <u>Yüz metrelik bir mesafeyi</u> yürürken.	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken.	1	2	3

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz)

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi <u>zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırlandırdınız mı?</u>	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken <u>zorluk çektiniz mi?</u> (Örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleyiniz)

	<u>EVET</u>	<u>HAYIR</u>
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi ve ya diğer aktivitelerinizi her zamankinden <u>daha az dikkatli</u> mi yaptınız?	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Pek etkilemedi	1
Çok az	2
Orta	3
Oldukça	4
Aşırı	5

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evde ve dışarıdaki işleriniz dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz).

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

GEÇEN AY BOYUNCA

	NE KADAR SÜRE					
	Her Zaman	Çoğunlukla	Biraz Fazla	Bazen	Çok Az	Hiç
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli biriydiniz	1	2	3	4	5	6
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı.	1	2	3	4	5	6
d. Sakin ve huzurluydunuz.	1	2	3	4	5	6
e. Fazla enerjiniz vardı.	1	2	3	4	5	6
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
h. Hiç mutlu oldunuz mu?	1	2	3	4	5	6
i. Yorgun hissettiniz.	1	2	3	4	5	6
j. <u>Sağlığınız</u> akraba veya arkadaş ziyaretleri gibi <u>sosyal aktivitelerinizi</u> sınırladı mı?	1	2	3	4	5	6

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim.	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım.	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum.	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel.	1	2	3	4	5

EK-4

T.C.
EDİRNE VALİLİĞİ
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

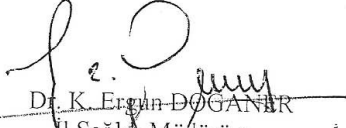
AYI : Eğt.Şb.B104İSM0220009- 12878
ONU: Tez Çalışması

28/12/2004

SAYIN, SEVDE ÇUBUKÇU
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Endokrinoloji Servisi EDİRNE

İlgilendiği: 06.12.2004 tarihli dilekçeniz.

İlgi sayılı dilekçenizde belirtilen; "Edirne'de 65 Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevalansı, Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi" isimli yüksek lisans tez çalışmanız uygun görülmüş olup, çalışma sonuçlarının müdürlüğümüze bildirilmesi hususunda bilginizi ve rica ederim.


Dr. K. Ergün DOĞANER
İl Sağlık Müdürü a.
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

EK-5**Kan Basıncı Ölçümü Uygulama Basamakları**

1. Elleri yıkama
2. Gerekli malzemeyi düzenleme
3. Hastaya açıklama yapma
4. Ölçüm yaparken hastaya konuşmamasını söyleme
5. Hastaya uygun pozisyon verme
6. Ölçüm yapılacak kolu kalp hizasına getirme
7. Brakial arteri ante-kübital fossanın ortalarında palpe ederek hissetme
8. Tansiyon aletinin manşetini ante-kübital fossanın 2.5 cm. üzerine gelecek şekilde kola sarma
9. Steteskopu brakial arter üzerine yerleştirme
10. Manşeti normal sistolik basıncın üzerine şişirme
11. Puvarı yavaş bir şekilde açarak(saniyede 2 mmHg düşecek şekilde) manşetin havasını boşaltma
12. Manometreyi dikkatle izleme
13. Net olarak duyulan ilk ve son sesi belirleme
14. Manşetin havasını hızla boşaltma
15. Manşeti hastanın kolundan çıkarma
16. Sonucu(hangi kol/çıkan kan basıncı değeri) kaydetme
17. İşlemi diğer kolda da tekrarlama
18. Malzemeleri kaldırma.