

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ



**HİPERTANSİF HASTALARDA TEDAVİ UYUMU, TEDAVİ UYUMUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ VE YAŞAM KALİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Işıl GEDİK TEKİNEMRE

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Engin Burak Selçuk

MALATYA

2018

T.C.

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ



**HİPERTANSİF HASTALARDA TEDAVİ UYUMU, TEDAVİ UYUMUNU ETKİLEYEN
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ VE YAŞAM KALİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Işıl GEDİK TEKİNEMRE

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Engin Burak Selçuk

MALATYA

2018

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	V
TABLOLAR DİZİNİ.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ÖZET.....	IX
ABSTRACT.....	X
1.GİRİŞ	
2.GENEL BİLGİLER.....	
2.1. Hipertansiyonun Tanımı.....	
2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi.....	
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	
2.4. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi.....	
2.5. Hipertansiyonda Tanısal Değerlendirme.....	
2.5.1. Tıbbi Öykü.....	
2.5.2. Fizik Muayene ve Laboratuvar.....	
2.5.3. Kan Basıncı Ölçümü.....	
2.6. Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular.....	
2.7. Hipertansiyonda Kardiyovasküler Risk ve Organ Hasarı.....	
2.8. Hipertansiyon Tedavisi	
2.8.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	

2.8.2. Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavisi

2.9. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler

3.MATERYAL ve METOD.....

3.1. Araştırmanın Amacı, Şekli, Yeri ve Süresi.....

3.2. Sosyodemografik Form.....

3.3. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği.....

3.4. Kısa Form 36.....

3.5. İstatistiksel Analiz.....

4.BULGULAR.....

5.TARTIŞMA.....

6.SONUÇ.....

KAYNAKLAR.....

EK.1.İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu Karar Formu

EK.2.Malatya Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Etik Kurulu Karar Formu.....

EK.3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

EK.4. SOSYODEMOGRAFİK FORM.....

EK.5. HİLL BONE HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ

EK.6.KISA FORM 36 (SF 36).....

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren saygıdeğer hocalarım Doç.Dr Engin Burak Selçuk'a ve Öğr. Üyesi Dr. Burcu Kayhan Tetik'e,

Bütün zorluklarda yanımda olan, bana onurlu ve dürüst yaşamaya dair her şeyi öğreten, hekimlik hayatımın mimarı canım annem Leyla Gedik ve değerli babam Hasan Hüseyin Gedik'e,

Her zaman sonsuz sevgisiyle yanımda olan, en güzel kararım, hayat arkadaşım, gülen yüzüm, kıymetli eşim Opr. Dr. Selim Tekinemre' ye,

Dünyanın en yalın sevgisini hissettiğim, yol göstericim ve hayatımın her alanında örnek aldığım canım kardeşlerime ve canım yeğenlerim Nehir, Deniz, Toprak, Rüzgar ve Melis'e,

Benimle birlikte geçirdiği 39 hafta ve dünyadaki 6.5 aylık yaşamı boyunca tez sürecimin her anını birlikte geçirdiğim, zorlukları umuduyla aştığım, minik kızım, herşeyim Güneş' ime

Asistanlık yolunda birlikte yürüdüğümüz, birbirimize destek olduğumuz değerli asistan arkadaşlarıma ve dermatoloji bölümündeki kıymetli asistan arkadaşlarıma,

Sonsuz teşekkürler...

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo no	Sayfa no
Tablo.2.1. ESH/ESC Kılavuzu 2013 - Ofis kan basıncı değerlerinin tanımları ve sınıflaması (mmHg).....	
Tablo.2.2. JNC VIII Kılavuzu 2014 – Hipertansiyon sınıflaması (mmHg).....	
Tablo.2.3. Hipertansiyonun Etiyolojiye Göre Sınıflaması (Erkoç, 2013).....	
Tablo.2.4. Kardiyovasküler riskin sınıflandırılması	
Tablo.2.5. Farklı kan basıncı seviyelerinde kan basıncı düşürücü tedavinin (yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisi) başlatılması	
Tablo.2.6. Özel Durumlarda Seçilecek Antihipertansif Tedavi	
Tablo.4.1. Sosyo-demografik özellikler	
Tablo.4.2. Hipertansiyona ilişkin özellikler.....	
Tablo.4.3. Cinsiyete ilişkin değerlendirmeler.....	
Tablo.4.4. Eğitim düzeyine ilişkin değerlendirmeler	
Tablo.4.5. Yaşa ilişkin değerlendirmeler.....	
Tablo.4.6. Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan değerleri ve tam uyum oranları.....	
Tablo.4.7. Yaş ile Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının korelasyonu.....	

- Tablo.4.8.** Sosyo-demografik özelliklere göre Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının değerlendirilmesi.....
- Tablo.4.9.** Hipertansiyona ilişkin özelliklere göre Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının değerlendirilmesi.....
- Tablo.4.10.** SF-36 ölçeği alt boyutlarının minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan değerleri
- Tablo.4.11.** Yaş ile SF-36 Ölçeği alt boyutlarının korelasyonu
- Tablo.4.12.** BMI gruplarına göre SF-36 Ölçeği alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.13.** Cinsiyete göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.14.** Medeni duruma göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi.....
- Tablo.4.15.** Çocuk sayısına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.16.** Eğitim durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.17.** Meslek gruplarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.18.** Sosyal güvence varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.19.** Kiminle ikamet ettiğine göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.20.** Sigara kullanımına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.21.** Tansiyon ölçtürme sıklıklarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.22.** HT nedeni ile kullanılan ilaç sayısına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.23.** HT tanı süresi gruplarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.24.** HT için kontrole gitme sıklıklarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.25.** Kalp-damar hastalığı varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.26.** Böbrek hastalığı varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.27.** Göz hastalığı varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.28.** Diğer hastalıkların varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.29.** Diyet uygulama durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.30.** Egzersiz yapma durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi
- Tablo.4.31.** Hill bone ölçeği ile SF-36 ölçek puanlarının korelasyonu

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

HT	: Hipertansiyon
KB	: Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBHTUÖ	: Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği
SF36	: Kısa Form 36
SKB:	Sistolik Kan Basıncı
DKB:	Diastolik Kan Basıncı
JNC:	American Joint National Committee
ESH:	Avrupa Hipertansiyon Derneği
ESC:	Avrupa Kardiyoloji Derneği
SALTürk:	Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı
TEKHARF :	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
Patent:	Türkiye Prevelans Çalışması
Patent2:	Türkiye Prevelans Çalışması 2
VKİ:	Vücut Kitle İndeksi

EKBM: Evde Kan Basıncı Monitorizasyonu

AKBM: Ambulatuvar Kan Basıncı Monitorizasyonu

OKBM: Ofiste Kan Basıncı Monitorizasyonu

SCORE: Sistematik Koroner Risk Değerlendirme

RF: Risk Faktörü

KBH: Kronik böbrek hastalığı

KVH: Kardiyovasküler hastalık

OH: Organ Hasarı

DASH : Dietary Approaches to Stop Hypertension

AT1: Anjiotensin-2 Tip 1 Reseptörü

ACE: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim

ARB: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri

HBOH:Hipertansiyona bağlı organ hasarı

KBH: Kronik Böbrek Hastalığı

KAH : Koroner arter hastalığı

ÖZET

Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumu, Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Amaç: Hipertansiyon önemli bir sağlık problemi olup, hipertansiyona karşı korunmanın sağlanması, erken tanı koyulması ve farkındalık yaratılması için toplumun bilgilendirilmesi ve hipertansif hastaların yaşam şekli değişikliği ve medikal tedavi önerilerine uyum sağlaması önemlidir. Bu çalışmanın amacı hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum düzeylerini araştırmak, tedaviye uyumu etkileyen faktörleri incelemek ve yaşam kalitelerini değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Bu çalışma, birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmak üzere Malatya Merkez aile sağlığı merkezi polikliniklerine müracaat eden ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan en az altı aydır hipertansiyon nedeni ile medikal tedavi alan hastalar dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özelliklerini, hipertansiyona ilişkin özelliklerini, egzersiz ve diyet alışkanlıklarını ölçmek için hazırlanan sorulardan oluşan anket formu, “Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği” ve “SF-36 Ölçeği” uygulandı.

Bulgular: Toplam 140 hastanın anket formu değerlendirildi. Gönüllülerin 76’sı kadın, 64’ü erkekti. Yaş ortalamaları 57.15 ± 8.30 ’ du. Hastaların tedaviye tam uyum oranları %12.1 olarak bulundu. Çalışmamızın sonuçlarına göre sigara kullanımı, kan basıncı ölçtürme sıklığı, hipertansiyon tanı süresi, kontrole gitme sıklığı, eşlik eden böbrek hastalığı, diyet uygulama ve egzersiz yapma durumu gibi faktörlerin hastalarda tedavi uyumunu olumsuz etkilediği görüldü. Yaşam kalitesine etki eden etmenler; yaş, cinsiyet, medeni hali, eşlik eden hastalık durumu, egzersiz yapma durumu, hipertansiyon nedeni ile kullanılan ilaç sayısı, hipertansiyon nedeni ile kontrole gitme sıklığı olarak tespit edildi ve yaşam kalitesi ile tedaviye uyum arasında ilişki saptandı.

Sonuç: Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum oranları düşük bulunmuş ve tedaviye uyumu etkileyen birçok faktör saptanmıştır. Yaşam kalitesi de hipertansiyon hastalarında tedaviye uyumu etkileyen bir faktör olarak bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler:

Hipertansiyon, tedavi uyumu, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Medication Adherence in Hypertensive Patients, Evaluation of Factors Affecting Medication Adherence and Evaluation of Quality of Life

Aim: Hypertension is one of the major health problems. It is therefore important to ensure its prevention as well as raising awareness, informing public for early diagnosis and ensuring adaptation of patients to its treatment and lifestyle recommendations. The aim of this study is to investigate the compliance levels of patients with hypertension and assess the factors affecting compliance with treatment and their quality of life.

Material and Methodology: Malatya Central family health centers outpatients who have been receiving at least six months of medical hypertension treatment, willing to participate in the study have been used in this study. The questionnaire form consisting of questions regarding sociodemographic characteristics, hypertension-related characteristics, exercise and diet habits and 'Hill Bone Hypertension Compliance Scale' and 'SF 36 Scale' have been employed for data collection.

Results: 140 patients have been evaluated in total. Of the volunteers, 76 are female and 64 are male. The mean age is 57.15 ± 8.30 . The exact compliance rates of the patients have been found to be 12.1%. Findings of the study suggests that factors such as smoking, frequency of blood pressure, duration of hypertension diagnosis, frequency of control, concomitant kidney disease, dieting and exercise status have negatively affected treatment compliance in patients. Factors affecting quality of life have been determined as age, gender, marital status, concomitant disease status, exercise status, number of drugs used due to hypertension, frequency of control due to hypertension and the correlation between quality of life and compliance with treatment.

Conclusion: Compliance rates have been found to be low in patients with hypertension. Many factors

affecting compliance have been identified in the study and the quality of life has also been acknowledged to be one of them affecting the compliance with treatment in patients with hypertension.

Key Words: Hypertension, medication adherence, quality of life.

1. GİRİŞ

Hipertansiyon (HT); sistolik kan basıncının (SKB) ve/veya diastolik kan basıncının (DKB) sırasıyla 140mmHg ve 90 mmHg üstünde olması şeklinde tanımlanır (1). Hipertansiyon günümüzde mortalite ve morbiditenin en önemli sebeplerinden birisidir. Hipertansiyon sıklığı genel olarak %30-45 aralığında olup yaşlanmayla birlikte sıklık artmaktadır (2). Hipertansiyon intraarteriyal kan basıncı yüksekliği ile bilinen, dış etmenler, metabolik ve genetik faktörlerin ortak rol aldığı bir sendromdur; tedavi edilmezse koroner, serebral ve renovasküler hastalıklar açısından major risk faktörüdür (3, 4).

2000 yılındaki verilere göre , gelişmiş ülkelerde 972 milyon kişi, gelişmekte olan ülkelerde ise 333 milyon kişi hipertansiyon hastasıdır (5). Küresel olarak yüksek kan basıncı prevalansı 2008 yılı itibariyle 25 yaş ve üstünde %40 oranında bulunmuştur (6) . Dünya genelinde 2000 yılı itibariyle yetişkin nüfusta %26 oranında hipertansiyon hastalığı olduğu saptanmış ve bunun 2025 yılı itibariyle %29 oranına çıkacağı düşünülmektedir (7). Türkiye’de yapılan hipertansiyon prevalans çalışması (PatenT2) verilerine göre hipertansiyon prevalansı %30.3 olarak saptanmıştır. Kadınlarda hipertansiyon prevalansı daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada hipertansiyonlu olguların %54.7’ sinin hastalıklarının farkında olduğu, % 47.5’ inin hipertansiyon nedeni ile medikal tedavi aldığı ve medikal tedavi alanların % 53.9’ unda, tüm hipertansiyon hastalarının ise % 28.7’ sinde hipertansiyonun kontrol altına alındığı gösterilmiştir (8). Kan basıncı kontrol oranı dünya genelinde %13.2 iken Kanada’da yaklaşık olarak %65 olarak bulunmuştur (9, 10).

Hipertansiyon erken teşhis ve tedavi edilmediği zaman miyokart enfarktüsü, böbrek yetmezliği, inme ve ölüme neden olabilen bir sağlık problemidir (11). Hipertansiyonda olası sağlık problemlerinin önlenmesi için yüksek kan basıncı değerlerinin düşürülmesi gerekir. Yüksek kan basıncı değerlerinin etkili bir şekilde

düşürülmesinde ilaç tedavisine ve ilaç dışı tedaviye uyum önemlidir (12). ‘Dünya Sağlık Örgütü’ (DSÖ) uzun süreli tedavi uyumunu “bireyin ilaç kullanma, diyetine uyma ve/veya yaşam biçimi değişikliklerini sürdürme davranışı ve sağlık bakım çalışanının önerilerine uyumu” şeklinde belirtmektedir (13). Tedaviye uyumsuzluk uygun kan basıncı (KB) değerlerine ulaşmakta zorluklara yol açar. Amerika’da “Ulusal Yüksek Kan Basıncı Eğitim Programları” ile hedeflenen kan basıncının sağlandığı ve hipertansiyon hastalarının kan basınçlarının düştüğü, böylelikle hipertansiyon sıklığının, inme ve koroner kalp hastalığı sıklığının azaldığı saptanmıştır (14).

2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Klavuzu’nda yaşam tarzı önerilerinin kan basıncını düşürmedeki önemine dikkat çekilmiştir. Kan basıncını düşürücü etkisi saptanmış yaşam tarzı önerileri; tuz kullanımının azaltılması, alkol kullanımının kısıtlanması, sebze - meyvelerin fazla tüketilmesi, az yağlı ve diğer diyet türleri uygulanması, kilo verme / kiloyu koruma ile düzenli fiziksel egzersiz olarak belirtilmiştir. Sigara kullanımının bırakılmasının da kardiyovasküler riski azaltma ve kan basıncının düşürülmesindeki önemi vurgulanmıştır (2).

Hipertansiyonda tedavi başarısının sağlanması için en önemli unsurlardan biri tedavi uyumu olup, Türkiye’de yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarının yalnızca %15.8’inin tedaviye tam uyumlu olduğu saptanmıştır (15). Hipertansiyon önemli bir sağlık sorunu olup, hipertansiyondan korunmak, farkındalık yaratmak ve erken teşhis amacıyla toplumun bilgilendirilmesi ve hipertansiyonu kontrol altında tutmak için hastaların tedavi ve yaşam tarzı önerilerine uyum sağlaması önemlidir.

Çalışmamızda hipertansiyon tanılı hastaların tedaviye uyumlarının “Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği” (HBHTUÖ) kullanılarak değerlendirilmesi, tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin incelenmesi, hastaların yaşam kalitelerinin “Kısa Form 36 (SF36) Ölçeği” ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1.Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon arteriyel kan basıncının normal sayılan sınırların üstünde kalıcı olarak seyretmesiyle karakterize bir kalp damar hastalığıdır. Anormal sayılan kan basıncı değerleri ile ilgili tartışmalar sürmekte iken güncel klavuzlarda hipertansiyon kan basıncı değerleri sistolik 140 mmHg veya üstü ve/veya diastolik 90 mmHg veya üstü seyretmesi olarak tanımlanır (16). Bu sınıflama çocuklar ve ergenlerde müdahale çalışmalarından elde edilmiş veriler olmadığı için kullanılmaz; bu grupta gelişim persentil verilerine dayalı kriterler dikkate alınır (1). Hipertansiyon koroner kalp hastalığı, inme, böbrek yetmezliği gibi komplikasyonları beraberinde getiren; kan basıncı arttıkça prognozun kötüleştiği multifaktöriyel bir hastalıktır (16). Hipertansiyonda komplikasyonların görülme riskinin en az olduğu optimal kan basıncı değeri 115/75 mmHg'dir. Bu değerden itibaren SKB için 20mmHg ve DKB için 10mmHg yükselme olması serebrovasküler hastalık, kardiyovasküler hastalık riskini iki kat arttırmaktadır (15, 17). Hipertansiyonun tedavisinde başarılı olmak için bütüncül bir yaklaşım gerekmektedir (18).

2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon etiyolojiye göre veya kan basıncı değerlerine göre farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Kan basıncı sınır değerleri ile hipertansiyonun sınıflandırılması tanısallık yaklaşımı basitleştirmek ve tedavi kararını kolaylaştırmak için kullanılır (19). Hipertansiyon sınıflandırılmasında SKB ve DKB tekrarlanan ölçümlerle

değerlendirilir, en yüksek değere göre sınıflandırma yapılır, eğer SKB ve DKB farklı kategorilerde yer alıyorsa daha yüksek olan kategori esas alınarak sınıflandırma yapılır (20).

Hipertansiyon için farklı kılavuzlarda farklı sınıflandırmalar yer almaktadır. En çok kullanılan sınıflamalardan biri “American Joint National Committee” (JNC) tarafından 2014 yılında yayınlanan JNC VIII kılavuzunun sınıflaması, bir diğeri ise güncel kılavuz “Avrupa Hipertansiyon Derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği” (ESH/ESC) tarafından 2018 yılında yayınlanan arteriyel hipertansiyon kılavuzunun sınıflamasıdır. Bu klavuzlara göre hipertansiyon sınıflandırılması tablo 2.1. ve 2.2.’de verilmiştir (2, 21). ESH/ESC 2018 klavuzunda sınıflandırmada yer alan izole sistolik hipertansiyon(İSH) belirlenen aralıkta SKB ölçümlerine göre bir, iki veya üç şeklinde derecelendirilir.

Tablo 2.1. ESH / ESC Kılavuzu 2018 (1) – “Ofis kan basıncı değerlerinin tanımları ve sınıflaması (mmHg)”

Kategori	Sistolik		Diyastolik
Optimal	< 120	Ve	< 80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT	≥ 180	ve/veya	≥ 110
İSH	≥ 140	Ve	<90

Tablo 2.2. JNC VIII Kılavuzu 2014 – Hipertansiyon sınıflaması (mmHg)

Kan basıncı sınıflaması	Sistolik		Diyastolik
Normal	<120	Ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	Veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	Veya	90-99

Evre 1 HT	≥ 160	Ve	≥ 100
-----------	------------	----	------------

Hipertansiyon etiyolojiye göre primer (esansiyel, idiyopatik), sekonder hipertansiyon olarak iki sınıfta değerlendirilir. Primer (esansiyel, idiyopatik) hipertansiyon organik bir neden saptanamayan, hipertansiyon hastalarının yaklaşık %95' inde saptanan ailesel yatkınlıkla ilişkili ve sıklıkla orta yaş döneminde görülen hipertansiyon tablosudur (21-24).

Sekonder hipertansiyon altta yatan tıbbi durumun tanımlanabildiği, hipertansiyon hastalarının yaklaşık %5' inden sorumlu olan, daha çok genç yaştaki hasta grubunun oluşturduğu hipertansiyon tablosudur (23, 25). Sekonder hipertansiyonda en sık neden renal nedenlerdir. Hipertansiyonun etiyolojiye göre sınıflandırılması tablo 2.3. 'te verilmiştir (25).

Tablo 2.3. Hipertansiyonun Etiyolojiye Göre Sınıflaması (25)

Primer (Esansiyel, İdiyopatik) Hipertansiyon	Sekonder Hipertansiyon
Nedenleri Genetik yatkınlık Fazla miktarda tuz kullanımı Obez olmak Sempatik aktivitede artış Renin-angiotensin sistemi Renal bozukluğun neden olduğu tuz atım bozukluğu Hücre içi sodyumun ve kalsiyumun artması Doğum ağırlığının düşük olması Kişilik yapısı Arttıran Faktörler Yüksek miktarda alkol kullanımı Tütün kullanımı	Renal Etkenler Polikistik böbrek hastalığı Renal arter darlığı Kronik piyolonefrit Akut ve kronik glomerülonefrit Arterioller nefroskleroz Diabetik nefropati Tümör (renin salınımı yapan) Endokrin Nedenler 1.Oral kontraseptif kullanımı 2. Cushing Sendromu 3. Primer hiperaldosteronizm 4. Konjenital adrenal hiperplazi

Sedanter yaşam Polisiteminin olması Nonsteroid antiinflatuar kullanımı Potasyum alımının az olması	5. Feokromositoma 6. Miksödem 7. Akromegali 8. Tiroid hormon bozuklukları 9. Parathormon fazlalığı Obstruktif sleep-apne sendromu Nörolojik faktörler Aortada koarktasyon
---	---

2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyonun her yıl dünyada 90 milyon kişinin maluliyet haline ve 7.6 milyon kişinin ölümüne yol açtığı düşünülmektedir (26). Hipertansiyon prevalansı genel toplumda %30-45 aralığında olup; hastanın yaşı, ırksal yapısı ve diyet alışkanlıklarına göre değişkenlik göstermektedir (19, 27, 28). DSÖ verilerine göre 18 yaş ve üzeri kadınlarda artmış kan basıncı sıklığı yaklaşık %20, erkeklerde %24 civarındadır (6).

1990 yılında yapılan “Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)” çalışması verilerine göre HT sıklığı %33,7 iken, 2000 yılı taramasına göre hipertansiyon prevalansı erkek popülasyonda %38, kadın popülasyonda %46 olarak saptanmıştır (29). “Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı (SALTürk)” 2008 yılı çalışmasına göre hipertansiyon prevalansı 35,1 olarak saptanmıştır (30, 31). Türkiye’deki erişkin popülasyonda hipertansiyonun sıklığı, farkındalığı, tedavisi, kontrolü ve bunlara etki eden etmenleri saptamayı amaçlayan geniş çaplı hipertansiyon prevalans araştırması olan, 2003 yılında yapılan Türkiye Prevalans Çalışması (PatenT) ile bu çalışmada elde edilen sonuçları karşılaştırmak ve güncel veriler elde etmek amacıyla 2012 yılında yapılan Türkiye Prevalans Çalışması 2 (PatenT2) ülkemizdeki hipertansiyon verileri için yol gösterici olmuştur. 2003 yılında yapılan PatenT çalışması verilerine göre ülkemizde hipertansiyon sıklığı % 31.8 (kadın popülasyon % 36.1, erkek popülasyon % 27.5), 35 ile 64 yaşları aralığında hipertansiyonun sıklığı % 42.3 (erkek popülasyon % 34.8, kadın popülasyon % 50), 65 yaş ve üzerinde hipertansiyon sıklığı % 75.1 (erkekler için

% 67.2, kadınlar için % 81.7) olarak saptanmış olup tüm yaş gruplarında kadınlarda erkeklerden daha fazla sıklıkta olduğu tespit edilmiştir. 2012 yılında yapılan PatenT2 çalışması verilerine göre hipertansiyon prevalansı %30.3 (kadınlarda %32.3, erkeklerde %28.4), 18 ile 29 yaş aralığında %5, 30 ile 39 yaş aralığında %11.5, 40 ile 49 yaş aralığında %29.7, 50 ile 59 yaş aralığında %53.6, 60-69 yaş grubunda %85.2 ve 80 yaş ve üstünde %76,3 oranında tespit edilmiştir. Hipertansiyon farkındalık oranları PatenT çalışmasında %40 iken PatenT2 çalışmasında %54.7 olarak bulunmuş, antihipertansif ilaç kullanım oranları ise PatenT çalışmasında % 31 iken PatenT2 çalışmasında %59.7 olarak bulunmuştur (30, 32).

2.4. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Hipertansiyon birçok patofizyolojik mekanizmanın rol aldığı, kan basıncının regülasyon bozukluğu ile giden bir hastalık tablosudur. Kan basıncı fenotipine etki eden genetik altyapı farklılıkları nedeniyle, yaşam tarzı, çevresel faktörler, sosyoekonomik durum, metabolik ve demografik özellikleri belirleyen birçok faktörün etkileşimiyle kan basıncı değişikliklerinde farklı patofizyolojik faktörler etken olabilmektedir (33).

Renin-anjotensin-aldosteron sistemi, sempatik sinir sistemi aktivitesi, natriüretik peptitlerin konsantrasyonu, sodyumdan zengin potasyumdan fakir diyet, obez olmak, diyabet ve insülin rezistansı, vasküler hipertrofide etkili faktörlerin fazla üretimi, endotel disfonksiyonu hipertansiyon patofizyolojisinde etkili faktörlerdir (33).

Genetik çalışmalarda hipertansiyon gelişimi ile ilişkili en güçlü genler renin-anjiyotensin sisteminin bileşenleri olan anjiyotensinojen, anjiyotensin dönüştürücü enzim, anjiyotensin-II tip-1 reseptörleri ve beta 2 adrenerjik reseptörleridir (34). Bu patofizyolojik faktörlerin katkısıyla kalp atım volümü ve/veya total periferik rezistansta artış sonucu arteriyel kan basıncında yükseklik gelişir (16, 20, 35-37)

2.5. Hipertansiyonda Tanısal Değerlendirme

Hipertansiyon ülkemizde önemli sağlık problemleri arasındadır, bu nedenle tarama programına dahil edilmiştir. “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulaması” nda önerilen “Periyodik Sağlık Muayenesi ve Tarama Testleri Kılavuzu” nda 18 yaşından büyük yetişkinlerde hipertansiyonun erken tanısı ve kardiyovasküler olayların önlenmesi amacıyla başvuru sebebinden bağımsız olarak yılda en az bir defa arteriyel kan basıncı ölçümü önerilmiştir (38).

Hipertansiyonlu bir kişide yapılacak klinik değerlendirme ve araştırmaların amaçları; kan basıncı yüksekliğini doğrulamak ve düzeyini belirlemek, hedef organ hasarı varlığı ve yaygınlığını değerlendirmek, sekonder hipertansiyonun varlığını, varsa nedenini belirlemek, hastalık ve tedavi seyrini değiştirebilecek kardiyovasküler risk etmenlerini araştırmaktır (16).

2.5.1. Tıbbi Öykü

Hipertansiyonun tanısall değerlendirmesinde öncelikle ayrıntılı anamnez alınmalıdır. Anamnez alınırken ilk tanı tarihi, mevcut ve geçmişteki kan basıncı ölçüm değerleri ve kullandığı antihipertansif ilaçlar, kadınlarda gebelik durumu, eşlik eden hastalıklar, aile öyküsü ve sigara kullanımı sorgulanmalıdır.

2.5.2. Fizik Muayene ve Laboratuvar

Fizik muayenede hastanın boyu, kilosu, bel çevresi ölçülmeli ve vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanmalı, kan basıncı ölçümü, nabız palpasyonu, karotis, kalp ile renal arterlerin oskültasyonu yapılarak hasta değerlendirilmelidir. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin ve/veya hematokrit, açlık kan şekeri, total kolesterol, düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol, yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol, trigliserit, serumda sodyum-potasyum, ürik asit, kreatinin bakılmalı, idrarda protein ve mikroalbuminüri tetkiki, elektrokardiyografi yapılmalıdır (19). Hipertansiyonun neden olduğu komplikasyonların varlığı araştırılmalı ve eşlik eden sağlık problemleri belirlenmelidir.

2.5.3. Kan Basıncı Ölçümü

İnsanda ilk kan basıncı ölçümü 1847 yılında Carl Ludwig tarafından “Kymograph” adını verdiği aletle gerçekleştirilmiştir. Kan basıncının günümüzde de kullanılan civalı manometre ile ilk ölçümü ise 1896 yılında Scipione Riva Rocci tarafından gerçekleştirilmiş ve sadece sistolik kan basıncı ölçülebilmıştır. 1905 yılında Sergeyevich Korotkoff isimli araştırmacı, oskültatuvar yöntemi ekleyerek, diyastolik kan basıncının ölçülmesine olanak sağlamış ve Korotkoff olarak adlandırılan sesleri tarif etmiştir (39). Günümüzde, birçok Avrupa ülkesinde civalı sfingomanometrenin yerini güvenilirliği onaylanan, oskültatuvar ya da osilometrik cihazlar almıştır (19).

Uygun kan basıncı ölçümü için tansiyon aleti manşonunun kese bölümü erişkinlerde eni 12 cm, boyu 35 cm boyutunda, kol çevresi kaslı kişilerin ve obezlerin ise kesenin eni 20 cm, boyu 40 cm boyutunda olmalı ve kolun çevresini %80 oranında sarmalıdır (40). Ölçümden 30 dakika öncesine kadar hasta sigara, çay veya kahve içmemiş, kafein almamış ve mümkünse yemek yememiş olmalı, sessiz bir odada en az beş dakika istirahat ettikten sonra ölçüme başlanmalıdır Her iki koldan ve en az iki ölçüm yapılmalı ve ölçümlerin ortalaması alınmalıdır (15, 16, 29, 41). İki kol arasında sistolik kan basıncı için 20 mmHg’den ve/ veya diyastolik kan basıncı için 10 mmHg’den daha fazla fark saptanırsa vasküler anomaliler araştırılmalıdır (19).

Kan basıncı ölçüm yöntemleri ambulatuvar kan basıncı monitorizasyonu (AKBM), evde kan basıncı monitorizasyonu (EKBM) ve ofiste kan basıncı monitorizasyonu (OKBM) olarak sınıflandırılıp AKBM altın standart olarak kabul edilmektedir. AKBM gündüz ve gece 24 ile 25 saatlik kan basıncı ölçümü yapan, eğitilmiş

personel gerektiren, maliyeti yüksek bir yöntemdir (19, 42, 43). EKBM ile kan basıncı hasta tarafından sabah ve akşam, üç ile dört gün süresince, mümkünse yedi gün boyunca ölçülür (19). OKBM ise hipertansiyonda tanı, tedavinin düzenlenmesi ve prognozun belirlenmesi açısından yetersiz görülmesine rağmen hala önemini korumaktadır (44).

Normalde kan basıncı değerlerinin gece azalması durumuna dipping denilir ve gece ölçülen kan basıncı değerleri gündüz ölçülen değerlere göre %10'dan daha düşük saptanan kişiler dipper olarak tanımlanır. Bu durumun saptanması AKBM ile mümkündür. Dipping bulunmaması yaşlılıktan kaynaklanabileceği gibi kronik böbrek hastalığı, diyabetik nöropati, uyku bozuklukları, obstruktif uyku apne sendromu, fazla kilo, fazla miktarda tuz kullanımı, ortostatik hipotansiyon, otonom işlevlerde bozukluk gibi durumların bulgusu olabilir ve kardiyovasküler risk açısından kötü prognoz göstergesidir (19, 20).

Kan basıncının tekrarlanan ölçümlerde ofis ortamında yüksek, ofis dışı yapılan ölçümlerde normal olması durumuna beyaz önlük hipertansiyonu denilirken kan basıncının ofiste normal ofis dışında yüksek olması durumuna maskeli hipertansiyon adı verilir ve EKBM veya AKBM ile tanı konulur.

2.6. Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular

Hipertansiyon erken dönemde genellikle asemptomatik seyreder ve tanı ancak kan basıncı ölçümü ile konulabilir. Klinik belirti veren hastalarda ise nefes darlığı, göğüs ağrısı, halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı, çarpıntı, burun kanaması, sık idrara çıkma, gece idrara kalkma, bacaklarda şişlik gibi nonspesifik belirtiler görülebilir (21, 45, 46). Kronik hipertansiyonun sistemik etkilerine bağlı kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, merkezi sinir sistemi fonksiyon bozukluğu, görme bozukluğu, bozulmuş hareketlilik, vasküler tıkanıklık veya ödem görülebilir (15).

2.7. Hipertansiyonda Kardiyovasküler Risk ve Organ Hasarı

Hipertansiyon hastalarında kardiyovasküler risk faktörlerinin belirlenmesi ve hastalığın seyrini etkileyebilecek durumların belirlenmesi önemlidir. Framingham çalışmasında, prehipertansiyon seviyesindeki kan basıncı değişikliklerinde bile kalp damar hastalıkları riskinin iki kat arttığı gösterilmiştir (16). Sistolik ve diastolik kan basıncı yüksekliği, hedef organ hasarı ve eşlik eden risk faktörleri hipertansiyonda kardiyovasküler riskin belirleyicileridir. Hipertansiyonda prognozu etkileyen risk faktörleri erkeklerde 55 yaş ve üzeri; kadınlarda 65 yaş ve üzeri olmak, sigara, obezite, erkek cinsiyet, abdominal obezite, dislipidemi, ailede erkeklerde 55 yaş altında, kadında 65 yaş altında kardiyovasküler hastalık öyküsü, bozulmuş glukoz tolerans testi, bozulmuş açlık kan glukozu olarak belirlenmiştir. Hipertansiyonda prognozu etkileyen diğer faktörler yerleşik kardiyovasküler hastalık veya böbrek hastalığı, diabetes mellitus varlığı ve subklinik organ hasarıdır. Bu faktörlerin varlığına ve kan basıncı değerlerine göre 2018 yılında ESH/ESC tarafından yayınlanan klavuza göre hastalarda kardiyovasküler risk durumu, düşük, orta, yüksek ve çok yüksek olarak sınıflandırılmıştır (tablo 2.4.). Sistemik

Koroner Risk Değerlendirme (SCORE) modeli de; yaş, cinsiyet, sistolik kan basıncı, sigara kullanımı ve total kolesterole bağlı 10 yıllık kardiyovasküler hastalıktan ölüm riskini tahmin eden, yaygın kullanılan bir modeldir (19).

Tablo 2.4. Kardiyovasküler riskin sınıflandırılması (19)

HT Evresi	Diğer risk faktörleri, Hipertansiyon a bağlı organ hasarı (HBOH) veya hastalık	Kan Basıncı (mm Hg) Evrelemesi			
		Yüksek normal SKB 130-139 DKB 85-89	1.Derece SBP 140–159 DBP 90–99	2.Derece SKB 160–179 DKB 100–109	3.Derece SKB 180 veya DKB 110
Evre 1	Risk Faktörü (RF) yok	Düşük risk	Düşük risk	Orta risk	Yüksek risk
	1 veya 2 RF	Düşük risk	Orta risk	Orta - Yüksek risk	Yüksek risk
	≥3 RF	Düşük-orta risk	Orta - Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek risk
Evre 2	HBOH, Evre 3	Orta-	Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek- çok

	kronik böbrek hastalığı (KBH) veya organ hasarı olmayan diabetes mellitus (DM)	Yüksek risk			yüksek risk
Evre 3	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk

Uygun tedavi almamış uzun süreli kan basıncı yüksekliği, miyokard ve koroner arterlerin yapısında ve ileti sisteminde çeşitli değişikliklere sebep olarak sol ventrikülde hipertrofi gelişimi, koroner arter hastalığı, ileti sistemi bozuklukları, iskemik inme, sol ventrikül sistolik ve diastolik disfonksiyonu, konjestif kalp yetmezliği gibi bulguların gelişmesine neden olabilir (47). Böbrek hastalığı seyrinde hipertansiyon gelişebileceği gibi hipertansiyon seyrinde böbrek hasarı da gelişebilmektedir. Hipertansiyonun neden olduğu nefroskleroz başlangıçta asemptomatiktir ancak böbrek yetmezliği geliştikten sonra klinik belirginleşir ve genellikle ilk semptom gece idrara çıkmadır. Erken dönemde böbrek hasarının bulgusu mikroalbuminüri, ilerleyen dönemlerde aşikar proteinüri ve glomerüler filtrasyon hızında azalma olarak karşımıza çıkar. Kan basıncı değerleri yükseldikçe böbrek yetmezliği gelişme riski artar; bu nedenle kan basıncının düşürülmesi, renal hasarın ilerleyişinin önlenmesinde büyük rol oynar (16, 48). Hipertansiyon iskemik veya hemorajik iskemik atak ve inme için önemli bir risk faktörüdür ve etkin bir hipertansiyon tedavisi ile inme riskinde %30-40 oranında azalma sağlanabileceği saptanmıştır (49). Hipertansiyon göz tutulumuna da neden olarak retinopati, retinal arterin ve retinal venin tıkanması, retinal emboli gibi durumlara neden olabilir (50). Hipertansiyonun periferik arter hastalığı riskini 2 - 3 kat artırdığı düşünülmektedir (51).

2.8. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tedavisinde kan basıncını kontrol altına almak, uzun dönemde gelişebilecek organ hasarını önlemek amacıyla yaşam tarzı değişiklikleri, değiştirilebilir risk faktörleri ile mücadele, farmakolojik tedaviden oluşan tedavi yaklaşımları uygulanır. Tedavide SKB' nin 140 mmHg altına ve DKB' nin 90 mmHg altına düşürülmesi hedeflenmelidir. Diyabetes mellitus tanılı hastaların DKB hedefi 85 mmHg' nin altı olmalıdır (2). JNC-8 Kılavuzu 2014'e göre tedavide hedefin SKB için 140 mmHg' nin altı ve DKB için 90 mmHg' nin altı olması gerektiği belirtilmiş ancak 60 yaş üzeri hipertansif bireyler için bu değer sistolik 150 mmHg altı diastolik 90 mmHg altı olarak belirlenmiştir (21, 52). ESH/ESC Kılavuzu' na göre farklı kan basıncı seviyelerinde hastalara başlanacak tedavi tablo.2.5' te verilmiştir (1).

Tablo.2.5. Farklı kan basıncı seviyelerinde kan basıncı düşürücü tedavinin (yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç tedavisi) başlatılması (1)

Yüksek–normal kan basıncı	1. Derece HT	2. Derece HT	3. Derece HT
Yaşam şekli önerileri	Yaşam şekli önerileri	Yaşam şekli önerileri	Yaşam şekli önerileri
Koroner arter hastalığı (KAH), kardiyovasküler hastalık (KVH) olan çok yüksek riskli hastalarda ilaç tedavisi düşün	KVH, renal hastalık veya HBOH olan yüksek veya çok yüksek riskli hastalarda acil ilaç tedavisi	Tüm hastalarda acil ilaç tedavisi	Tüm hastalarda acil ilaç tedavisi
	KVH, renal hastalık veya HBOH olmayan düşük orta riskli hastalarda 3-6 ay yaşam tarzı değişikliği sonrası KB kontrol altında değilse ilaç tedavisi	Hedef 3 ayda kan basıncı kontrolü sağlamak	Hedef 3 ayda kan basıncı kontrolü sağlamak

2.8.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Hipertansif erişkinlerde kan basıncının evresine bakılmaksızın her hasta için hem kan basıncını düşürücü etkisi hem de kardiyovasküler risk faktörlerinin kontrolü açısından önemli olan bireysel yaşam tarzı değişiklikleri önerilmeli ancak bu uygulama yüksek risk grubundaki hipertansiyon hastalarında medikal tedaviye başlanmasını geciktirmemelidir(19).

Kan basıncını düşürücü etkisi çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olan yaşam tarzı değişiklikleri şöyledir (19):

- 1) Sigara kullanımının bırakılması
- 2) Tuz alımında kısıtlama
- 3) Alkol tüketiminin sınırlandırılması
- 4) Kilo kaybının sağlanması
- 5) Düzenli fiziksel aktivite
- 6) Beslenme şekli değişiklikleri

Sigara Kullanımının Bırakılması

Sigara kullanımı sağlık üzerine birçok olumsuz etkisinin yanında kardiyovasküler hastalık riskinde iki ila üç kat artışa sebep olur (16). Sigara içildikten sonra kan basıncı ve nabızda 15 dakikadan daha uzun süren bir artış meydana geldiği 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinde saptanmıştır (53). Sigarayı bırakma kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi için en önemli yaşam şekli değişikliğidir (54, 55). Sigaranın bırakılması sonrası bir yıl içinde kardiyovasküler olumlu etkiler görölmeye başlar (16). Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye’de 15 yaş ve üzeri yaklaşık 16 milyon yetişkin (%31.2) hala sigara kullanmaktadır (56). Hekimler hipertansif olsun veya olmasın her bireyin sigara kullanım durumunu sorgulamalı eğer kullanıyorsa sigarayı bırakmasını tavsiye etmeli, danışmanlık vermeli ve gerekli görürse medikal tedavi uygulamalıdır (57).

Tuz Alımında Kısıtlama

Türkiye’de yapılan “Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı” (SALTURK) çalışmasında günlük tuz tüketiminin günde ortalama 15 ila 16 gram arasında olduğu gösterilmiş (56), Birçok ölkede yapılan diğer çalışmalarda günlük tuz tüketiminin 5 gram düzeyine indirilmesinin hipertansif hastalarda SKB’ de 4-5mmHg düşüş sağladığı gösterilmiştir (19, 58, 59). Yapılan bir çalışmada tuz alımının azaltılması ile kardiyovasküler hastalık riskinin düşük olması ilişkili bulunmuştur (60). Ayrıca tuz alımında kısıtlamayla antihipertansif ilaçların sayısı ve dozunun azaltılması sağlanabilir (59, 61). Günlük tuz tüketiminin yüksek düzeylerde olması gözönüne alındığında hastaların tuz tüketiminin azaltılması konusunda bilgilendirilmesi kan basıncı kontrolü açısından oldukça önemlidir.

Alkol Tüketiminin Sınırlandırılması

Alkol tüketiminin artması ile hipertansiyon görölme oranlarında ve kan basıncı düzeylerinde artış ile beraber antihipertansif ilaçların etkinliğinde azalma ve inme riskinde artma meydana gelir (19, 62). Alkol kullanan hipertansif erkek hastaların günde 20 ila 30 gram, haftada 140 gram etanolü; hipertansif kadın hastaların ise günde 10 ila 20 gram, haftada 80 gram etanol düzeyini aşmayacak şekilde alkol kullanımı kısıtlanmalıdır (19). Hipertansif hastalara alkol kullanımının bırakılması, bırakılması mümkün değilse sınırlandırılması önerilmelidir.

Kilo Kaybının Sağlanması

Hipertansiyon ile fazla kilo arasında ilişki gösterilmiş olup vücut ağırlığı normal aralıktan %20 daha fazla olanlarda hipertansiyon 2 kat daha fazla görölmektedir (63). Yapılan bir çalışmada ortalama 5,1 kg zayıflamanın sistolik basınçta 4.4 mmHg ve diastolik basınçta 3,6 mmHg düşme sağladığı saptanmıştır (64). Kan basıncı

kontrolü için vücut kitle indeksinin 25kg/m² ve bel çevresinin erkeklerde 102 cm altı, kadınlarda 88 cm altı olması önerilmekle birlikte mortalitenin yaklaşık 22,5-25 kg/m² VKİ değerinde en düşük olduğu saptanmıştır (19). Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre Türkiye'de yetişkin popülasyonun %34.6' sının fazla kilolu ve %30.3' ünün obez olduğu bildirilmektedir (56). Fazla kilolu hipertansif hastalar kilo vermesi için bilgilendirilmeli, danışmanlık verilmeli, gerekirse medikal ve cerrahi tedaviler düşünülmelidir.

Düzenli Fiziksel Aktivite

Düzenli aerobik egzersizlerin hipertansiyonun önlenmesi, tedavisi ve kardiyovasküler mortalitenin azaltılması için faydalı olacağı düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda hipertansiyon tanılı hastalarda aerobik egzersiz ile sistolik kan basıncında 6.9 mmHg, diyastolik kan basıncında 4.9 mmHg iyileşme sağlandığı gözlenmiştir (65). Hipertansif hastalara haftanın 5 ila 7 günü en az 30 dakika süren orta düzeyde fiziksel egzersiz önerilir ancak düşük düzeyde fiziksel aktivitenin bile mortalitede %20 azalma sağlayacağı düşünülmektedir (19, 66, 67). Hastalara kişiye uygun fiziksel aktivite önerilerinde bulunulması hipertansiyon kontrolü açısından önemlidir.

Beslenme Şekli Değişiklikleri

Hipertansif hastalarda en önemli yaşam tarzı önerilerinden biri de sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasıdır. Sebze - meyve ağırlıklı, bitkisel protein kaynaklı gıdalardan ve lifli gıdalardan zengin, doymuş yağ oranı düşük diyet önerisi olan Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diyeti ile birlikte kilo verilmesi ve fiziksel egzersiz yapılması ile kan basıncında iyileşmenin daha yüksek olacağı düşünülmektedir(19, 68).

2.8.2. Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavisi

Hipertansif hastalarda hastanın kan basıncı değerleri, yaşı, cinsiyeti, gebelik durumu, organ hasarı varlığı gibi özgün koşullar düşünülerek ilaç seçimi yapılmalı ve monoterapi veya kombinasyon tedavisi planlanmalıdır. Yapılan çalışmalarda kombinasyon tedavisinin, kan basıncı kontrolünde monoterapide kullanılan ajanın dozunun artırılmasından daha etkili olduğu gösterilmiştir (69). Başlangıçta SKB hedeflenen değerin 20 mmHg, DKB 10 mmHg üzerinde ise doğrudan kombinasyon tedavisi başlanabilir.

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan beş grup ilaç belirtilmiştir. Bunlar; (16, 70)

1. Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi üzerine etki eden ilaçlar
 - A. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri
 - B. Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)

- C. Renin inhibitörleri
- D. Aldosteron inhibitörleri
- 2. Diüretikler
- 3. Adrenerjik sistem blokerleri
 - A. Merkezi etkililer
 - B. Periferik etkililer
 - Adrenerjik nöron blokerleri
 - Ganglion blokerleri
 - Adrenerjik reseptör blokerleri
 - Alfa reseptör blokerleri
 - Beta reseptör blokerleri
 - Mikst etkililer (alfa ve beta reseptör blokerleri)
- 4. Vasküler düz kas üzerine etki eden ilaçlar
 - Kalsiyum antagonistleri
 - Potasyum kanal açıcılar
 - Direkt vasküler düz kası gevşeten ilaçlar
- 5. Diğer ilaçlar
 - Nötral endopeptidaz peptid inhibitörleri
 - Endotelin-1 reseptör blokerleri

Renin-Anjiyotensin- Aldosteron Sistemi Üzerine Etki Eden İlaçlar

Bu sınıfta yer alan ilaçlar; ACE inhibitörleri, ARB' ler, renin inhibitörleri ile aldosteron inhibitörleridir. Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri; anjiyotensin-1'in güçlü vazokonstriktör bir madde olan anjiyotensin-2' ye dönüşümünü engelleyerek, bradikininin parçalanmasını önleyerek ve nitrik oksit salınımında artış ile vazodilatasyon sağlayarak, aldosteron salınımında ve terminal nöronlardan noradrenalin salınımında azalma sağlayarak kan basıncını düşürücü etki sağlarlar (71-74). Yan etki olarak öksürük, anjiyoödem, hipotansiyon, hiponatremi, hiperkalemi ve böbrek perfüzyonunda bozulma yapabilir (51). Anjiyotensin reseptör blokerleri ise anjiyotensin-2' nin yetişkin dokularda en fazla bulunan reseptör alt tipi olan anjiotensin-2 tip 1 (AT1) reseptörüne bağlanmasını bloke ederek anjiyotensin-2'nin AT1 reseptörü üzerinden gerçekleştirdiği sodyum ve su retansiyonu, vazokonstriksiyon, sempatik aktivasyon, proliferasyon, inflamasyon, trombosit agregasyonu gibi etkilerini engellemiş olurlar (70). Yan etkileri arasında hipotansiyon, hiperkalemi ve anjiyoödem bulunur (20). Renin-anjiyotensin sistemi üzerine etki eden her iki ilaç grubunun kesin kontrendike olduğu durumlar; hamilelik, hiperkalemi, bilateral renal arter stenozudur. Ayrıca bu iki ilaç grubu da proteinüride azalma ve kronik kalp yetmezliği prognozunda iyileşme sağlamaktadır (19).

Renin inhibitörleri; ikinci basamak tedavide kullanılan antihipertansif ilaçlardan olup anjiyotensinojeni anjiyotensin 1'e dönüştüren renini inhibe ederek vazokonstriktör bir ajan olan anjiyotensin 2'nin oluşumunu engellemekte ve temel antihipertansif ilaç gruplarıyla kombine kullanıldığında antihipertansif etki artmakta, albüminüri ve kalp yetmezliği üzerine olumlu etki göstermektedir (19).

Aldosteron inhibitörleri; su ve tuz tutucu etkisi olan aldosteronun etki göstermesini engelleyerek direçli hipertansiyonda kan basıncı kontrolü sağlanmasında faydalı olmaktadır(24). Spironolakton ve eplerenon olarak bilinen aldosteron inhibitörü ajanların ortak yan etkisi hiperkalemi olup spironolaktonda ek olarak jinekomasti görülebilir (20). Ayrıca bu ilaç grubunun kalp yetmezliği üzerine olumlu etkileri çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (19, 75).

Diüretikler

Hipertansiyon tedavisinin temel taşı olarak görülen diüretikler; sodyumun tubuler reabsorbsiyonunu engeller ve bu sayede su atılımını artırarak plazma hacmini ve kardiyak debiyi azaltır ve katekolaminlere karşı oluşan vasküler yanıtı azaltarak periferik vasküler dirençte düşmeye neden olur. Yan etki olarak poliüri, baş dönmesi, hipotansiyon, hipokalemi, hiperürisemi, hipomagnezemi, hiperglisemi görülebilir (20). Gut kesin kontrendikasyon olup, glukoz intoleransı, gebelik, hiperkalsemi, hipokalemi, metabolik sendrom olası kontrendikasyonlarıdır. Diüretikler; anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiotensin reseptör blokerleri, kalsiyum kanal blokerleri ile kombine edilebilirken, beta blokerler ile kombinasyonu sınırlı olup diyabete yatkınlığı olan bireylerde yeni başlangıçlı diyabeti kolaylaştırabilir (19, 76).

Adrenerjik Sistem Blokerleri

Merkezi etkili adrenerjik sistem blokerleri olan klonidin, guanfasin, guanabenz ve alfa metildopa sempatik tonusu azaltarak periferik damar direncinin düşmesini sağlarlar. Yan etkileri sedatif etkiler , ağız kuruluğu, depresyon, impotans ve rebound hipertansiyondur (16, 62).

Periferik etkili adrenerjik sistem blokerleri; adrenerjik nöron blokerleri, ganglion blokerleri, adrenerjik reseptör blokerleri olarak üç gruptur. Adrenerjik nöron blokerleri şiddetli refrakter hipertansiyon dışında pek fazla tercih edilmeyen guanedrel, guanetidin, betanidine gibi ilaçlardır. Etkilerini periferik sinirlerin uçlarında katekolamin depolarını boşaltarak ya da katekolamin salınımını engelleyerek gösterirler. Yan etkileri; aritmi, ortostatik hipotansiyon, konvülsiyon eşiğinde düşme, depresyon, parkinsonlu hastalarda hastalık tablosunda ağırlaşma olarak görülebilir (16). Ganglion blokerleri olan heksametonum, mekamilamin, pentolinyum ve trimetafan ciddi yan etkileri nedeniyle pratikte tercih edilmezler (16). Adrenerjik reseptör blokerlerinden alfa reseptör blokerleri vazodilatasyon ile vasküler direnci azaltarak etki gösterirler ve sıklıkla ikinci, üçüncü basamak hipertansiyon tedavisinde kombinasyon tedavisi şeklinde kullanılırlar. Özellikle nonselektif etki eden alfa reseptör blokerleri taşikardi hipertansif atak gibi yan etkilere neden olabilirler (16, 19, 20). Beta bloker ilaçlar pratikte sık

kullanılan antihipertansif ilaç grubudur. Beta blokerler miyokard kontraktibilitesini azaltarak kalp hızını düşürür, plazma renin aktivitesinde azalma yapar ve kardiyak debiyi azaltır (20, 77). Yan etki olarak eller ve ayaklarda soğukluk, uyku bozuklukları, bronkokonstrüksiyon, bradikardi, atriyoventriküler ileti bozuklukları, insülin rezistansı, glukoz intoleransı ve dislipidemiye sebep olabilir (62, 77).

Vasküler Düz Kas Üzerine Etki Eden İlaçlar

Bu grupta yer alan kalsiyum kanal blokerleri vazodilatasyon ile periferik direnci azaltarak antihipertansif etkinlik gösterirler. Yapılan çalışmalarda yeni başlangıçlı kalp yetmezliğini, karotiste ateroskleroza ve sol ventrikül hipertrofisini azalttığı gösterilmiştir (16, 19, 78). Kalsiyum kanal blokerleri; damar üzerine etkileri daha belirgin olan amlodipin, nifedipin, nikardipin gibi dihidropiridin grubu ve kardiyak etkileri daha belirgin olan verapamil, diltizem gibi nondihidropiridin grubu ilaçlardan oluşmaktadır (20). Yan etkileri yüksek doz kullanımda periferik ödem, baş ağrısı, kabızlık, gingiva hipertrofisi olarak görülebilir. 2. veya 3. derece atriyoventriküler blok, ciddi sol ventrikül işlev bozukluğu, kardiyak yetmezlik varlığında nondihidropiridin grubu kalsiyum kanal blokerleri kesin kontrendikedir (19).

Potasyum kanal açıcılar; dirençli ya da malign hipertansiyon tedavisinde kullanılan, vazodilatasyon ile periferik direnci azaltarak etki eden diazoksit, minoksidil sülfat gibi ilaçlardır. Yan etki olarak refleks taşikardi, ödem, hipertrikozis görülebilir (16, 20).

Direkt vasküler düz kası gevşeten ilaçlar da dirençli hipertansiyon, malign hipertansiyon ya da acil hipertansiyon durumlarında kullanılırlar ve doğrudan vasküler düz kas dilatasyonu yaparak vasküler rezistansı düşürürler.

Diğer Antihipertansif İlaçlar

Nötral endopeptidaz peptid inhibitörleri ve endotelin-1 reseptör blokerleri yeni geliştirilen ilaçlardır.

Tablo 2.6. Özel Durumlarda Seçilecek Antihipertansif Tedavi

Sol ventrikül hipertrofisi	ACE inhibitörü, kalsiyum kanal blokeri, ARB
Subklinik ateroskleroz	Kalsiyum kanal blokeri, ACE inhibitörü
Böbrek işlev bozukluğu / Mikroalbuminüri / Son dönem böbrek hastalığı / Proteinüri	ACE inhibitörü, ARB
İnme öyküsü	Kan basıncını etkili şekilde azaltan herhangi bir farmakolojik ajan

Kalp yetmezliği	Diüretik, Beta bloker, ACE inhibitörü, ARB, mineralokortikoid reseptör blokeri
Geçirilmiş miyokart enfarktüsü öyküsü	Beta bloker, ACE inhibitörü, ARB
Aort anevrizması	Beta bloker
Angina pectoris	Beta bloker, kalsiyum kanal blokeri
Periferik arter hastalığı	ACE inhibitörü, kalsiyum kanal blokeri
Atriyal fibrilasyon	ARB, ACE inhibitörü, beta bloker, mineralokortikoid reseptör blokeri
Diabetes mellitus	ACE inhibitörü, ARB
Metabolik sendrom	ACE inhibitörü, ARB, kalsiyum kanal blokeri
Hamilelik	Metildopa, Beta bloker, kalsiyum kanal blokeri
İzole sistolik hipertansiyon (yaşlılarda)	Diüretik, kalsiyum kanal blokeri
Siyahi popülasyon	Diüretik, kalsiyum kanal blokeri

2.9. Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler

Hipertansiyon tedavisinde başarılı olabilmek için hastaların tedaviye uyumunu sağlamak, bu amaçla da hastaların sadece farmakolojik tedaviye uyumu değil yaşam tarzı değişikliklerini uygulaması, periyodik muayenelerinin yapılması ve kan basıncı takibinin yapılması önemlidir. Hipertansiyon kontrolünün düşük olması; insanların hastalıklarının farkında olmaması, uygun tedavinin önerilmemesi, kontrol altında tutulmasının zorluğu ve tedavi uyumsuzluğu gibi nedenlere bağlanmıştır (15, 79). Hastaların tedaviye uyumunun önündeki engellerin hasta ile doktor arasında uygun iletişim kurulamaması, karışık tedavi rejimleri ve ilaçların istenmeyen etkileri olabileceği düşünülmüştür (15). Tedavi uyumunu etkileyen faktörler arasında yaş, cinsiyet, ırk, meslek, eğitim durumu, medeni durum, sosyoekonomik durum gibi hastaya ilişkin faktörler, ilaç kullanımını gerektiren başka hastalık varlığı, tedaviye ilişkin birden fazla tansiyon ilacı kullanımı ve ilaca bağılı yan etki görülmesi gibi durumlar, hastalığın süresi, doktor hasta arasındaki iletişim ve uygun tedavi dozunun veya doğru ilacın verilmemesi gibi hekime ilişkin durumlar sayılabilir (62, 80). Bu faktörlerin tedaviye uyumu olumlu veya olumsuz etkileyebileceğini gösteren çalışmalar mevcut olup halen bu konuda yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Hipertansif hastalarda hastalığın farkındalığını artırmak için hastaların semptomatik olmasa dahi düzenli tansiyon

arteriyel ölçümleri yapılmalı ve hastalar risk faktörleri ve semptomlar hakkında bilgilendirilmelidir, bilgilendirme için gerekirse yazılı kaynaklar kullanılmalıdır (56). Hastalara yaşam tarzı değişikliklerinin yüksek kan basıncı kontrolündeki önemi ve etkinliği her vizitte anlatılmalı, hastanın medikal tedaviye geçişinde gecikilmeden uygun dozda tedaviye başlanmalı ve kan basıncı kontrol altında olan hastalara gerek görülmedikçe tedavi değişikliği planlanmamalıdır. Hastayla iletişim kurarken yeterli vakit ayrılmalı, hastanın kendini anlatmasına müsaade edilmeli, hastalığın ömür boyu devam edeceği bu nedenle de ilaçların devamlı kullanılması ve düzenli kontrole gelmesinin önemi konusunda bilgilendirilmelidir(56).



1. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Amacı, Şekli, Yeri ve Süresi

Kesitsel bir araştırma olarak planlanan bu çalışmaya 02.05.2018 ile 02.06.2018 tarihleri arasında Malatya ili merkez bölgesinde bulunan aile sağlığı merkezlerindeki aile hekimliği birimlerine kayıtlı, 18 ile 65 yaş aralığında olan ve en az 6 aydır hipertansiyon nedeniyle medikal tedavi alan, fiziksel ve bilişsel açıdan veri toplama formlarını cevaplamaya uygun olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar dâhil edilmiştir. Anket formunu doldurmayı kabul etmeyenler ile fiziksel ve bilişsel açıdan veri toplama formlarını cevaplamaya uygun olmayan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Çalışma için “İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulu” ndan (Ek 1) ve “Malatya Halk Sağlığı Müdürlüğü” nden gerekli yazılı izinler alındı (Ek 2).

Çalışmaya alınan hastalara yüz yüze görüşme yöntemiyle sosyodemografik verilerin sorgulandığı form, “Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği” ve “SF-36 Ölçeği” uygulandı. Hastalara anket haricinde herhangi bir fizik muayene, laboratuvar veya radyolojik tetkik yapılmadı. Gönüllülere Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu imzalatıldı (Ek 3).

3.2. Sosyodemografik Form

Sosyodemografik formda (ek-4) hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, meslek, sosyal güvencesi olup olmadığı, kiminle ikamet ettiği, sigara kullanıp kullanmadığı, sigara kullanıyorsa kaç paket/yıl kullandığı, alkol kullanıp kullanmadığı, tansiyonunu ölçtürme sıklığı, hipertansiyon nedeni ile kaç adet ilaç kullandığı, hipertansiyon tanısının süresi, hipertansiyon nedeni ile kontrole gitme sıklığı, hipertansiyon dışında ek hastalıkların varlığı, herhangi bir diyet veya egzersiz programı uygulayıp uygulamadığı sorgulandı.

3.3. “Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği”

“Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği” (ek-5); Kim, Hill ve Levine tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik güvenirliği Karademir ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır (36, 81). HBHTUÖ dörtlü likert tipi 14 maddeden oluşur ve medikal uyum, beslenme uyumu, ölçek toplam uyumu olmak üzere üç uyum skorunu değerlendirir. Sorularda hiçbir zaman dışındaki yanıtlar ayrı bir grup, diğer şıklar ayrı bir grup altında sınıflandırılır ve hiçbir zaman yanıtını tüm sorularda veren grup tam uyumlu olarak değerlendirilir (36). Ölçek puanlamasında her bir soru 0 ila 3 puan arasında değerlendirilmektedir. Puan arttıkça hastaların tedavi uyumu azalmaktadır. Ülkemizde birinci basamakta randevu sisteminin kullanımı yaygın olmadığından görüşme alt ölçeği değerlendirmenin dışında bırakılarak medikal uyum, beslenme uyumu ve ölçek toplam uyumu değerlendirildi.

3.4. “Kısa Form 36”

“Kısa Form 36” (ek-6); Rand Corporation tarafından 1992 yılında oluşturulmuştur; Türkçe güvenirlik ve geçerliliği ise Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (82, 83). Ölçek; fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel fonksiyonlara bağlı rol kısıtlılıkları (4 madde), emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları (3 madde), mental sağlık (5 madde), enerji/vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve sağlığın genel algılanması (5 madde) şeklinde 8 boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşur(82, 83). Ölçeğin değerlendirmesinde 4. ve 5. maddeler dışında Likert tipi (üçlü- altılı) olup; 4. ve 5. maddeler evet/hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir (82, 83). Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu gösterirken, 100 iyi sağlık durumunu göstermektedir.

3.5.İstatistiksel Analiz

Çalışmanın örneklem büyüklüğü power analizi ile hesaplandı ve hipertansif hastaların tedavi uyumunun %95 güven düzeyinde, standart sapması 6 olarak öngörüldüğünde bir birim sapma ile kestirilebilmesi için alınması gereken minimum hasta sayısı 138 olarak hesaplandı ve çalışmaya 140 hasta alındı. Araştırmada saptanan verilerin istatistiksel analizlerinin değerlendirilmesinde “IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye)” programından yararlanıldı. Araştırma verilerinde parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında OnewayAnova testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi ve Continuity (Yates) Düzeltmesi kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson korelasyon analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyenler için Spearman’srho test kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak değerlendirildi.

2. BULGULAR

Araştırma yaş aralığı 28 ile 65 arasında olan, 64’ü (%45.7) erkek, 76’sı (%54.3) kadın olmak üzere toplamda 140 kişi üzerinde yapılmış olup yaş ortalaması 57.49 ± 8.88 yıldır. Olguların demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. : Sosyodemografik özellikler

		N	%
Cinsiyet	Erkek	64	45,7
	Kadın	76	54,3
VKİ	Normal	30	21,4
	Fazla Kilolu	59	42,1
	1.Derece Obez	38	27,1

	2.Derece Obez	8	5,7
	3.DereceObez	5	3,6
Medeni Durum	Bekar	7	5
	Evli	110	78,6
	Dul	23	16,4
Çocuk Sayısı	Yok	12	8,6
	1	9	6,4
	2	28	20
	3	32	22,9
	4 veya Daha Fazla	59	42,1
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	26	18,6
	Okur		
	yazar/İlköğretim	52	37,1
	Ortaöğretim	36	25,7
	Yükseköğretim	26	18,6
Meslek	Memur	11	7,9
	Özel Sektör	15	10,7
	Emekli	37	26,4
	Ev Hanımı	62	44,3
	Diğer	15	10,7
Sosyal Güvence	Var	124	88,6
	Yok	16	11,4
Kiminle İkamet Ettiği	Yalnız	16	11,4
	Eş ve Çocuklar	109	77,9
	Anne,Baba,Kardeşl		
	er	7	5
	Diğer	8	5,7
Sigara Kullanımı	Evet	24	17,1
	Hayır	116	82,9

Olguların %45.7'si erkek, %54.3'ü kadındır. VKİ düzeyleri 17.3 kg/m² ile 46.09 kg/m² arasında değişmekte olup, ortalama VKİ düzeyi 28.81±4.81 kg/m²'dir. Buna göre %21.4'ü normal kilolu iken, %42.1'i fazla kilolu, %27.1'i 1.derece obez, %5.7'si 2.derece obez ve %3.6'sı 3.derece obezdır.

Olguların %78.6'sı evli, %16.4'ü dul, %5'i bekadır. %8.6'sının çocuğu yokken, %6.4'ünün 1 çocuğu, %20'sinin 2 çocuğu, %22.9'unun 3 çocuğu, %42.1'inin 4 veya daha fazla çocuğu vardır.

Eğitim durumlarına göre %18.6'sı okur-yazar değilken, %37.1'i okur-yazar/ilköğretim, %25.7'si ortaöğretim ve %18.6'sı yükseköğretim mezunudur. %7.9'u memur, %10.7'si özel sektör çalışanı, %26.4'ü emekli, %44.3'ü ev hanımı ve %10.7'si diğer mesleklerdendir.

Olguların %88.6'sının sosyal güvencesi vardır. %77.9'u eş ve çocukları ile yaşıyorken, %11.4'ü yalnız, %5'i anne-baba-kardeşleri ile, %5.7'si ise diğer kişiler ile yaşamaktadır.

Olguların %17.1'i sigara kullanmaktadır. Paket/yıl olarak sigara kullanımları 8 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalaması 25.29±15.51, medyanı 20 paket/yıldır.

Olguların hipertansiyona ilişkin özelliklerinin dağılımı tablo.4.2’ de verilmiştir.



Tablo 4.2: Hipertansiyona ilişkin özellikler

		n	%
Tansiyon Ölçtürme Sıklığı	Hergün	34	24,3
	Haftadabir kez	20	14,3
	Tansiyonumunyükseldiğini/düştüğünü hissettiğimde	55	39,3
	Bazen	21	15
	Hiç	10	7,1
HT nedeni ile kullanılan ilaç sayısı	1	89	63,6
	2	46	32,9
	3	4	2,9
	4	1	0,7
HT Tanı Süresi	5 yıldan daha az	47	33,6
	5-10 yıl	41	29,3
	10 yıldan daha uzun süredir	52	37,1
HT için Kontrole Gitme Sıklığı	Ayda bir	19	13,6
	Altıayda bir	43	30,7
	Yıldabir	20	14,3
	Kontrole sadece ilaç yazdırmak/raporunu yenilemek için gidiyorum	58	41,4
Ek Hastalıklar	Kalp-Damar hastalığı	55	39,3
	Serebrovasküler Hastalıklar	1	0,7
	Böbrek Hastalıkları	39	27,9
	Göz Hastalıkları	29	20,7
	Diğer Hastalıklar	54	38,6
Diyet Uygulama	Evet	47	33,6
	Hayır	93	66,4
Egzersiz Yapma	Evet	16	11,4
	Hayır	124	88,6

Olgulara tansiyon ölçtürme sıklıkları sorulduğunda; %24.3' ü her gün, %14.3' ü haftada bir defa, %39.3'ü tansiyonumun yükseldiğini/düştüğünü hissettiğimde, %15'i bazen ve %7.1'i hiç cevaplarını vermiştir.

Olguların %63.6'sı hipertansiyon nedeni ile 1 ilaç kullanıyorken, %32.9'u 2 ilaç, %2.9'u 3 ilaç ve sadece 1 kişi 4 ilaç kullanmaktadır. %33.6'sında hipertansiyon tanı süresi 5 yıldan daha az iken, %29.3'ünde 5-10 yıl arasında, %37.1'inde 10 yıldan daha uzun sürededir.

Olguların %13.6'sı hipertansiyon için ayda 1 kez kontrole gidiyorken, %30.7'si altı ayda bir, %14.3'ü yılda bir, %41.4'ü ise sadece ilaç yazdırmak/raporunu yenilemek için kontrole gitmektedir.

Olguların %39.3'ünde hipertansiyon dışında kalp-damar hastalıkları, %27.9'unda böbrek hastalıkları, %20.7'sinde göz hastalıkları, %38.6'sında diğer hastalıklar ve sadece 1 kişide serebrovasküler hastalıklar mevcuttur.

Olguların %33.6'sı diyet uygulamakta, %11.4'ü egzersiz yapmaktadır.

Olguların cinsiyete ilişkin değerlendirmeleri yapılmış ve dağılımları tablo 4.3' te verilmiştir.

Tablo 4.3. : Cinsiyete ilişkin değerlendirmeler

		Erkek	Kadın	P
		n (%)	n (%)	
Tansiyon Ölçtürme Sıklığı	Hergün	20 (%31,3)	14 (%18,4)	¹ 0,31 8
	Haftadabir kez	8 (%12,5)	12 (%15,8)	
	Tansiyonumun yükseldiğini/düşüğünü hissettiğimde	22 (%34,4)	33 (%43,4)	
	Bazen	11 (%17,2)	10 (%13,2)	
	Hiç	3 (%4,7)	7 (%9,2)	
HT için Kontrole Gitme Sıklığı	Ayda bir	9 (%14,1)	10 (%13,2)	¹ 0,99 7
	Altıayda bir	20 (%31,3)	23 (%30,3)	
	Yılda bir	9 (%14,1)	11 (%14,5)	
	Kontrole sadece ilaç yazdırmak/raporumu yenilemek için gidiyorum	26 (%40,6)	32 (%42,1)	
Diyet Uygulama	Evet	25 (%39,1)	22 (%28,9)	¹ 0,20 7
	Hayır	39 (%60,9)	54 (%71,1)	
Egzersiz Yapma	Evet	11 (%17,2)	5 (%6,6)	² 0,08 9
	Hayır	53 (%82,8)	71 (%93,4)	

¹Ki-kare test

²Continuity (yates) düzeltmesi

Cinsiyet ile tansiyon ölçtürme sıklıkları, hipertansiyon için kontrole gitme sıklıkları, diyet veya egzersiz uygulama oranları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Olguların eğitim düzeyine ilişkin değerlendirmeleri tablo 4.4' te verilmiştir.

Tablo 4.4. : Eğitim düzeyine ilişkin değerlendirmeler

		Eğitim Düzeyi				P
		Okur-Yazar Değil	Okur- Yazar/ İlköğret im	Orta öğreti m	Yüksek öğretim	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Tansiyon Ölçtürme Sıklığı	Hergün	7 (%26,9)	8 (%15,4)	12 (%33,3)	7 (%26,9)	0,10 7
	Haftadabir kez	6 (%23,1)	6 (%11,5)	5 (%13,9)	3 (%11,5)	
	Tansiyonumun yükseldiğini/düşüğünü hissettiğimde	7 (%26,9)	23 (%44,2)	13 (%36,1)	12 (%46,2)	
	Bazen	1 (%3,8)	11 (%21,2)	5 (%13,9)	4 (%15,4)	
	Hiç	5 (%19,2)	4 (%7,7)	1 (%2,8)	0 (%0)	
HT için Kontrole Gitme Sıklığı	Ayda bir	3 (%11,5)	9 (%17,3)	4 (%11,1)	3 (%11,5)	0,27 3
	Altıayda bir	4 (%15,4)	18 (%34,6)	12 (%33,3)	9 (%34,6)	
	Yıldabir	5 (%19,2)	5 (%9,6)	3 (%8,3)	7 (%26,9)	
	Kontrolsadece ilaç yazdırmak/raporumu yenilemek için gidiyorum	14 (%53,8)	20 (%38,5)	17 (%47,2)	7 (%26,9)	
Diyet Uygulama	Evet	6 (%23,1)	22 (%42,3)	8 (%22,2)	11 (%42,3)	0,11 0
	Hayır	20 (%76,9)	30 (%57,7)	28 (%77,8)	15 (%57,7)	
Egzersiz Yapma	Evet	0 (%0)	6 (%11,5)	3 (%8,3)	7 (%26,9)	0,02 0*
	Hayır	26 (%100)	46	33 (%91,	19 (%73,1)	

Ki-kare test

* $p < 0.05$

Eğitim düzeyi ile tansiyon ölçtürme sıklıkları, hipertansiyon için kontrole gitme sıklıkları, diyet uygulama oranları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Eğitim düzeyine ile egzersiz yapma oranları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p: 0.020$; $p < 0.05$). Eğitim düzeyi arttıkça egzersiz yapma oranı da artmaktadır.

Olguların yaş ile ilgili değerlendirmeleri tablo 4.5'te verilmiştir.

Tablo 4.5. : Yaş ile ilgili değerlendirmeler

		Yaş	P
		Ort±SS	
Tansiyon Ölçtürme Sıklığı	Hergün	55,47±11,19	¹ 0,134
	Haftadabir kez	61,35±10,01	
	Tansiyonumun yükseldiğini/düşüğünü hissettiğimde	57,78±6,7	
	Bazen	55,52±8,66	
	Hiç	59,2±7,02	
HT için kontrole gitme sıklığı	Ayda bir	56,74±14,13	¹ 0,903
	Altı ayda bir	57,0±7,72	
	Yılda bir	57,4±7,63	
	Kontrole sadece ilaç yazdırmak/raporumu yenilemek için gidiyorum	58,14±8,07	
Diyet Uygulama	Evet	59,02±7,93	² 0,148
	Hayır	56,72±9,26	
Egzersiz Yapma	Evet	54,94±10,87	² 0,222
	Hayır	57,82±8,58	

¹Oneway ANOVA Test²Student t test

Yaş ortalamaları ile tansiyon ölçtürme sıklığı, hipertansiyon için kontrole gitme sıklığı, diyet veya egzersiz uygulama durumu arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Olguların HBHTUÖ değerleri tablo 4.6' da verilmiştir.

Tablo 4.6. : HBHTUÖ skorlarının minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan değerleri ve tam uyum oranları

	Minimum	Maximum	Ort±SS	Medyan	Tam Uyum Oranı
Total skor	0	17	5,21±4,02	5	17 (%12,1)
Beslenme skoru	0	7	1,76±1,37	2	27 (%19,3)
Medikal skor	0	13	3,45±3,28	3	39 (%27,9)

HBHTUÖ total skoru 0 ile 17 arasında değişmekte olup, ortalaması 5.21±4.02, medyanı 5'tir. Total skor için tam uyum oranı %12.1'dir.

Beslenme skoru 0 - 7 arasında değişmekte olup, ortalaması 1.76±1.37, medyanı 2'dir. Beslenme skoru için tam uyum oranı %19.3'tür.

Medikal skor 0 ile 13 arasında değişmekte olup, ortalaması 3.45±3.28, medyanı 3'tür. Medikal skor için tam uyum oranı %27.9'dur.

Olguların yaş ile HBHTUÖ skorları korelasyonu incelenmiş ve bulunan değerler tablo 4.7' de verilmiştir.

Tablo 4.7. : Yaş ile HBHTUÖ skorlarının korelasyonu

	Yaş	
	R	P
Total skor	0,006	0,940
Beslenme skoru	-0,011	0,894
Medikal skor	0,013	0,883

Pearson Korelasyon Analizi

Yaş ile HBHTUÖ total skoru, beslenme skoru ve medikal skor arasındaki ilişki incelenmiş ve anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Olguların sosyodemografik verileri ile HBHTUÖ skorları arasındaki ilişki incelenmiş ve bulguları tablo 4.8' de verilmiştir.

Tablo 4.8. : Sosyodemografik verilere göre HBHTUÖ skorlarının değerlendirilmesi

		Total Skor	Beslenme Skoru	Medikal Skor
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
BMI	Normal	4,93±3,66 (4)	2,07±1,66 (2)	2,87±2,93 (2)
	Fazla Kilolu	4,75±3,89 (4)	1,71±1,33 (2)	3,03±2,97 (2)
	Obez	5,9±4,33 (5)	1,63±1,22 (2)	4,27±3,69 (4)
	¹ p	0,349	0,637	0,156
Cinsiyet	Erkek	4,97±4,21 (4,5)	1,73±1,56 (2)	3,23±3,28 (2)
	Kadın	5,41±3,86 (5)	1,78±1,2 (2)	3,63±3,29 (3)
	² p	0,400	0,542	0,389
Medeni Durum	Bekar	4,57±2,3 (6)	1,14±1,21 (1)	3,43±2,44 (4)
	Evli	5,49±4,17 (5)	1,84±1,38 (2)	3,65±3,39 (3)
	Dul	4,04±3,5 (3)	1,57±1,34 (1)	2,48±2,89 (2)
	¹ p	0,298	0,313	0,271

Çocuk Sayısı	Yok	5,25±2,34 (6)	1,5±1,57 (1)	3,75±2,01 (4,5)
	1	6±5,45 (4)	1,89±1,17 (2)	4,11±4,37 (2)
	2	5,46±2,69 (5,5)	1,75±1,04 (2)	3,71±2,64 (3,5)
	3	5,72±4,87 (5)	1,84±1,35 (2)	3,88±3,97 (3)
	4 veya Daha Fazla	4,68±4,11 (4)	1,75±1,53 (2)	2,93±3,2 (2)
	¹ p	0,580	0,860	0,459
Eğitim Durumu	Okur yazar Değil	5,65±4,3 (4)	2,08±1,26 (2)	3,58±3,61 (2)
	Okur yazar/İlköğretim	5,56±4,18 (5)	1,69±1,45 (1)	3,87±3,5 (4)
	Ortaöğretim	4,75±3,68 (6)	1,58±1,44 (2)	3,17±2,73 (3,5)
	Yükseköğretim	4,69±3,96 (4)	1,81±1,2 (2)	2,88±3,25 (2)
	¹ p	0,723	0,329	0,682
Meslek	Memur	4,18±3,31 (4)	1,45±1,13 (2)	2,73±2,65 (2)
	Özel Sektör	3,53±2,56 (4)	1,53±0,99 (2)	2±2,04 (1)
	Emekli	5±3,96 (6)	1,76±1,64 (2)	3,24±3,28 (4)
	Ev Hanımı	5,65±3,94 (5)	1,74±1,14 (2)	3,9±3,42 (3)
	Diğer	6,33±5,63 (5)	2,27±1,91 (2)	4,07±3,92 (2)
	¹ p	0,413	0,812	0,382
Sosyal Güvence	Var	4,95±3,84 (5)	1,7±1,34 (2)	3,25±3,18 (2)
	Yok	7,19±4,9 (6,5)	2,19±1,56 (2)	5±3,76 (4)
	² p	0,084	0,233	0,056
Kiminle İkamet Ettiği	Yalnız	4,44±3,79 (4,5)	1,69±1,49 (1,5)	2,75±3,02 (2)
	Eş Ve Çocuklar	5,47±4,02 (5)	1,85±1,36 (2)	3,61±3,28 (3)
	Anne,Baba,Kardeşler	5,14±5,43 (5)	1±1,53 (0)	4,14±4,34 (4)
	Diğer	3,25±2,96 (3)	1,25±0,89 (1)	2±2,83 (1)
	¹ p	0,367	0,179	0,374
Sigara Kullanımı	Evet	7,29±3,7 (6,5)	2,25±1,42 (2)	5,04±2,88 (5)
	Hayır	4,78±3,96 (4)	1,66±1,34 (2)	3,12±3,28 (2)
	² p	0,002*	0,045*	0,003*

¹Kruskal Wallis Test

²Mann Whitney U Test

* $p < 0.05$

BMI grupları, medeni durum, çocuk sayısı, meslek, sosyal güvencenin olup olmaması, kiminle ikamet ettiği, eğitim düzeyleri ile HBHTUÖ total skoru, beslenme skoru ve medikal skor puan ortalamaları açısından anlamlı istatistiksel fark saptanmamaktadır ($p > 0.05$).

Kadın ve erkekler arasında HBHTUÖ total skoru, beslenme skoru ve medikal skor puan ortalamaları açısından farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Sigara kullanan olguların HBHTUÖ total skoru, beslenme skoru ve medikal skor puan ortalamaları, sigara kullanmayan olgulardan anlamlı düzeyde yüksek saptanmaktadır ($p < 0.05$).

Olguların hipertansiyona ilişkin özelliklerine göre HBHTUÖ skorları tablo 4.9' da verilmiştir.

Tablo 4.9. : Hipertansiyona ilişkin özelliklere göre HBHTUÖ skorlarının değerlendirilmesi

		Total Skor	Beslenme Skoru	Medikal Skor
		Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)
Tansiyon Ölçtürme Sıklığı	Hergün	3,35±2,88 (4)	1,12±1,09 (1)	2,24±2,45 (2)
	Haftada Bir Kez	4,5±3,27 (5)	1,35±1,39 (1)	3,15±2,46 (4)
	Tansiyonun	6,13±4,19 (6)	2,05±1,24 (2)	4,07±3,52 (4)

		Yükseldiğini/Düştüğünü Hissettiğinde		
	Bazen	6,05±4,76 (5)	1,95±1,28 (2)	4,1±3,97 (4)
	Hiç	6,1±4,36 (6)	2,7±2 (2)	3,4±3,63 (2,5)
	¹ p	0,018*	0,003*	0,188
HT Nedeni İle Kullanılan İlaç Sayısı	1 İlaç	5,61±4,12 (5)	1,79±1,42 (2)	3,82±3,48 (4)
	2 ve Üzeri	4,51±3,78 (4)	1,71±1,29 (2)	2,8±2,83 (2)
	² p	0,110	0,888	0,143
HT Tanı Süresi	5 Yıldan Daha Az	6,6±4,65 (6)	2,11±1,45 (2)	4,49±3,61 (4)
	5-10 Yıl	4,78±3,28 (5)	1,71±1,23 (2)	3,07±2,97 (2)
	10 Yıldan Daha Uzun	4,29±3,64 (4)	1,48±1,35 (1)	2,81±3,03 (2)
	Süredir			
	¹ p	0,036*	0,037*	0,033*
HT İçin Kontrole Gitme Sıklığı	Ayda Bir	4,05±3,03 (5)	0,74±0,73 (1)	3,32±2,54 (4)
	Altı Ayda Bir	4,33±3,59 (4)	1,51±1,35 (1)	2,81±2,9 (2)
	Yılda Bir	6,35±3,88 (5,5)	2,2±1,15 (2)	4,15±3,48 (4)
	İlaç Yazdırmak/ Raporu Yenilemek İçin	5,84±4,48 (5)	2,12±1,42 (2)	3,72±3,67 (2,5)
	¹ p	0,131	0,000*	0,506
Kalp-Damar Hastalıkları	Yok	5,01±3,94 (4)	1,62±1,21 (2)	3,39±3,26 (2)
	Var	5,51±4,16 (6)	1,96±1,56 (2)	3,55±3,34 (4)
	² p	0,501	0,302	0,841
Böbrek Hastalıkları	Yok	5,57±4,04 (5)	1,93±1,39 (2)	3,64±3,32 (4)
	Var	4,26±3,86 (4)	1,31±1,22 (1)	2,95±3,17 (2)
	² p	0,048*	0,014*	0,282
Göz Hastalıkları	Yok	5,42±3,96 (5)	1,85±1,36 (2)	3,58±3,3 (3)
	Var	4,38±4,2 (4)	1,41±1,35 (1)	2,97±3,23 (2)
	² p	0,135	0,072	0,304
Diğer Hastalıklar	Yok	5,22±3,76 (5)	1,81±1,25 (2)	3,41±3,2 (3)
	Var	5,19±4,43 (5)	1,67±1,54 (2)	3,52±3,44 (2,5)
	² p	0,747	0,386	0,993
Diyet Uygulama	Evet	3,23±3,46 (2)	1,17±1,2 (1)	2,06±2,91 (1)
	Hayır	6,2±3,92 (6)	2,05±1,35 (2)	4,15±3,25 (4)
	² p	0,000*	0,000*	0,000*
Egzersiz Yapma	Evet	2,13±2,73 (1,5)	0,75±1 (0)	1,38±2,06 (0)
	Hayır	5,6±3,99 (5)	1,89±1,36 (2)	3,72±3,32 (3,5)
	² p	0,000*	0,001*	0,004*

¹Kruskal Wallis Test

²Mann Whitney U Test

* p<0.05

Tansiyon ölçtürme sıklıkları ile HBHTUÖ total skorları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p:0.018; p<0.05). Tansiyonunu her gün ölçtürenlerin total skorları, tansiyonunun yükseldiğini/düştüğünü hissettiğinde ölçtüren, bazen ölçtüren ve hiç ölçtürmeyenlerin total puanlarından anlamlı düzeyde düşüktü (p₁:0.002; p₂:0.034; p₃:0.038; p<0.05). Diğer tansiyon ölçtürme sıklıkları ile total puan ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0.05).

Tansiyon ölçtürme sıklıkları ile HBHTUÖ beslenme skorları arasında anlamlı bir ilişki vardır (p:0.003; p<0.05). Tansiyonunu her gün ölçtürenlerin beslenme skorları, tansiyonunun yükseldiğini/düştüğünü hissettiğinde

ölçtüren, bazen ölçtüren ve hiç ölçtirmeyenlerin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p_1:0.001$; $p_2:0.016$; $p_3:0.012$; $p<0.05$). Tansiyonunu haftada 1 kez ölçtürenlerin beslenme skorları, tansiyonunun yükseldiğini/düşüğünü hissettiğinde ölçtürenlerin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktü ($p_1:0.026$; $p<0.05$). Diğer tansiyon ölçtirme sıklıkları arasında beslenme puan ortalamaları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tansiyon ölçtirme sıklıkları ile HBHTUÖ medikal skorları arasında ilişki yoktur ($p>0.05$)

Hipertansiyon nedeniyle kullanılan ilaç sayısına ile HBHTUÖ total skoru, beslenme skoru ve medikal skor puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel düzeyde anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Hipertansiyon tanı sürelerine ile HBHTUÖ total skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p:0.036$; $p<0.05$). Tanı süresi 5 yıldan daha az olanların total skorları, tanı süresi 10 yıldan daha uzun olanların total puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.013$; $p<0.05$). Diğer tanı süreleri arasında total puan ortalamaları açısından bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Hipertansiyon tanı süreleri ile HBHTUÖ beslenme skorları arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir ilişki vardır ($p:0.037$; $p<0.05$). Tanı süresi 5 yıldan daha az olanların beslenme skorları, tanı süresi 10 yıldan daha uzun olanların total puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.011$; $p<0.05$). Diğer tanı süreleri arasında beslenme puan ortalamaları açısından bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hipertansiyon tanı süreleri ile HBHTUÖ medikal skorlar arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0.033$; $p<0.05$). Tanı süresi 5 yıldan daha az olanların medikal skorları, tanı süresi 10 yıldan daha uzun olanların total puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.012$; $p<0.05$). Diğer tanı süreleri arasında medikal puan ortalamaları açısından fark yoktur ($p>0.05$).

Hipertansiyon için kontrole gitme sıklıklarına göre HBHTUÖ beslenme skorları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0.000$; $p<0.05$). Ayda bir kontrole gidenlerin beslenme skorları, altı ayda bir, yılda bir ve ilaç yazdırmak/rapor yenilemek için gidenlerin puanlarından düşüktür ($p_1:0.022$; $p_2:0.000$; $p_3:0.000$; $p<0.05$). Altı ayda bir kontrole gidenlerin beslenme skorları, yılda bir ve ilaç yazdırmak/rapor yenilemek için gidenlerin puanlarından anlamlı düzeyde düşüktür ($p_1:0.020$; $p_2:0.016$; $p<0.05$). Yılda bir ve ilaç yazdırmak/rapor yenilemek için gidenlerin puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hipertansiyon için kontrole gitme sıklıklarına göre HBHTUÖ total skor ve medikal skorları arasındaki istatistiksel fark anlamlı değildir ($p>0.05$)

Kalp-damar hastalıkları varlığına göre HBHTUÖ total skoru, beslenme skoru ve medikal skor puan ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel fark yoktur ($p>0.05$).

Böbrek hastalıkları olanların HBHTUÖ total skoru ve beslenme skorları, böbrek hastalıkları olmayanlardan istatistiksel anlamlılık düzeyinde düşüktür ($p_1:0.048$; $p_2:0.014$; $p<0.05$). Böbrek hastalıkları varlığına göre HBHTUÖ medikal skor puan ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak fark yoktur ($p>0.05$).

Göz hastalıkları varlığına göre HBHTUÖ total skoru, beslenme skoru ve medikal skor puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık yoktur ($p>0.05$).

Diğer hastalıkların varlığına göre HBHTUÖ total skoru, beslenme skoru ve medikal skor puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Diyet uygulayanların HBHTUÖ total skoru, beslenme skorları ve medikal skorları, diyet uygulamayanlardan düşük bulundu ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ($p_1:0.000$; $p_2:0.000$; $p_3:0.000$; $p<0.05$).

Egzersiz yapanların HBHTUÖ total skoru, beslenme skorları ve medikal skorları, egzersiz yapmayanlardan anlamlı olarak düşüktür ($p_1:0.000$; $p_2:0.001$; $p_3:0.004$; $p<0.05$).

Olguların SF-36 ölçek alt boyut skorları tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10:SF-36 ölçeği alt boyutlarının minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, medyan değerleri

	Minimum	Maximum	Ort±SS	Medyan
Fiziksel fonksiyon	0	100	50,39±32,64	45
Rol güçlüğü	0	100	46,79±44,56	50
Ağrı	0	90	54,45±26,58	52
Genel sağlık	0	100	45,44±22,27	45
Vitalite	0	85	44,43±22,11	45
Sosyal fonksiyon	0	100	53,75±29,06	50
Emosyonel rol güçlüğü	0	100	54,05±45,32	66,7
Mental sağlık	20	96	60,89±17,5	60

SF-36 fiziksel fonksiyon alt boyutu puanları 0 ile 100 arasında olup, ortalama değeri 50.39±32.64, medyanı 45'tir.

SF-36 rol güçlüğü alt boyutu puanları 0 ile 100 arasında olup, ortalama değeri 46.79±44.56, medyanı 50'dir.

SF-36 ağrı alt boyutu puanları 0 ile 90 arasında olup, ortalama değeri 54.45±26.58, medyanı 52'dir.

SF-36 genel sağlık alt boyutu puanları 0 ile 100 arasında olup, ortalama değeri 45.44±22.27, medyanı 45'tir.

SF-36 vitalite alt boyutu puanları 0 ile 85 arasında olup, ortalama değeri 44.43±22.11, medyanı 45'tir.

SF-36 sosyal fonksiyon alt boyutu puanları 0 ile 100 arasında olup, ortalama değeri 53.75±29.06, medyanı 50'dir.

SF-36 emosyonel rol güçlüğü alt boyutu puanları 0 ile 100 arasında olup, ortalama değeri 54.05±45.32, medyanı 66.7'dir.

SF-36 mental sağlık alt boyutu puanları 20 ile 96 arasında olup, ortalama değeri 60.89±17.5, medyanı 60'dir.

Olguların yaş ile SF-36 ölçek alt boyutlarının korelasyonu tablo 4.11' de verilmiştir.

Tablo 4.11: Yaş ile SF-36 Ölçeği alt boyutlarının korelasyonu

	Yaş	
	R	P
Fiziksel fonksiyon	-0,384	0,000*
Rol güçlüğü	-0,243	0,004*
Ağrı	-0,227	0,007*
Genel sağlık	-0,157	0,064
Vitalite	-0,251	0,003*
Sosyal fonksiyon	-0,178	0,035*
Emosyonel rol güçlüğü	-0,126	0,139
Mental sağlık	-0,06	0,484

Pearson Korelasyon Analizi *p<0.05

Yaş ile SF-36 fiziksel fonksiyon alt boyutu arasındaki değerlendirilmede; ters yönlü, %38.4 düzeyinde ve anlamlı bir ilişki vardır (p:0.000; p<0.05).

Yaş ile SF-36 rol güçlüğü alt boyutu arasındaki değerlendirilmede; ters yönlü, %24.3 düzeyinde ve anlamlı bir ilişki vardır (p:0.004; p<0.05).

Yaş ile SF-36 ağrı alt boyutu arasındaki değerlendirilmede; ters yönlü, %22.7 düzeyinde ve anlamlı bir ilişki vardır (p:0.007; p<0.05).

Yaş ile SF-36 vitalite alt boyutu arasındaki değerlendirilmede; ters yönlü, %25.1 düzeyinde ve anlamlı bir ilişki vardır (p:0.003; p<0.05).

Yaş ile SF-36 sosyal fonksiyon alt boyutu arasındaki değerlendirilmede; ters yönlü, %17.8 düzeyinde ve anlamlı bir ilişki vardır (p:0.035; p<0.05).

Yaş ile SF-36 genel sağlık, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları arasındaki değerlendirilmede anlamlı bir ilişki saptanmamaktadır (p>0.05).

Olguların VKİ gruplarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.12' de verilmiştir.

Tablo 4.12: VKİ gruplarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	VKİ			P
	Normal	Fazla kilolu	Obez	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	49,5 ±35,66 (40)	60 ±31,65 (65)	39,8 ±28,95 (35)	0,009*
Rol güçlüğü	45,83 ±46,92 (37,5)	55,51 ±45,5 (75)	37,25 ±40,73 (25)	0,077
Ağrı	52,03 ±27,09 (52)	61,27 ±25,41 (62)	47,98 ±26,24 (52)	0,024*
Genel sağlık	49,1 ±19,14 (46)	47,53 ±24,31 (47)	40,88 ±21,11 (40)	0,217
Vitalite	45,83 ±19,83 (45)	47,29 ±22,33 (50)	40,29 ±22,9 (45)	0,258
Sosyal fonksiyon	47,92 ±26,89 (50)	59,75 ±28,24 (62,5)	50,25 ±30,46 (50)	0,089
Emosyonel rol güçlüğü	42,22 ±47,09 (0)	62,71 ±42,92 (66,7)	50,98 ±45,88 (66,7)	0,119
Mental sağlık	62,8 ±14,1 (64)	61,69 ±17,49 (64)	58,82 ±19,34 (56)	0,621

Kruskal Wallis Testi *p<0.05

VKİ grupları ile SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları arasında anlamlı düzeyde ilişki yoktur ($p:0.009$; $p<0.05$). Fazla kilolu gruptaki olguların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, obez gruptan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.002$; $p<0.05$). Diğer VKİ grupları ile SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı değildir ($p>0.05$).

VKİ grupları ile SF-36 rol güçlüğü alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

VKİ grupları ile SF-36 ağrı ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p:0.024$; $p<0.05$). Fazla kilolu gruptaki olguların SF-36 ağrı ortalamaları, obez gruptan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.007$; $p<0.05$). Diğer VKİ grupları ile SF-36 ağrı ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

VKİ grupları arasında SF-36 genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları açısından anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Olguların cinsiyete göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.13’ de verilmiştir.

Tablo 4.13: Cinsiyete göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Cinsiyet		P
	Erkek	Kadın	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	61,8 ±34,63 (75)	40,79 ±27,6 (35)	0,000*
Rol güçlüğü	59,38 ±45,75 (75)	36,18 ±40,91 (12,5)	0,002*
Ağrı	65,05 ±26,2 (74)	45,53 ±23,59 (52)	0,000*
Genel sağlık	52,19 ±23,34 (52)	39,76 ±19,74 (38,5)	0,002*
Vitalite	50,16 ±23,35 (50)	39,61 ±19,91 (40)	0,004*
Sosyal fonksiyon	59,38 ±29,55 (62,5)	49,01 ±27,97 (50)	0,034*
Emosyonel rol güçlüğü	63,02 ±44,49 (100)	46,49 ±44,91 (33,3)	0,029*
Mental sağlık	62,88 ±16,55 (68)	59,21 ±18,2 (58)	0,219

Mann Whitney U Testi * $p<0.05$

Erkeklerin SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.000$; $p<0.05$).

Erkeklerin SF-36 rol güçlüğü ortalamaları, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.002$; $p<0.05$).

Erkeklerin SF-36 ağrı ortalamaları, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.000$; $p<0.05$).

Erkeklerin SF-36 genel sağlık ortalamaları, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.002$; $p<0.05$).

Erkeklerin SF-36 vitalite ortalamaları, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.004$; $p<0.05$).

Erkeklerin SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.034$; $p<0.05$).

Erkeklerin SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.029$; $p<0.05$).

Erkekler ve kadınların SF-36 mental sağlık ortalamaları arasında anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$).

Olguların medeni duruma göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.14’ de verilmiştir.

Tablo 4.14: Medeni duruma göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Medeni durum			P
	Bekar	Evli	Dul	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	38,57 ±38,37 (25)	54,09 ±32,67 (50)	36,3 ±26,85 (35)	0,039*
Rol güçlüğü	42,86 ±53,45 (0)	51,36 ±44,65 (62,5)	26,09 ±36,52 (0)	0,039*
Ağrı	61,71 ±21,09 (62)	56,95 ±26,66 (52)	40,3 ±23,78 (41)	0,020*
Genel sağlık	38,43 ±23,93 (25)	47,6 ±21,9 (46)	37,26 ±22,17 (37)	0,095
Vitalite	42,14 ±13,8 (50)	46,82 ±21,16 (47,5)	33,7 ±25,86 (30)	0,037*
Sosyal fonksiyon	46,43 ±22,49 (37,5)	56,02 ±29,02 (50)	45,11 ±30,09 (50)	0,247
Emosyonel rol güçlüğü	47,62 ±50,4 (33,3)	54,24 ±45,12 (66,7)	55,07 ±46,72 (66,7)	0,966
Mental sağlık	69,14 ±17,39 (80)	61,2 ±16,45 (60)	56,87 ±21,74 (56)	0,308

Kruskal Wallis Testi *p<0.05

Medeni duruma ile SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı bir farklılık vardır (p:0.039; p<0.05). Evli olguların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, dul olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.020; p<0.05). Diğer medeni durumlar ile SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0.05).

Medeni duruma ile SF-36 rol güçlüğü ortalamaları arasındaki istatistiksel ilişki anlamlıdır (p:0.039; p<0.05). Evli olguların SF-36 rol güçlüğü ortalamaları, dul olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.010; p<0.05). Diğer medeni durumlar arasında SF-36 rol güçlüğü ortalamaları açısından anlamlı bir fark yoktur (p>0.05).

Medeni duruma ile SF-36 ağrı ortalamaları arasındaki istatistiksel ilişki anlamlıdır (p:0.020; p<0.05). Evli olguların SF-36 ağrı ortalamaları, dul olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.007; p<0.05). Diğer medeni durumlar ile SF-36 ağrı ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur (p>0.05).

Medeni duruma ile SF-36 genel sağlık alt boyutu ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05).

Medeni duruma ile SF-36 vitalite ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.037; p<0.05). Evli olguların SF-36 vitalite ortalamaları, dul olgulardan anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.011; p<0.05). Diğer medeni durumlar ile SF-36 vitalite ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0.05).

Medeni duruma göre SF-36 sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0.05).

Olguların çocuk sayısına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.15' te verilmiştir.

Tablo 4.15: Çocuk sayısına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Çocuk sayısı					P
	Yok	1	2	3	4 veya daha fazla	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	

Fiziksel fonksiyon	42,5 ±35,06 (30)	68,89 ±36,04 (95)	64,46 ±32,98 (75)	51,09 ±32,89 (40)	42,12 ±28,71 (40)	0,014*
Rol güçlüğü	45,83 ±49,81 (25)	66,67 ±41,46 (75)	59,82 ±47,79 (100)	49,22 ±43,76 (50)	36,44 ±41,35 (0)	0,095
Ağrı	61,92 ±17,52 (62)	58,89 ±24,47 (72)	63,32 ±23,94 (63)	53,59 ±28,93 (52)	48,51 ±27,38 (52)	0,218
Genel sağlık	47,33 ±21,87 (51)	58,89 ±28,57 (75)	51,61 ±22,68 (52)	45,09 ±19,96 (42,5)	40,27 ±21,4 (40)	0,089
Vitalite	50,83 ±17,17 (50)	49,44 ±31,07 (65)	51,96 ±20,29 (50)	46,56 ±20,81 (45)	37,63 ±21,68 (40)	0,021*
Sosyal fonksiyon	55,21 ±25,26 (50)	63,89 ±37,73 (87,5)	61,61 ±25,44 (68,8)	56,25 ±31,43 (50)	46,82 ±27,91 (50)	0,147
Emosyonel rol güçlüğü	44,44 ±49,92 (16,7)	66,67 ±44,1 (100)	48,81 ±45,8 (66,7)	60,42 ±46,71 (100)	53,11 ±44,26 (66,7)	0,664
Mental sağlık	73,67 ±15,3 (78)	64 ±18,76 (68)	61,14 ±18,76 (66)	61,13 ±16,17 (58)	57,56 ±17,05 (60)	0,071
<i>Kruskal Wallis Testi</i>	<i>*p<0.05</i>					

Çocuk sayısı ile SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları arasındaki istatistiksel ilişki anlamlıdır (p:0.014; p<0.05). Çocuk sayısı 4 ve daha fazla olanların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, 1 çocuğu ve 2 çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p₁:0.021; p₂:0.003; p<0.05). Diğer çocuk sayıları il SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05).

Çocuk sayısı ile SF-36 rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık alt boyut ortalamaları arasında anlamlı ilişki saptanmamaktadır (p>0.05).

Çocuk sayısı ile SF-36 vitalite ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0.021; p<0.05). Çocuk sayısı 4 ve daha fazla olanların SF-36 vitalite ortalamaları, çocuğu olmayan ve 2 çocuğu olanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p₁:0.037; p₂:0.002; p<0.05). Diğer çocuk sayıları arasında SF-36 vitalite ortalamaları açısından anlamlı ilişki yoktur (p>0.05).

Çocuk sayısına ile SF-36 sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05).

Olguların eğitim durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.16' da verilmiştir.

Tablo 4.16: Eğitim durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Eğitim durumu				P
	Okur-yazar değil Ort±SS (medyan)	Okur-yazar/ilköğretim Ort±SS (medyan)	Ortaöğretim Ort±SS (medyan)	Yükseköğretim Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	25,19 ±23,6 (20)	41,25 ±27,47 (35)	64,31 ±27,21 (70)	74,62 ±32,65 (90)	0,000*
Rol güçlüğü	24,04 ±38,39 (0)	33,65 ±39,26 (12,5)	59,03 ±44,38 (75)	78,85 ±38,53 (100)	0,000*
Ağrı	37,69 ±26,09 (31)	44,44 ±24,58 (52)	67,75 ±18,52 (74)	72,81 ±20,74 (84)	0,000*
Genel sağlık	34,19 ±19,88 (32,5)	40,21 ±20,12 (38,5)	48,56 ±19,59 (47)	62,85 ±21,92 (67)	0,000*
Vitalite	31,73 ±19,64 (35)	38,75 ±21 (40)	52,64 ±18,15 (50)	57,12 ±21,73 (60)	0,000*
Sosyal fonksiyon	37,98 ±27,27 (37,5)	45,67 ±29,8 (50)	62,5 ±21,55 (56,3)	73,56 ±24,06 (75)	0,000*
Emosyonel rol güçlüğü	35,9 ±43,13 (0)	46,15 ±47,21 (33,3)	62,96 ±42 (66,7)	75,64 ±38,36 (100)	0,004*

Eğitim düzeyleri ile SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur (p:0.000; p<0.05). Yükseköğretim mezunlarının fiziksel fonksiyon ortalamaları, okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.000; p<0.05). Ortaöğretim mezunlarının fiziksel fonksiyon ortalamaları, Okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.000; p<0.05). Okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, okur-yazar olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.008; p<0.05). Ortaöğretim ve yükseköğretim mezunları arasında SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları açısından anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05).

Eğitim düzeyleri ile SF-36 rol güçlüğü ortalamaları arasında anlamlı ilişki g  rlmemektedir (p:0.000; p<0.05). Yükseköğretim mezunlarının SF-36 rol güçlüğü ortalamaları, okur-yazar olmayan, okur-yazar veya ilköğretim mezunu olan ve ortaöğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p₁:0.000; p₂:0.000; p₃:0.027; p<0.05). Ortaöğretim mezunlarının SF-36 rol güçlüğü ortalamaları, okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p₁:0.003; p₂:0.009; p<0.05). Okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlar ile SF-36 rol güçlüğü ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0.05).

Eğitim düzeyleri ile SF-36 ağrı ortalamaları arasındaki ilişki istatistiksel düzeyde anlamlıdır (p:0.000; p<0.05). Yükseköğretim mezunlarının SF-36 ağrı ortalamaları, okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.000; p<0.05). Ortaöğretim mezunlarının SF-36 ağrı ortalamaları, okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.000; p<0.05). Diğer eğitim düzeyleri il SF-36 ağrı ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0.05).

Eğitim düzeyleri il SF-36 genel sağlık ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır (p:0.000; p<0.05). Yükseköğretim mezunlarının SF-36 genel sağlık ortalamaları, okur-yazar olmayan, okur-yazar veya ilköğretim mezunu olan ve ortaöğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p₁:0.000; p₂:0.000; p₃:0.011; p<0.05). Ortaöğretim mezunlarının SF-36 genel sağlık ortalamaları, okur-yazar olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.007; p<0.05). Diğer eğitim düzeyleri ile SF-36 genel sağlık ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur (p>0.05).

Eğitim düzeyleri ile SF-36 vitalite ortalamaları arasında anlamlı ilişki vardır (p:0.000; p<0.05). Yükseköğretim mezunlarının SF-36 vitalite ortalamaları, okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p₁:0.000; p₂:0.001; p<0.05). Ortaöğretim mezunlarının SF-36 vitalite ortalamaları, okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p₁:0.000; p₂:0.002; p<0.05). Diğer eğitim düzeyleri ile SF-36 vitalite ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0.05).

Eğitim düzeyleri arasında SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları açısından anlamlı farklılık mevcuttur (p:0.000; p<0.05). Yükseköğretim mezunlarının SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları, okur-yazar olmayan, okur-yazar veya ilköğretim mezunu olan ve ortaöğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir (p₁:0.000;

$p_2:0.000$; $p_3:0.049$; $p<0.05$). Ortaöğretim mezunlarının SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları, okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.000$; $p_2:0.006$; $p<0.05$). Okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlar ile SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Eğitim düzeyleri ile SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki vardır ($p:0.004$; $p<0.05$). Yükseköğretim mezunlarının SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları, okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.001$; $p_2:0.008$; $p<0.05$). Ortaöğretim mezunlarının SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları, okur-yazar olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.018$; $p<0.05$). Diğer eğitim düzeyleri ile SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Eğitim düzeyleri ile SF-36 mental sağlık ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p:0.002$; $p<0.05$). Ortaöğretim mezunlarının SF-36 mental sağlık ortalamaları, okur-yazar olmayan ve okur-yazar veya ilköğretim mezunu olanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.006$; $p_2:0.000$; $p<0.05$). Diğer eğitim düzeyleri ile SF-36 mental sağlık ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Olguların meslek gruplarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.17' de verilmiştir.

Tablo 4.17: Meslek gruplarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Meslek					P
	Memur	Özel sektör	Emekli	Ev hanımı	Diğer	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	75 ±35,85 (90)	74,33 ±32,51 (95)	53,11 ±32,15 (55)	35,73 ±25,36 (32,5)	62,33 ±30,41 (55)	0,000*
Rol güçlüğü	95,45 ±15,08 (100)	76,67 ±38,34 (100)	47,3 ±46,69 (50)	30,24 ±38,98 (0)	48,33 ±42,75 (75)	0,000*
Ağrı	77,45 ±16,57 (84)	79,6 ±12,81 (84)	58,41 ±27,54 (62)	43,44 ±23,02 (52)	48,2 ±26,11 (52)	0,000*
Genel sağlık	67,09 ±26,67 (72)	59,27 ±19,85 (65)	47,19 ±19,37 (45)	36,34 ±18,9 (35)	49,07 ±23,17 (52)	0,000*
Vitalite	68,18 ±23,48 (75)	53,33 ±21,27 (55)	47,3 ±19,92 (45)	36,45 ±19,59 (40)	44 ±21,97 (45)	0,000*
Sosyal fonksiyon	75 ±23,72 (75)	81,67 ±19,4 (87,5)	51,69 ±28,44 (50)	45,36 ±26,8 (50)	50 ±29,5 (50)	0,000*
Emosyonel rol güçlüğü	87,88 ±22,47 (100)	73,33 ±45,77 (100)	53,15 ±46,12 (66,7)	43,55 ±45 (33,3)	55,56 ±43,03 (66,7)	0,013*
Mental sağlık	72,36 ±13,44 (76)	61,07 ±20,31 (60)	64,86 ±16,87 (68)	56,39 ±17,33 (56)	61,07 ±14,93 (64)	0,030*

Kruskal Wallis Testi * $p<0.05$

Meslek durumuna göre SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları arasında anlamlı farklılık vardır ($p:0.000$; $p<0.05$). Memurların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, emekli ve ev hanımlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.019$; $p_2:0.002$; $p<0.05$). Özel sektör çalışanlarının SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, emekli ve

ev hanımlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.017$; $p_2:0.000$; $p<0.05$). Ev hanımlarının SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, emekli ve diğer mesleklerden anlamlı düzeyde düşüktür ($p_1:0.012$; $p_2:0.003$; $p<0.05$). Diğer meslekler ile SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Meslekler ile SF-36 rol güçlüğü ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki vardır ($p:0.000$; $p<0.05$). Memurların SF-36 rol güçlüğü ortalamaları, emekli, ev hanımı ve diğer mesleklerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.001$; $p_2:0.000$; $p_3:0.001$; $p<0.05$). Özel sektör çalışanlarının SF-36 rol güçlüğü ortalamaları, emekli, ev hanımı ve diğer mesleklerden anlamlı düzeyde yüksekti ($p_1:0.027$; $p_2:0.000$; $p_3:0.027$; $p<0.05$). Diğer meslekler ile SF-36 rol güçlüğü ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Meslekler ile SF-36 ağrı ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p:0.000$; $p<0.05$). Memurların SF-36 ağrı ortalamaları, emekli, ev hanımı ve diğer mesleklerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.017$; $p_2:0.000$; $p_3:0.003$; $p<0.05$). Özel sektör çalışanlarının SF-36 ağrı ortalamaları, emekli, ev hanımı ve diğer mesleklerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.004$; $p_2:0.000$; $p_3:0.001$; $p<0.05$). Emeklilerin SF-36 ağrı ortalamaları, ev hanımlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.005$; $p<0.05$). Diğer meslekler ile SF-36 ağrı ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Meslekler ile SF-36 genel sağlık ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı ilişki vardır ($p:0.000$; $p<0.05$). Memurların SF-36 genel sağlık ortalamaları, emekli ve ev hanımlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.011$; $p_2:0.000$; $p<0.05$). Ev hanımlarının SF-36 genel sağlık ortalamaları, özel sektör çalışanı ve emeklilerden anlamlı düzeyde düşüktür ($p_1:0.000$; $p_2:0.012$; $p<0.05$). Diğer meslekler ile SF-36 genel sağlık ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Meslekler ile SF-36 vitalite ortalamaları arasında anlamlı düzeyde ilişki mevcuttur ($p:0.000$; $p<0.05$). Memurların SF-36 vitalite ortalamaları, özel sektör çalışanı, emekli, ev hanımı ve diğer mesleklerden anlamlı düzeyde yüksekti ($p_1:0.012$; $p_2:0.002$; $p_3:0.000$; $p_4:0.007$; $p<0.05$). Ev hanımlarının SF-36 vitalite ortalamaları, özel sektör çalışanı ve emeklilerden anlamlı düzeyde düşüktür ($p_1:0.005$; $p_2:0.013$; $p<0.05$). Diğer meslekler ile SF-36 vitalite ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Meslekler ile SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları arasında anlamlı ilişki mevcuttur ($p:0.000$; $p<0.05$). Memurların SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları, emekli, ev hanımı ve diğer mesleklerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.019$; $p_2:0.003$; $p_3:0.038$; $p<0.05$). Özel sektör çalışanlarının SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları, emekli ev hanımı ve diğer mesleklerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.001$; $p_2:0.000$; $p_3:0.003$; $p<0.05$). Diğer meslekler ile SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Meslekler ile SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki mevcuttur ($p:0.013$; $p<0.05$). Memurların SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları, emekli, ev hanımı ve diğer mesleklerden anlamlı düzeyde yüksektir ($p_1:0.029$; $p_2:0.003$; $p_3:0.035$; $p<0.05$). Özel sektör çalışanlarının SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları, ev hanımlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.022$; $p<0.05$). Diğer meslekler ile SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Meslekler ile SF-36 mental sağlık ortalamaları arasında anlamlı farklılık mevcuttur ($p:0.030$; $p<0.05$). Memurların SF-36 mental sağlık ortalamaları, ev hanımı ve diğer mesleklerden anlamlı düzeyde yüksektir

($p_1:0.006$; $p_2:0.029$; $p<0.05$). Emeklilerin SF-36 mental sağlık ortalamaları, ev hanımlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.027$; $p<0.05$). Diğer meslekler ile SF-36 mental sağlık ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Olguların sosyal güvence durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.18' de verilmiştir.

Tablo 4.18: Sosyal güvence durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Sosyal güvence		P
	Var	Yok	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	50,44 ±32,18 (45)	50 ±37,15 (40)	0,963
Rol güçlüğü	48,19 ±44,54 (50)	35,94 ±44,69 (0)	0,293
Ağrı	55,34 ±26,49 (52)	47,56 ±27,19 (52)	0,265
Genel sağlık	47,01 ±22,44 (45)	33,31 ±17,02 (27,5)	0,017*
Vitalite	46,01 ±21,53 (45)	32,19 ±23,45 (40)	0,078
Sosyal fonksiyon	54,84 ±28,54 (50)	45,31 ±32,56 (50)	0,278
Emosyonel rol güçlüğü	54,3 ±45,08 (66,7)	52,08 ±48,64 (66,7)	0,849
Mental sağlık	62,16 ±17,19 (64)	51 ±17,19 (46)	0,011*

Mann Whitney U Testi * $p<0.05$

Sosyal güvencesi olanlar ve olmayanlar ile SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü ve ağrı alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Sosyal güvencesi olanların SF-36 genel sağlık ortalamaları, sosyal güvencesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.017$; $p<0.05$).

Sosyal güvencesi olanlar ve olmayanlar ile SF-36 vitalite, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Sosyal güvencesi olanların SF-36 mental sağlık ortalamaları, sosyal güvencesi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.011$; $p<0.05$).

Olguların kiminle ikamet ettiğine göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.19' de verilmiştir.

Tablo 4.19: Kiminle ikamet ettiğine göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Kiminle İkamet Ettiği				P
	Yalnız	Eş Ve Çocuklar	Anne,Baba,Kardeşler	Diğer	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS(medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	37,19±28,75(32,5)	53,76±32,68(50)	35,71±37,91(15)	43,75±28,88(45)	0,112
Rol güçlüğü	32,81±38,43(12,5)	49,54±45(50)	50±47,87(75)	34,38±48,07(0)	0,422
Ağrı	46,06±25,66(46)	57,2±25,89(52)	50,14±33,44(62)	37,5±26,43(41,5)	0,122
Genel sağlık	36,25±22,56(38,5)	46,96±22,07(45)	46,71±22,93(55)	42±23,36(37,5)	0,411
Vitalite	34,06±26,6(35)	46,15±21,84(45)	45±15,81(50)	41,25±17,68(35)	0,222
Sosyal fonksiyon	52,34±31,03(56,3)	55,62±28,59(50)	35,71±27,41(37,5)	46,88±31,87(43,8)	0,326

Emosyonel rol güçlüğü	45,83±50(16,7)	55,66±45,37(66,7)	47,62±46,58(66,7)	54,17±39,59(66,7)	0,856
Mental sağlık	59,5±22,57(60)	60,33±16,17(60)	73,71±15,81(80)	60±23,81(60)	0,232

Kruskal Wallis Testi

Kiminle ikamet edildiğine göre SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı ilişki görülmemektedir ($p>0.05$).

Olguların sigara kullanma durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.20' de verilmiştir.

Tablo 4.20: Sigara kullanımına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Sigara kullanımı		p
	Evet	Hayır	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	49,79 ±30,05 (45)	50,52 ±33,27 (45)	0,947
Rol güçlüğü	48,96 ±45,73 (62,5)	46,34 ±44,51 (50)	0,821
Ağrı	51,46 ±25,59 (52)	55,07 ±26,85 (52)	0,474
Genel sağlık	40,13 ±18,65 (38,5)	46,54 ±22,86 (45)	0,242
Vitalite	45,21 ±20,24 (50)	44,27 ±22,56 (45)	0,623
Sosyal fonksiyon	50 ±27,58 (50)	54,53 ±29,41 (50)	0,461
Emosyonel rol güçlüğü	45,83 ±41,49 (50)	55,75 ±46,06 (66,7)	0,251
Mental sağlık	58,67 ±17,88 (60)	61,34 ±17,46 (62)	0,559

Mann Whitney U Testi

Sigara kullananlar ve kullanmayanlar arasında SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları açısından anlamlı bir ilişki görülmemektedir ($p>0.05$).

Olguların tansiyon ölçtürme sıklıklarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.21' de verilmiştir.

Tablo 4.21: Tansiyon ölçtürme sıklıklarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Tansiyon Ölçtürme Sıklığı					P
	Her gün	Haftada Bir Kez	Tansiyonun			
			Yükseldiğini/ Düşüğünü Hissettiğinde	Bazen	Hiç	
Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
(medyan)	(medyan)	(medyan)	(medyan)	(medyan)		
Fiziksel fonksiyon	54,71 ±35,33 (57,5)	44,75 ±27,5 (40)	48,45 ±31,01 (45)	62,38 ±35,06 (60)	32,5 ±30,3 (25)	0,090
Rol güçlüğü	47,79 ±45,38 (50)	47,5 ±45,81 (62,5)	45,45 ±42,24 (50)	55,95 ±48,03 (75)	30 ±48,3 (0)	0,666

Ağrı	60,15 ±26,52 (62)	54,3 ±31,24 (57)	52,38 ±23,74 (52)	55,43 ±29,91 (52)	44,7 ±25,47 (41,5)	0,367
Genel sağlık	46,24 ±21,71 (45)	44,25 ±22,92 (37,5)	48,35 ±21,19 (45)	44,38 ±25,11 (45)	31,4 ±21,13 (25)	0,254
Vitalite	45,88 ±23,56 (45)	45,25 ±23,08 (50)	45,36 ±20,34 (45)	47,38 ±20,04 (50)	26,5 ±24,95 (20)	0,285
Sosyal fonksiyon	55,15 ±32 (50)	59,38 ±25,29 (56,3)	55,23 ±27,18 (50)	51,19 ±31,6 (50)	35 ±28,14 (31,3)	0,217
Emosyonel rol güçlüğü	65,69 ±43,8 (100)	56,67 ±46,01 (66,7)	51,52 ±43,89 (66,7)	50,79 ±47,86 (66,7)	30 ±48,3 (0)	0,264
Mental sağlık	61,06 ±18,82 (66)	63 ±14,15 (60)	64,58 ±16,12 (64)	54,48 ±15,72 (48)	49,2 ±23,63 (48)	0,076

Kruskal Wallis Testi

Tansiyon ölçtürme sıklıklarına göre SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Olguların hipertansiyon nedeni ile kullanılan ilaç sayısına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.22' de verilmiştir.

Tablo 4.22: HT nedeni ile kullanılan ilaç sayısına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	HT Nedeni İle Kullanılan İlaç Sayısı		P
	1 ilaç	2 ve üzeri	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	47,81 ±32,17 (45)	54,9 ±33,26 (50)	0,206
Rol güçlüğü	47,75 ±44,38 (50)	45,1 ±45,28 (50)	0,800
Ağrı	53,81 ±28,28 (52)	55,57 ±23,56 (52)	0,939
Genel sağlık	47 ±22,15 (45)	42,73 ±22,43 (37)	0,235
Vitalite	46,01 ±22,31 (45)	41,67 ±21,69 (45)	0,277
Sosyal fonksiyon	54,21 ±31,47 (50)	52,94 ±24,57 (50)	0,793
Emosyonel rol güçlüğü	50,94 ±46,35 (66,7)	59,48 ±43,37 (66,7)	0,328
Mental sağlık	63,73 ±18,31 (64)	55,92 ±14,89 (56)	0,006*

Mann Whitney U Testi * $p<0.05$

Hipertansiyon nedeniyle kullanılan ilaç sayısına göre SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hipertansiyon nedeniyle 1 ilaç kullananların SF-36 mental sağlık ortalamaları, 2 ve üzeri ilaç kullananlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p:0.006$; $p<0.05$).

Olguların hipertansiyon tanı süresi gruplarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.23' de verilmiştir.

Tablo 4.23: HT tanı süresi gruplarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	HT Tanı Süresi			P
	5 Yıldan Daha Az	5-10 Yıl	10 Yıldan Daha Uzun Süredir	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	53,94 ±31,26 (55)	57,32 ±34,13 (60)	41,73 ±31,33 (40)	0,056
Rol güçlüğü	49,47 ±45,59 (75)	52,44 ±44,65 (50)	39,9 ±43,52 (25)	0,371
Ağrı	56,34 ±25,13 (52)	51,39 ±30,53 (52)	55,15 ±24,78 (52)	0,809
Genel sağlık	48,47 ±20,4 (47)	44,15 ±23,35 (45)	43,73 ±23,14 (40)	0,495
Vitalite	45,96 ±19,35 (45)	44,76 ±22,11 (45)	42,79 ±24,62 (45)	0,885
Sosyal fonksiyon	52,13 ±27,13 (50)	57,32 ±33,19 (62,5)	52,4 ±27,57 (50)	0,517
Emosyonel rol güçlüğü	48,94 ±44,96 (66,7)	60,98 ±45,28 (100)	53,21 ±45,86 (66,7)	0,434
Mental sağlık	61,53 ±16,71 (60)	57,37 ±18,17 (56)	63,08 ±17,56 (64)	0,310

Kruskal Wallis Testi

Hipertansiyon tanı sürelerine göre SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Olguların hipertansiyon için kontrole gitme sıklıklarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.24' de verilmiştir.

Tablo 4.24: HT için kontrole gitme sıklıklarına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	HT İçin Kontrole Gitme Sıklığı				P
	Ayda Bir	Altı Ayda Bir	Yılda Bir	İlaç Yazdırmak/ Raporu Yenilemek İçin	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	48,16 ±32,92 (35)	57,91 ±32,83 (50)	50,25 ±36,4 (42,5)	45,6 ±30,85 (45)	0,258
Rol güçlüğü	39,47 ±42,75 (25)	55,23 ±43,49 (50)	53,75 ±46,08 (75)	40,52 ±45,12 (0)	0,260
Ağrı	53,37 ±26,56 (52)	62,05 ±24,42 (62)	54,55 ±29,14 (57)	49,14 ±26,56 (52)	0,093
Genel sağlık	39,16 ±21,52 (37)	45,44 ±23,64 (40)	49,7 ±26,38 (55)	46,03 ±19,98 (45)	0,603
Vitalite	44,47 ±26,29 (45)	45 ±22,52 (45)	48 ±23,47 (50)	42,76 ±20,22 (45)	0,715
Sosyal fonksiyon	50,66 ±28,4 (50)	61,92 ±28,21 (50)	50,63 ±26,74 (50)	49,78 ±30,12 (50)	0,195
Emosyonel rol güçlüğü	50,88 ±50,15 (66,7)	72,09 ±39,79 (100)	55 ±44,95 (66,7)	41,38 ±44,29 (33,3)	0,009*
Mental sağlık	61,47 ±21,88 (68)	62,33 ±14,74 (64)	61,2 ±17,99 (62)	59,52 ±18 (60)	0,920

Kruskal Wallis Testi * $p<0.05$

Hipertansiyon için kontrole gitme sıklıklarına göre SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hipertansiyon için kontrole gitme sıklıklarına göre SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0.009$; $p<0.05$). Altı ayda bir kontrole gidenlerin SF-36 emosyonel rol

güçlüğü ortalamaları, ilaç yazdırmak/rapor yenilemek için gidenlerin ortalamalarından anlamlı düzeyde yüksektir (p:0.001; p<0.05). Diğer hipertansiyon için kontrole gitme sıklıkları ile SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05).

Olguların kalp- damar hastalığı varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.25’ te verilmiştir.

Tablo 4.25: Kalp-damar hastalığı varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Kalp-damar hastalıkları		P
	Yok	Var	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	58,88 ±31,42 (60)	37,27 ±30,29 (30)	0,000*
Rol güçlüğü	57,35 ±43,44 (75)	30,45 ±41,58 (0)	0,000*
Ağrı	58,82 ±25,24 (62)	47,69 ±27,41 (52)	0,019*
Genel sağlık	51,96 ±21,47 (52)	35,36 ±19,72 (30)	0,000*
Vitalite	48,76 ±21,94 (50)	37,73 ±20,83 (40)	0,003*
Sosyal fonksiyon	62,35 ±26,69 (62,5)	40,45 ±27,74 (37,5)	0,000*
Emosyonel rol güçlüğü	60 ±45,08 (66,7)	44,85 ±44,55 (33,3)	0,058
Mental sağlık	62,73 ±17,63 (64)	58,04 ±17,06 (56)	0,159

Mann Whitney U Testi *p<0.05

Kalp-damar hastalıkları olanların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, kalp-damar hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.000; p<0.05).

Kalp-damar hastalıkları olanların SF-36 rol güçlüğü ortalamaları, kalp-damar hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.000; p<0.05).

Kalp-damar hastalıkları olanların SF-36 ağrı ortalamaları, kalp-damar hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.019; p<0.05).

Kalp-damar hastalıkları olanların SF-36 genel sağlık ortalamaları, kalp-damar hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.000; p<0.05).

Kalp-damar hastalıkları olanların SF-36 vitalite ortalamaları, kalp-damar hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.003; p<0.05).

Kalp-damar hastalıkları olanların SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları, kalp-damar hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.000; p<0.05).

Kalp-damar hastalıkları varlığı ile SF-36 emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05).

Olguların böbrek hastalığı varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.26’ da verilmiştir.

Tablo 4.26: Böbrek hastalığı varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Böbrek hastalıkları		P
	Yok	Var	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	54,46 ±31,59 (50)	39,87 ±33,35 (30)	0,018*
Rol güçlüğü	54,46 ±43,79 (75)	26,92 ±40,71 (0)	0,001*
Ağrı	57,74 ±25,72 (52)	45,92 ±27,21 (52)	0,024*
Genel sağlık	48,67 ±22,38 (45)	37,08 ±19,89 (40)	0,009*
Vitalite	47,72 ±21,14 (50)	35,9 ±22,56 (35)	0,008*
Sosyal fonksiyon	59,53 ±27,9 (62,5)	38,78 ±26,87 (37,5)	0,000*
Emosyonel rol güçlüğü	58,09 ±44,64 (66,7)	43,59 ±45,98 (33,3)	0,089
Mental sağlık	62,73 ±16,7 (64)	56,1 ±18,8 (56)	0,067

Mann Whitney U Testi *p<0.05

Böbrek hastalıkları olanların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, böbrek hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.018; p<0.05).

Böbrek hastalıkları olanların SF-36 rol güçlüğü ortalamaları, böbrek hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.001; p<0.05).

Böbrek hastalıkları olanların SF-36 ağrı ortalamaları, böbrek hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.024; p<0.05).

Böbrek hastalıkları olanların SF-36 genel sağlık ortalamaları, böbrek hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.009; p<0.05).

Böbrek hastalıkları olanların SF-36 vitalite ortalamaları, böbrek hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.008; p<0.05).

Böbrek hastalıkları olanların SF-36 sosyal fonksiyon ortalamaları, böbrek hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.000; p<0.05).

Böbrek hastalıkları varlığına göre SF-36 emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir (p>0.05).

Olguların göz hastalığı varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.27' de verilmiştir.

Tablo 4.27: Göz hastalığı varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Göz hastalıkları		P
	Yok	Var	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	52,75 ±32,99 (45)	41,38 ±30,12 (30)	0,091
Rol güçlüğü	50,45 ±44,21 (50)	32,76 ±43,87 (0)	0,073
Ağrı	55,61 ±26,4 (52)	50 ±27,26 (52)	0,390
Genel sağlık	47,24 ±22 (47)	38,55 ±22,31 (37)	0,055
Vitalite	46,53 ±21,46 (50)	36,38 ±23,1 (35)	0,020*
Sosyal fonksiyon	56,08 ±29,09 (50)	44,83 ±27,65 (50)	0,054

Emosyonel rol güçlüğü	53,75 ±44,99 (66,7)	55,17 ±47,37 (66,7)	0,783
Mental sağlık	61,01 ±17,8 (60)	60,41 ±16,57 (60)	0,930

Mann Whitney U Testi *p<0.05

Göz hastalıkları varlığına göre SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık alt boyutları ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir (p>0.05).

Göz hastalıkları olanların SF-36 vitalite ortalamaları, göz hastalıkları olmayanlardan anlamlı düzeyde düşüktür (p:0.020; p<0.05).

Göz hastalıkları varlığı ile SF-36 sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasındaki fark anlamlı değildir (p>0.05).

Olgularda diğer hastalıkların varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.28' de verilmiştir.

Tablo 4.28: Diğer hastalıkların varlığına göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Diğer hastalıkları		P
	Yok	Var	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	49,83 ±33,81 (45)	51,3 ±30,96 (45)	0,677
Rol güçlüğü	45,93 ±45,84 (50)	48,15 ±42,85 (50)	0,792
Ağrı	57,15 ±26,28 (52)	50,15 ±26,74 (52)	0,159
Genel sağlık	46,83 ±23,3 (45)	43,24 ±20,53 (40)	0,349
Vitalite	45,47 ±21,93 (45)	42,78 ±22,5 (45)	0,457
Sosyal fonksiyon	53,92 ±29,84 (50)	53,47 ±28,05 (50)	0,988
Emosyonel rol güçlüğü	48,84 ±45,93 (33,3)	62,35 ±43,46 (66,7)	0,132
Mental sağlık	60,79 ±18,17 (62)	61,04 ±16,54 (60)	0,923

Mann Whitney U Testi

Diğer hastalıkların varlığı ile SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasındaki ilişki anlamlı değildir (p>0.05).

Olguların diyet uygulama durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.29' da verilmiştir.

Tablo 4.29: Diyet uygulama durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Diyet uygulama		P
	Evet	Hayır	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	53,19 ±33,42 (50)	48,98 ±32,32 (45)	0,484
Rol güçlüğü	43,09 ±43,83 (50)	48,66 ±45,05 (50)	0,541
Ağrı	54,94 ±29,99 (52)	54,2 ±24,86 (52)	0,601
Genel sağlık	45,17 ±22,41 (40)	45,58 ±22,32 (45)	0,989

Vitalite	43,3 ±23,69 (40)	45 ±21,38 (45)	0,484
Sosyal fonksiyon	55,05 ±30,58 (50)	53,09 ±28,41 (50)	0,627
Emosyonel rol güçlüğü	56,03 ±46,68 (66,7)	53,05 ±44,84 (66,7)	0,571
Mental sağlık	60,77 ±17,21 (60)	60,95 ±17,74 (64)	0,860

Mann Whitney U Testi

Diyet uygulayanlar ve uygulamayanlar arasında SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları açısından anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Olguların egzersiz yapma durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi tablo 4.30' da verilmiştir.

Tablo 4.30: Egzersiz yapma durumuna göre SF-36 alt boyutlarının değerlendirilmesi

SF-36 Alt boyutları	Egzersiz yapma		P
	Evet	Hayır	
	Ort±SS (medyan)	Ort±SS (medyan)	
Fiziksel fonksiyon	66,88 ±30,82 (70)	48,27 ±32,37 (45)	0,028*
Rol güçlüğü	50 ±45,64 (50)	46,37 ±44,6 (50)	0,692
Ağrı	72,06 ±19,3 (79)	52,18 ±26,6 (52)	0,003*
Genel sağlık	54,5 ±20,54 (62,5)	44,27 ±22,29 (40)	0,072
Vitalite	52,81 ±21,52 (52,5)	43,35 ±22,04 (45)	0,143
Sosyal fonksiyon	66,41 ±21,76 (50)	52,12 ±29,55 (50)	0,070
Emosyonel rol güçlüğü	54,17 ±46,94 (66,7)	54,03 ±45,3 (66,7)	0,980
Mental sağlık	63,75 ±16,1 (64)	60,52 ±17,7 (60)	0,486

Mann Whitney U Testi * $p<0.05$

Egzersiz yapanların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, egzersiz yapmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.028$; $p<0.05$).

Egzersiz yapanlar ve yapmayanlar ile SF-36 rol güçlüğü alt boyut ortalamaları arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$).

Egzersiz yapanların SF-36 ağrı ortalamaları, egzersiz yapmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.003$; $p<0.05$).

Egzersiz yapanlar ve yapmayanlar arasında SF-36 genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Olguların HBHTUÖ ile SF-36 ölçek puanlarının korelasyonu incelenmiş ve bulgular tablo 4.31' de verilmiştir.

Tablo 4.31: HBHTUÖ ile SF-36 ölçek puanlarının korelasyonu

Total skor	Beslenme skoru	Medikal skor
------------	----------------	--------------

Fiziksel fonksiyon	R	-0,152	-0,054	-0,15
	P	0,072	0,524	0,076
Rol güçlüğü	R	-0,163	0,049	-0,217
	P	0,055	0,566	0,010*
Ağrı	R	-0,294	-0,156	-0,297
	P	0,000*	0,065	0,000*
Genel sağlık	R	-0,154	0,046	-0,202
	p	0,069	0,586	0,017*
Vitalite	r	-0,004	0,023	-0,017
	p	0,962	0,791	0,844
Sosyal fonksiyon	r	-0,241	-0,105	-0,243
	p	0,004*	0,216	0,004*
Emosyonel rol güçlüğü	r	-0,261	-0,094	-0,282
	p	0,002*	0,272	0,001*
Mental sağlık	r	-0,233	-0,168	-0,220
	p	0,006*	0,048*	0,009*

Spearman's rhokorelasyon testi

**p<0.05*

Total skor ile ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları arasında ters yönlü, zayıf düzeyde ancak anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p<0.05$).

Total skor ile fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, genel sağlık ve vitalite alt boyutları arasında anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Beslenme skoru ile fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($p>0.05$); beslenme skoru ve mental sağlık arasında ters yönlü, zayıf düzeyde ancak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$).

Medikal skor ile rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları arasında ters yönlü, zayıf düzeyde ancak anlamlı bir ilişki vardır ($p<0.05$). Medikal skor ile fiziksel fonksiyon ve vitalite alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

3. TARTIŞMA

Hipertansiyon artan sıklığı, yol açtığı komplikasyonlar ve artan morbidite ve mortalite oranları nedeni ile önemi gün geçtikçe artan bir sağlık problemi ve kontrol altına alınması oldukça önemli olan halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyon prevalansının yaş arttıkça arttığı ve dünya genelinde 1 milyara yakın kişinin hipertansiyon hastası olduğu düşünülmektedir (84, 85). Hipertansiyon erken dönemlerde sıklıkla asemptomatiktir bu nedenle birçok hastada tanı konulma süresi uzamakta hatta miyokard enfarktüsü, inme gibi komplikasyonlar ortaya çıktıktan sonra tanı konulabilmektedir (20). Hipertansiyon tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ve medikal tedavi yöntemleri uygulanmakta olup tedavi uyumu hastalığın kontrolü, komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Tedavi uyumunun sağlanmasında hastaların yeterli bilgi ve farkındalığa sahip olmamaları önem taşımaktadır. Tedavi uyumunu değerlendirmek amacıyla farklı ölçekler geliştirilmiştir. Bizim çalışmamızda medikal uyum, beslenme uyumu ve total uyumu ayrı ayrı değerlendirme imkanı sağlayan “Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği” kullanılmıştır. Hipertansif hastalarda yaşam kalitesinin de önemli olabileceği düşünülerek çalışmamızda hastalara “kısa form 36” ölçeği de uygulanmıştır. Çalışmaya merkez aile sağlığı merkezi birimlerine kayıtlı, en az 6 aydır hipertansiyon nedeni ile medikal tedavi alan 140 hasta dahil edilmiştir.

“Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması” na göre; hipertansiyon prevalansı kadın popülasyonda erkek popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur (30). Bizim çalışmamızda da olguların %45.7’sinin erkek, %54.3’ünün kadın olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular literatürdeki çalışmalar ile benzerlik göstermektedir (41, 86). Kadınlarda hipertansiyonun daha fazla görülmesinin nedeninin menapozal değişiklikler sebebiyle östrojenin azalması, vücut yağ dağılımının değişmesi ve kadınların tuza daha duyarlı hale gelmesi olduğu belirtilmiştir (87).

Katılımcıların en küçüğü 28 yaş, en büyüğü 65 yaşında idi. Hipertansiyon sıklığı yaşlanmayla birlikte ciddi bir artış göstermektedir (88). Bizim çalışmamızda 140 olgunun yaş ortalaması 57.49 ± 8.88 yıl olup Eryonucu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer bulgular saptanmıştır (89).

Olguların %78.6’ sı evli, %16.4’ ü dul, %5’ i bekardır. Çalışmamızda bekar hasta grubunun düşük olması hipertansiyonun ileri yaştaki bireylerde daha fazla görülmesi ile ilişkili olabilir. %8.6’ sının çocuğu yokken, %6.4’ ünün 1 çocuğu, %20’ sinin 2 çocuğu, %22.9’ unun 3 çocuğu, %42.1’ inin 4 veya daha fazla çocuğu vardır. Olguların VKİ düzeyleri 17.3 kg/m^2 ile 46.09 kg/m^2 arasında değişmekte olup, ortalama VKİ düzeyi $28.81 \pm 4.81 \text{ kg/m}^2$ ’dir. Buna göre %21.4’ ü normal kilolu iken, %42.1’ i fazla kilolu, %27.1’ i 1. derece obez, %5.7’ si 2.derece obez ve %3.6’ sı 3.derece obezdir. Göçgeldi ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansif hastalarda vücut kitle indeksleri çalışmamıza benzer olarak bulunmuştur (90).

Katılımcıları eğitim yönünden incelediğimizde, çoğunluğun ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olduğu saptanmıştır. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmamızdan farklı olarak, katılımcıların çoğunluğunun lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu bulunmuştur (41).

Isparta’da bir ilçe devlet hastanesinde yapılan bir çalışmada hastalara sağlıklı yaşam biçimleri davranışları ölçeği uygulanmış ve ölçeğin egzersiz alt boyut skorları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (15). Bizim çalışmamızda da bu sonuca benzer olarak eğitim düzeyi ile egzersiz yapma oranları arasındaki fark anlamlıydı. Eğitim düzeyi arttıkça egzersiz yapma oranı da artmaktadır. Bu farklılığın eğitim düzeyi ile paralel olarak egzersiz konusunda hastaların bilgi düzeyinin artmasına bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda HBHTUÖ total skoruna göre tam uyum oranı %12.1, beslenme skoru için tam uyum oranı %19.3, medikal skor için tam uyum oranı %27.9 olarak bulunmuştur. Gün ve arkadaşlarının çalışmasında Hill Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği kullanılarak tedavi uyumunun araştırılmış ve bizim çalışmamızdaki sonuçlara benzer şekilde hastaların % 15.8’ inin hipertansiyon tedavisine tam uyumlu olduğu saptanmıştır (15). Bu sonucun tersi yönde bulgular tespit eden çalışmalar da vardır. Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında tedavi uyumu Morisky-8 Maddeli İlaça Uyum Anketi ile değerlendirilmiş ve hastaların %39,6’ sının ilaç uyumu yüksek olarak bulunmuştur (41). Yapılan diğer çalışmalarda hipertansiyon hastalarında düzenli ilaç kullanım oranları %50-61 olarak saptanmıştır (20, 91). Bu konuda daha fazla ve daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çalışmamıza katılan olguların %17.1’ i sigara kullanmaktadır. Paket/yıl olarak sigara kullanımları 8 ile 60 arasında değişmekte olup, ortalaması 25.29 ± 15.51 , medyanı 20 paket/yıldır. Tuna ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içme oranı çalışmamıza benzer olarak %17 olarak saptanmıştır (35). Sigara kullanan olguların HBHTUÖ total skoru, beslenme skoru ve medikal skor puan ortalamaları, sigara kullanmayan olgulardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Sigara kullanan olguların tedaviye total uyumu, beslenme uyumu, medikal uyumu kullanmayan olgulara göre anlamlı düzeyde düşüktür. Hacıosmanoğlu ‘nun çalışmasında sigara içmenin hipertansiyon tedavisine uyumu zorlaştırdığı belirtilmektedir (90). Fodor ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada sigara içen hastaların, sigara içmeyen hastalara göre tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu bulunurken; Vatansever ve Ünsar (2014) ‘ın çalışmasında, hipertansiyon tedavisine uyum İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum ÖzEtkililik Ölçeği ile değerlendirilmiş ve çalışmamıza benzer şekilde sigara kullanan hipertansiyon hastalarının sigara kullanmayan hipertansiyon hastalarına göre ilaca uyum oranları daha düşük bulunmuştur (90). Sigara kullanan hipertansiyon hastalarının sigara bırakma tedavileri ve davranış değişikliği çalışmaları ile hipertansiyon tedavisine uyumu artabilir.

Tansiyon ölçtürme sıklıklarına göre HBHTUÖ total skorları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Tansiyonunu her gün ölçtürenlerin toplam uyumu, tansiyonunun yükseldiğini/düşüğünü hissettiğinde ölçtüren, bazen ölçtüren ve hiç ölçtürmeyenlerin toplam uyumlarından yüksek saptanmıştır. Diğer tansiyon ölçtürme sıklıkları arasında toplam uyum açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Tansiyon ölçtürme sıklıklarına göre HBHTUÖ beslenme skorları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Tansiyonunu her gün ölçtürenlerin beslenme uyumları, tansiyonunun yükseldiğini/düşüğünü hissettiğinde ölçtüren, bazen ölçtüren ve hiç ölçtürmeyenlerin beslenme uyumlarından daha yüksektir. Tansiyonunu haftada 1 kez ölçtürenlerin beslenme uyumları, tansiyonunun yükseldiğini/düşüğünü hissettiğinde ölçtürenlerin uyumlarından daha yüksektir. Diğer tansiyon ölçtürme sıklıkları arasında beslenme puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Tansiyon ölçtürme sıklıklarına göre HBHTUÖ medikal skorları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Gün ve arkadaşlarının çalışmasında bizim çalışmamıza benzer olarak tansiyon ölçtürme sıklığı ile toplam uyum, beslenme uyumu arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Ancak bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak tansiyon ölçtürme sıklığı ve medikal uyum arasında da anlamlı farklılık saptanmıştır (15). Hipertansiyon tedavisine uyumun tansiyon ölçtürme sıklığı ile ilişkili olduğu bulunmuş olup hastaların düzenli tansiyon ölçtürmeye yönelik eğitimlerle tedavi uyumunun da artırılabilceği düşünülebilir.

Hipertansiyon tanı sürelerine göre HBHTUÖ total skorları, beslenme skorları, medikal skorları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. Tanı süresi 5 yıldan daha az olanların ölçek toplam uyumu, medikal uyumu, beslenme uyumu tanı süresi 10 yıldan daha uzun olanların uyumlarından düşüktür. Diğer tanı süreleri arasında toplam uyum, medikal uyum, beslenme uyumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Gün ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansiyon tanısını bir yıldan daha kısa süre önce alan hastaların HBHTUÖ ortalamaları daha yüksek saptanarak tedavi uyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir (15). Akgöl (2008) çalışmasında tedavi süresinin uzamasıyla tedavi uyumunda artış olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon süresi artıkça, hipertansiyona bağlı semptomların artması ve komorbid durumlar eklenmesiyle tedavinin hasta için zorunluluk haline geldiği, bu durumun da hastaların ilaçlarını daha düzenli kullanmasını sağladığı belirtilmiştir (92). Caro ve arkadaşlarının çalışmasında ise yeni tanı almış hipertansiyon hastalarının daha önce tanı almış hipertansiyon hastalarına göre tedaviye uyumunun daha fazla olduğu saptanmıştır (93). Tedavi süresi ile tedavi uyumu arasındaki ilişkinin belirlenebilmesi için daha geniş çaplı ve daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir.

Hastaların düzenli bir şekilde kontrole gitmesinin antihipertansif tedaviye uyumu olumlu etkilemesi beklenebilir. Özbayram ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kontrollerine düzenli giden hastaların tedavi uyumunun yüksek olduğu saptanmıştır (62). Bizim çalışmamızda ise hipertansiyon için kontrole gitme sıklıklarına göre HBHTUÖ total skor ve medikal skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır fakat hipertansiyon için kontrole gitme sıklıklarına göre HBHTUÖ beslenme skorları arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır. Ayda bir kontrole gidenlerin beslenme uyumları, altı ayda bir, yılda bir ve ilaç yazdırmak/rapor yenilemek için gidenlerin beslenme uyumlarından yüksektir. Altı ayda bir kontrole gidenlerin beslenme uyumları, yılda bir ve ilaç yazdırmak/rapor yenilemek için gidenlerin beslenme uyumlarından yüksektir. Yılda bir ve ilaç yazdırmak/rapor yenilemek için gidenlerin puanları arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Gün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kontrole gitme sıklığı ile HBHTUÖ alt boyut skorları arasında ilişki saptanmamış ve bu durumun çalışmaya dahil edilen hastaların çoğunun sadece ilaç yazdırmak amacıyla polikliniğe bavurmalarına bağlı olduğu düşünülmüştür (15). Hastaların medikal tedavinin önemi hakkında daha fazla bilgilendirmeye ihtiyacı vardır.

Hipertansiyonda komorbidite durumu tedavi uyumunu etkileyen faktörlerden biridir. Shaya ve arkadaşları'nın çalışmasında komorbid hastalığı olmayan bireylerin tedavi uyumları daha yüksek saptanmış ve eşlik eden hastalık sayısı arttıkça tedavi uyumunun giderek azaldığı gösterilmiştir (94). Akgöl tarafından yapılan çalışmada hipertansiyona eşlik eden hastalıkların olmasının tedavi uyumun arttırdığı saptanmış ve bu durum ek hastalığı olan bireylerin tedavi sürecine daha bilinçli yaklaşımları ve ilaç sayısındaki artışın tedavi uyumunu olumlu etkilemesi ile ilişkilendirilmiştir (92). Çalışmamızda ise kalp-damar hastalıkları, göz hastalıkları ve diğer hastalıkların varlığına göre HBHTUÖ skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Böbrek

hastalıkları olanların HBHTUÖ toplam uyumu ve beslenme uyumu, böbrek hastalıkları olmayanlardan yüksekti ancak medikal uyum açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Hipertansiyona eşlik eden hastalıklar ile tedavi uyumu arasındaki ilişkinin belirlenebilmesi için daha fazla ve geniş kapsamlı çalışmaya ihtiyaç vardır.

Hipertansiyon tedavisinde medikal tedaviye uyum kadar yaşam tarzı değişiklikleri de önem taşımaktadır. Yaşam tarzı değişiklikleri arasında beslenme değişiklikleri ve düzenli fiziksel egzersiz de bulunmaktadır. Çalışmamızda hastaların diyet programı uygulayıp uygulamadıkları ve egzersiz yapıp yapmadıkları sorgulandı. Diyet uygulayanların HBHTUÖ toplam uyumu, beslenme uyumu ve medikal uyumu, diyet uygulamayanlardan daha yüksek bulundu. Egzersiz yapanların HBHTUÖ toplam uyumu, beslenme uyumu ve medikal uyumu, egzersiz yapmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Kaya ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yemeklerde ek olarak tuz kullanmayanların tedavi uyumu daha yüksek bulunmuş ancak egzersiz yapma alışkanlığının HT tedavisine uyum üzerinde etkisi saptanmamıştır (41). Çalışmamızda diyet ve egzersiz uygulayan hastaların tedavi uyumlarının daha yüksek saptanması bu hastaların hastalıkları hakkında daha fazla bilgiye sahip olmaları ve hastalık durumunu önemsemeleri ile açıklanabilir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin yaş gruplarına göre dağılımında fiziksel fonksiyon alt boyutu, rol güçlüğü alt boyutu, ağrı alt boyutu, sosyal fonksiyon alt boyutu, vitalite alt boyutu skorları arasında ters yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur. Yaş ilerledikçe fiziksel fonksiyon alt boyutu, rol güçlüğü alt boyutu, ağrı alt boyutu, sosyal fonksiyon alt boyutu ve vitalite alt boyutu skor ortalamalarının düştüğü saptanmıştır. Ülkemizde yapılan iki farklı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde yaş arttıkça SF-36 yaşam kalitesi ölçeği skorlarında düşme saptanmıştır (90, 95). Gün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşlanma ile sosyal fonksiyon alt boyut skorlarında düşme olduğu belirtilmiştir (15). Bardage ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hipertansiyon hastalarında yaş ilerledikçe yaşam kalitesi puanlarında düşme saptanmış, benzer şekilde Li ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada SF-36 ölçeği alt boyut skorlarının tümünde yaşlı hastalarda genç yaştaki hastalara göre anlamlı farklılıklar görüldüğü belirtilmiştir (96, 97).

Çalışmamızda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin VKİ grupları arasındaki ilişkisi incelenmiş olup fazla kilolu gruptaki olguların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları ve ağrı ortalamaları, obez gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ancak diğer gruplar arasındaki ilişki anlamlı değildi. Gün ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada SF-36 ölçeği alt boyut skorlarının vücut kitle indeksine göre dağılımları arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Banegas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise obezite, hipertansiyon ve diyabeti olan veya kombinasyonlarına sahip hastaların yaşam kalitesinin düşük olduğu gözlenmiştir (98).

SF-36 ölçeği alt boyut skorları ile cinsiyet ilişkisi incelendiğinde erkeklerde fiziksel fonksiyon ortalamaları, rol güçlüğü ortalamaları, ağrı ortalamaları, genel sağlık ortalamaları, vitalite ortalamaları, sosyal fonksiyon ortalamaları, emosyonel rol güçlüğü ortalamaları, kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş olup erkekler ile kadınlar arasında SF-36 mental sağlık ortalaması açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Yapılan farklı çalışmalarda benzer şekilde hipertansif kadınların yaşam kalitesi ölçeği skorları daha düşük saptanmıştır (95-97). Kadınlarda yaşam kalitesi skorlarının daha düşük olması, kadınların içsel etkenlere ve hastalıklara karşı daha hassas olması ile ilişkili olabilir.

Medeni durumun SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Evli olguların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları, rol güçlüğü ortalamaları, ağrı ortalamaları, vitalite ortalamaları, dul olgulardan anlamlı düzeyde yüksek saptanmış olup sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, genel sağlık ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Diğer medeni durumlar arasında SF-36 alt boyut ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. Bardage ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde dul/boşanmış olanların ağrı ortalamaları hariç bütün alt ölçek skorlarının, bekarların ise bazı alt ölçek skorlarının evlilere göre düşük olduğu saptanmıştır (97). Göçgeldi ve arkadaşlarının araştırmasında SF 36 alt ölçeklerinin tümünde dul/boşanmış olanların evli ve bekarlara göre daha düşük puanlar aldığı belirtilmiştir (90).

Çalışmamızda hastanın evde yalnız yaşayıp yaşamadığı veya kiminle ikamet ettiği de sorgulanmış ve yaşam kalitesi skorları ile ilişkisi incelenmiş ancak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Koçoğlu ve arkadaşlarının sosyoekonomik eşitsizlikler ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada evdeki birey sayısı arttıkça yaşam kalitesinin düştüğü saptanmış ve bu durumun kişi sayısı arttığında yaşanan ekonomik zorluklar; bireyin yaşam alanının daralması ve bireylerin kendilerine ayırdıkları zamanda azalma nedeniyle olabileceği belirtilmiştir (99). Bizim çalışmamızda evde yaşanan kişi sayısı ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmayıp, çocuk sayısı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki saptanması çalışmamızın küçük çaplı olması ve sadece hipertansiyon hastaları ile yapılması ile ilişkili olabilir ve bu nedenle bu alanda yapılacak daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Eğitim durumuna göre fiziksel fonksiyon alt boyut skoru, rol güçlüğü alt boyut skoru, ağrı alt boyut skoru, genel sağlık alt boyut skoru, vitalite alt boyut skoru, mental sağlık alt boyut skoru ve sosyal fonksiyon alt boyut skorları arasındaki fark anlamlıydı ve eğitim durumu arttıkça fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, mental sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyutlarının skorlarının arttığı saptanmıştır. Literatürdeki farklı çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde eğitim düzeyinin artmasıyla yaşam kalitesi alt boyut skorlarının çoğunda artış saptanmıştır (15, 90, 96). Bardage ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyinin artmasıyla fiziksel fonksiyon ile vücut ağrısı alt boyut skorlarında artış saptanmıştır (97).

Meslekler arasında SF-36 alt boyutlarının skorları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Memur olarak çalışanların ve özel sektör çalışanlarının fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, mental sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyut skorlarının genel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Altay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada meslek durumuna göre SF-36 ölçeği puan ortalamaları arasında ileri derecede anlamlı farklılık saptanmıştır (100). Memur olarak veya özel sektörde çalışan bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek saptanması çalışan bireylerde sosyal ilişkilerin daha fazla olması, fiziksel olarak aktif geçirilen sürenin daha fazla olması, çalışan bireylerde gelir düzeyinin emekli ve ev hanımı olanlara göre daha yüksek olması ile ilişkili olabilir. Memur ve özel sektörde çalışanlar kıyaslandığında memur olarak çalışanların alt boyut ölçek skorlarının çoğunun özel sektörde çalışanlardan daha yüksek olduğu görülmüş ve bu durumun çalışma şartlarındaki farklılıktan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Sosyal güvence durumuna göre SF-36 alt boyut skorları değerlendirildiğinde sosyal güvencesi olanların SF-36 genel sağlık ortalamaları ve mental sağlık ortalamaları, sosyal güvencesi olmayanlardan anlamlı düzeyde

yüksektir. Sosyal güvencesi olanlar ve olmayanlar arasında SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, vitalite, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt boyut skorları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Çalışmamıza benzer şekilde Altay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sosyal güvencesi olan bireylerin genel sağlık puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır (100).

Normal şartlarda sigara kullanmayan bireylerde yaşam kalitesinin daha yüksek olması beklenmektedir. Laaksonen ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek oranda sigara içen bireylerde SF-36 genel sağlık, mental sağlık ve fiziksel fonksiyon alt boyut ölçeklerinde sigara içmeyen bireylere göre daha düşük skor saptanmıştır (101). Çalışmamızda ise sigara kullananlar ve kullanmayanlar arasında SF-36 alt boyutlarının ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgunun çalışmamızın kısıtlı bir hasta grubu ile yapılmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Tansiyon ölçtürme sıklıklarına göre SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Gün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde kan basıncı ölçtürme sıklığına göre SF-36 ölçeği alt boyutlarının skorlarının büyük kısmı arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (15).

Hipertansiyon ile ilaç kullanmanın yaşam kalitesinde belirgin düşüşe yol açtığı Lawrence ve arkadaşlarının çalışmasında belirtilmiştir (102). Bizim çalışmamızda ise hipertansiyon nedeniyle kullanılan ilaç sayısına göre SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutları ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamış ancak bir ilaç kullananların SF-36 mental sağlık ortalamaları, iki ve üzeri ilaç kullananlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yalnızca mental sağlık ortalamalarında fark olup diğer alt boyut ölçek ortalamalarında fark bulunmaması hipertansiyon nedeni ile tek ilaç kullanan hastaların ek hastalıklar nedeni ile farklı ilaçlar kullanıyor olabileceğini düşündürmüştür.

Kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin düştüğü literatürdeki çalışmalarda belirtilmiştir (103-105). Bu bilgiler ışığında kronik hastalığın süresi uzadıkça yaşam kalitesinin düşmesi beklenmektedir ancak çalışmamızda hipertansiyon tanı sürelerine göre SF-36 skorları arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Gün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde hipertansiyon süresi ve SF-36 ölçek skorlarının çoğu arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (15). Hipertansiyon tanı süresi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin anlamsız bulunması hastaların hastalık süresi uzadıkça hastalık durumunu kabullenme ve gündelik hayata süreç içinde daha fazla uyum sağlamaları ile ilişkili olabilir.

Hipertansiyon için kontrole gitme sıklıklarına göre SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, mental sağlık ve sosyal fonksiyon alt boyutları ortalamalarının arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Hipertansiyon için kontrole gitme sıklıklarına göre SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları arasında altı ayda bir kontrole gidenlerin SF-36 emosyonel rol güçlüğü ortalamaları, ilaç yazdırmak/rapor yenilemek için gidenlerin ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı. Gün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kontrole gitme sıklığı ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır (15).

Hipertansif hastalarda yaşam kalitesini etkileyen durumlardan birisi de komorbidite durumudur. Göçgeldi ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansiyona eşlik eden ek hastalığı olanların SF 36 skorlarının çoğu ek hastalığı olmayanlara göre daha düşük saptanmıştır (90). Aydemir ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre hipertansiyon komorbidite durumunda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi olumsuz olarak etkilenmektedir (95). Thumboo ve arkadaşları hipertansif hastalarda komorbidite varlığında SF-36 puanlarının düştüğü belirtilmiştir (106). Wee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hipertansiyona eşlik eden diyabetes mellitus, kalp hastalığı, kas-iskelet rahatsızlığı gibi kronik hastalığı olanların SF-36 ölçeği alt boyut skorlarının çoğunda düşük puanlar saptanmıştır (106). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hipertansiyona eşlik eden kalp-damar hastalıkları veya böbrek hastalıkları olanların SF-36 alt boyut ölçek ortalamalarının çoğunun daha düşük olduğu saptanmıştır.

Hipertansif hastalarda beslenme değişiklikleri ve düzenli fiziksel egzersizin kardiyovasküler koruyucu etkisi olduğu düşünülmektedir (19). Erden ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada egzersizin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi gösterilmiştir (107). Düzenli fiziksel aktivitenin psikolojik iyilik durumu ile fiziksel işlevselliği artırarak yaşam kalitesinde yükselme sağladığı belirtilmiştir (108). Çalışmamızda egzersiz yapanların SF-36 fiziksel fonksiyon ortalamaları ve ağrı ortalamaları, egzersiz yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunurken diğer alt boyut ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Diyet uygulayanlar ve uygulamayanlar arasında SF-36 alt boyut ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Çalışmamızda kısıtlı bir hasta grubu alınmış olup, çoğunun diyet veya egzersiz programı uygulamıyor olması bu sonuçları etkilemiştir. Hipertansif hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri tedavinin bir parçası olup, hastaların bu konuda daha fazla bilgilendirilmesi gerekmektedir.

HBHTUÖ ile SF-36 ölçek puanlarının korelasyonu incelendiğinde total skor ile ağrı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları arasında ters yönlü, zayıf düzeyde ancak anlamlı bir ilişki saptandı. Total skor ile fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, genel sağlık ve vitalite alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Beslenme skoru ile fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon ve emosyonel rol güçlüğü alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken; beslenme skoru ile ve mental sağlık arasında ters yönlü, zayıf düzeyde ancak anlamlı olmayan bir ilişki saptandı. Medikal skor ile rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık, sosyal fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü ve mental sağlık alt boyutları arasında ters yönlü, zayıf düzeyde ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki bulundu. Medikal skor ile fiziksel fonksiyon ve vitalite alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu bulgulara göre total tedavi uyumu arttıkça yaşam kalitesi alt ölçek boyutlarının bir kısmında istatistiksel olarak anlamlı bir artış görülmüştür. Literatürde hipertansif hastalarda tedavi uyumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamış olup bu konuda daha fazla ve geniş kapsamlı çalışmaya ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hipertansiyon ülkemizde sık görülen kronik bir hastalıktır. Hipertansiyon hastalarında etkin kan basıncı kontrolü ile komplikasyonların önüne geçilebilir. Hipertansiyonda kan basıncı kontrolünün sağlanabilmesi için hastaların önerilen tedaviye uyum göstermesi gerekmektedir. Hastalara yaşam tarzı değişiklikleri ve gerekirse medikal tedavi önerilir. Ülkemizde kronik hastalıklarda tedaviye uyum oranlarının oldukça düşük olduğu

belirlenmektedir. Hastalarda tedavi uyumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi, tedavi uyumunu olumsuz etkileyen faktörlerin değiştirilebilmesi için önemlidir. Bu çalışmada en az altı ay önce tanı almış ve farmakolojik tedavi alan hipertansiyon hastalarına sosyodemografik verilerin sorgulandığı form, “Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği” ve “SF-36 Ölçeği” uygulandı. Çalışmamızda hipertansif hastaların tedavi uyum oranlarını, tedavi uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak amaçlandı. Bu faktörlerin saptanması ile hastaların uygun önerilerle tedaviye uyumunun artırılabilceği düşünüldü.

Araştırmamız şehir merkezinde yapılmış olması nedeniyle kırsal kesimi kapsamamaktadır, bu çalışmamızın kısıtlılığı olarak değerlendirilebilir. Çalışmamızda tedaviye uyum oranları diğer çalışmalara benzer şekilde düşük oranda bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına göre sigara kullanımı, kan basıncı ölçtürme sıklığı, hipertansiyon tanı süresi, kontrole gitme sıklığı, eşlik eden böbrek hastalığı, diyet uygulama ve egzersiz yapma durumu gibi faktörlerin hastalarda tedavi uyumunu olumsuz etkilediği görülmüştür. Yaşam kalitesine etki eden faktörler yaş, cinsiyet, medeni durum, eşlik eden hastalık durumu, egzersiz yapma durumu, hipertansiyon nedeni ile kullanılan ilaç sayısı, hipertansiyon nedeni ile kontrole gitme sıklığı olarak tespit edilmiş ve yaşam kalitesi ile tedaviye uyum arasında da ilişki saptanmıştır. Literatürde çalışmamızın sonuçlarını destekleyen çalışmalar vardır. Gelecekte bu konuda daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Zanchetti A, Dominiczak A, Coca A, Tsioufis C, Clement DL, Agabiti Rosei E, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*. 2018;39(33):3021-104.
2. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Blood pressure*. 2013;22(4):193-278.
3. Vos LE, Oren A, Uiterwaal C, Gorissen WH, Grobbee DE, Bots ML. Adolescent blood pressure and blood pressure tracking into young adulthood are related to subclinical atherosclerosis: the Atherosclerosis Risk in Young Adults (ARYA) study. *American journal of hypertension*. 2003;16(7):549-55.
4. Zungur M, Yıldız A. Hipertansif hastaya yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2004;13(8):297-303.
5. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *The lancet*. 2005;365(9455):217-23.
6. World Health Organisation. Cardiovascular diseases, 2018. [updated 2018-26-03; cited 2018 26.03.2018,].
7. Organization WH, Group ISOHW. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *Journal of hypertension*. 2003;21(11):1983-92.
8. Altun B, Arıcı M, Nergizoglu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç. Türk hipertansiyon ve böbrek hastalıkları derneği. Özet) Erişim http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Oz_eti-1.pdf.
9. McAlister FA, Wilkins K, Joffres M, Leenen FH, Fodor G, Gee M, et al. Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. *Canadian Medical Association Journal*. 2011;183(9):1007-13.
10. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *Jama*. 2013;310(9):959-68.
11. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*. 2014;311(5):507-20.
12. Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G. Arteriyel hipertansiyon tedavisi 2007 kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2007;35:1-75.
13. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003.
14. Jones DW, Hall JE. The national high blood pressure education program: thirty years and counting. *Am Heart Assoc*; 2002.
15. Gün Y, Korkmaz M. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. 2014.
16. Derneği TK. Ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* [online] Erişim adresi: <http://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03.htm> Erişim tarihi. 2013;22.
17. VII J. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright Jr JT, Roccella EJ. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure JAMA. 2003;289:2560-72.
18. DeSimone ME, Crowe A. Nonpharmacological approaches in the management of hypertension. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2009;21(4):189-96.
19. ESH AHD, Kardiyoloji A. 2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. 2012.
20. Pala E, Palanduz A. Hipertansiyon Hastalarının Hastalıkları İle İlgili Farkındalık Düzeyleri Ve Tedavi Bilinçlerinin Değerlendirilmesi: T.C. İstanbul Üniversitesi; 2017.
21. Bell K, Twiggs J, Olin BR, Date IR. Hypertension: The silent killer: updated JNC-8 guideline recommendations. *Alabama Pharmacy Association*. 2015:1-8.
22. KOLCU M, ERGÜN A. Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*.3(3):234-41.
23. Bonora E, Formentini G, Calcaterra F, Lombardi S, Marini F, Zenari L, et al. HOMA-estimated insulin resistance is an independent predictor of cardiovascular disease in type 2 diabetic subjects: prospective data from the Verona Diabetes Complications Study. *Diabetes care*. 2002;25(7):1135-41.
24. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The journal of clinical hypertension*. 2014;16(1):14-26.
25. Erkoç SB. Eskişehir Mahmudiye’de erişkinlerde hipertansiyon insidansı ve risk faktörleri. 2013.

26. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *The Lancet*. 2008;371(9623):1513-8.
27. Burt VL, Whelton P, Roccella EJ, Brown C, Cutler JA, Higgins M, et al. Prevalence of hypertension in the US adult population: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1991. *Hypertension*. 1995;25(3):305-13.
28. Stamler J, Elliott P, Dyer AR, Stamler R, Kesteloot H, Marmot M. Commentary. *BMJ: British Medical Journal*. 1996;312(7041):1285.
29. ONAT A, TÜRKMEN S, KARABULUT A, YAZICI M, CAN G, SANŞOY V. Türk yetişkinlerinde hiperkolesterolemi ve hipertansiyon birlikteliği: Sıklığına ve kardiyovasküler riski öngördürmesine ilişkin TEKHARF çalışması verileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2004;32(8):533-41.
30. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of hypertension*. 2005;23(10):1817-23.
31. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, et al. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood pressure*. 2010;19(5):313-8.
32. Sengul S, Erdem Y, Akpolat T, Derici U, Sindel S, Karatan O, et al. Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. *Kidney international supplements*. 2013;3(4):326-31.
33. Babalık E. Hipertansiyon Patofizyolojisi. *Klinik Gelişim*. 2005;18(2):25-32.
34. Dluhy RG, Lifton RP. Glucocorticoid-remediable aldosteronism (GRA): diagnosis, variability of phenotype and regulation of potassium homeostasis. *Steroids*. 1995;60(1):48-51.
35. Tuna S. Trakya Üniversitesi Hastanesi Hipertansiyon Polikliniğine Başvuran Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı Faktörleri İle Hipertansiyonları Arasındaki İlişkinin Saptanması (Tez). İstanbul Üniversitesi. 1995.
36. Karademir M, Koseoglu IH, Vatansever K, Van Den Akker M. Validity and reliability of the Turkish version of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings. *The European journal of general practice*. 2009;15(4):207-11.
37. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018;71(19):e127-e248.
38. Sağlık AHÜÖP. Muayeneleri ve Tarama Testleri. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, yayın. 2015(991).
39. Booth J. A short history of blood pressure measurement. SAGE Publications; 1977.
40. Hackam DG, Khan NA, Hemmelgarn BR, Rabkin SW, Touyz RM, Campbell NR, et al. The 2010 Canadian Hypertension Education Program recommendations for the management of hypertension: part 2—therapy. *Canadian Journal of Cardiology*. 2010;26(5):249-58.
41. Kaya EA, Keskin A. Hipertansiyon Tanılı Hastaların İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi: T.C. Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2016.
42. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y, et al. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring. *Journal of hypertension*. 2008;26(8):1505-26.
43. Bobrie G, Chatellier G, Genes N, Clerson P, Vaur L, Vaisse B, et al. Cardiovascular prognosis of masked hypertension detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *Jama*. 2004;291(11):1342-9.
44. Logan AG, Dunai A, McIsaac WJ, Irvine MJ, Tisler A. Attitudes of primary care physicians and their patients about home blood pressure monitoring in Ontario. *Journal of hypertension*. 2008;26(3):446-52.
45. Küçükşahin O, Aslan SL. Hastanemiz Personeline Hipertansiyon Sıklığı ve Hipertansiyonun HS-CRP İlişkisi: T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2009.
46. Organization WH. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013. World Health Organization, 2013.
47. Küçükukur M, Akbulut M. Dipper ve Non dipper Hipertansiyonu Olan Hastaların Serum Osteopontin Düzeyinin Karşılaştırılması: T.C. Fırat Üniversitesi; 2015.
48. Brown MA, Whitworth JA. Hypertension in human renal disease. *Journal of hypertension*. 1992;10(8):2.
49. Lüders S. Drug therapy for the secondary prevention of stroke in hypertensive patients. *Drugs*. 2007;67(7):955-63.
50. Büyüköztürk K, Tedavi UH, Kılavuzu T. *Türk Kardiyoloji Derneği*. İstanbul; 1999.
51. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *Journal of vascular surgery*. 2007;45(1):S5-S67.
52. James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, Dennison-Himmelfarb C, Handler J. Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. *Jama [Internet]*. 2014; 311 (5): 507–20. 2014.

53. Gropelli A, Omboni S, Parati G, Mancia G. β -blockade and selective α_1 inhibition. *Journal of Hypertension*. 1990;8(5):S35-540.
54. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Bmj*. 1994;309(6959):901-11.
55. Manson JE, Tosteson H, Ridker PM, Satterfield S, Hebert P, O'Connor GT, et al. The primary prevention of myocardial infarction. *New England journal of medicine*. 1992;326(21):1406-16.
56. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, et al. Turkish hypertension consensus report. *Türk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin yayin organidir*. 2015;43(4):402-9.
57. Force UPST. Counseling and interventions to prevent tobacco use and tobacco-caused disease in adults and pregnant women: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2009;150(8):551.
58. Pimenta E, Gaddam KK, Oparil S, Aban I, Husain S, Dell'Italia LJ, et al. Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. *Hypertension*. 2009;54(3):475-81.
59. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jürgens G. Effects of low-sodium diet vs. high-sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride (Cochrane Review). *American journal of hypertension*. 2012;25(1):1-15.
60. Cook NR, Cutler JA, Obarzanek E, Buring JE, Rexrode KM, Kumanyika SK, et al. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *Bmj*. 2007;334(7599):885.
61. He FJ, MacGregor GA. How far should salt intake be reduced? *Hypertension*. 2003;42(6):1093-9.
62. Özbayram A. Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.
63. Samur G, Yıldız E. OBEZİTE VE KARDİOVASKÜLER HASTALIKLAR/HİPERTANSİYON. Sağlık Bakanlığı Yayın. 2008.
64. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2003;42(5):878-84.
65. Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension*. 2005;46(4):667-75.
66. Leitzmann MF, Park Y, Blair A, Ballard-Barbash R, Mouw T, Hollenbeck AR, et al. Physical activity recommendations and decreased risk of mortality. *Archives of internal medicine*. 2007;167(22):2453-60.
67. Rossi A, Dikareva A, Bacon SL, Daskalopoulou SS. The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review. *Journal of hypertension*. 2012;30(7):1277-88.
68. Blumenthal JA, Babyak MA, Hinderliter A, Watkins LL, Craighead L, Lin P-H, et al. Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study. *Archives of internal medicine*. 2010;170(2):126-35.
69. Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination therapy versus monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11,000 participants from 42 trials. *The American journal of medicine*. 2009;122(3):290-300.
70. Goksuluk H, Kerimli N, Atmaca Y, Ozcan O, Gerede M, Kaya C, et al., editors. Effects of renin-angiotensin-aldosterone system blockers on contrast-induced nephropathy and its association with NGAL levels in diabetic patients undergoing coronary angiography. *EUROPEAN HEART JOURNAL*; 2015: OXFORD UNIV PRESS GREAT CLARENDON ST, OXFORD OX2 6DP, ENGLAND.
71. Opie L, Pfeffer M. Inhibitors of Angiotensin-Converting Enzyme, Angiotensin II Receptor, Aldosterone, and Renin. Opie LH, Gersh BJ *Drugs for the heart*, Saunders. 2009.
72. Levine TB, Olivari MT, Cohn JN. Angiotensin converting enzyme inhibitors in congestive heart failure: overview in comparison of captopril and enalapril. *The American journal of medicine*. 1986;81(4):36-9.
73. Nelson EB, Pool JL, Taylor AA. Pharmacology of angiotensin converting enzyme inhibitors: A review. *The American journal of medicine*. 1986;81(4):13-8.
74. Opie LH. Angiotensin-converting enzyme inhibitors: scientific basis for clinical use: Wiley-Liss; 1994.
75. Zannad F, McMurray JJ, Krum H, van Veldhuisen DJ, Swedberg K, Shi H, et al. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *New England Journal of Medicine*. 2011;364(1):11-21.
76. Elliott WJ, Meyer PM. Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta-analysis. *The Lancet*. 2007;369(9557):201-7.
77. Özdoğan H, Birdane A. Düşük Riskli Hipertansif Hastalarda Beta Bloker Kullanımının Efor Testi Kan Basıncı Cevabına Etkisi: T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi; 2011.
78. Law M, Morris J, Wald N. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *Bmj*. 2009;338:b1665.

79. Öngen Z. Çözümü zor bir toplumsal sorun: hipertansiyon. 2005.
80. Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 2009;37(8):551-6.
81. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Progress in cardiovascular nursing*. 2000;15(3):90-6.
82. Kocuyigit H, Aydemir Ö, Fisek G, Memiş A. Kisa Form 36'nin Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Gecerliliği. *Ilac ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:102-6.
83. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*. 1992;473-83.
84. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo Jr JL, et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *Jama*. 2003;289(19):2560-71.
85. Faria G, Pestana D, Aral M, Preto J, Norberto S, Calhau C, et al. Metabolic score: insights on the development and prediction of remission of metabolic syndrome after gastric bypass. *Annals of surgery*. 2014;260(2):279-86.
86. Dalak H. Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Türkiye*. 2010.
87. Yurdakul S, Aytekin S. Kadınlarda hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 2010;38(1):25-31.
88. Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension AU - Mancia, Giuseppe. *Blood Pressure*. 2013;22(4):193-278.
89. Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ. Van ili ve yöresindeki hipertansif hastaların hipertansiyon konusundaki bilgi düzeylerinin ve tedaviye uyumlarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*. 1999;6(4):11-4.
90. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2008;50(3):172-9.
91. Şarlı Ş. Hipertansiyon Hastalığı Olanlarda Tedaviye Uyum, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*. 2011.
92. Akgül C. Hipertansiyon hastalarında antihipertansif uyumun değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye*. 2008.
93. Caro JJ, Salas M, Speckman JL, Raggio G, Jackson JD. Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *Canadian Medical Association Journal*. 1999;160(1):31-7.
94. Shaya FT, Du D, Gbarayor CM, Frech-Tamas F, Lau H, Weir MR. Predictors of compliance with antihypertensive therapy in a high-risk Medicaid population. *Journal of the National Medical Association*. 2009;101(1):34-9.
95. Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. *Archives of medical research*. 2005;36(2):136-41.
96. Li W, Liu L, Puente JG, Li Y, Jiang X, Jin S, et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *Journal of hypertension*. 2005;23(9):1667-76.
97. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of clinical epidemiology*. 2001;54(2):172-81.
98. Banegas JR, López-García E, Graciani A, Guallar-Castillón P, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J, et al. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*. 2007;14(3):456-62.
99. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. 2009.
100. Altay B, Gönener H, İslam K, Göv P. Fizik tedavi alan hastaların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Gaziantep Tıp Derg*. 2010;16(2):29-35.
101. Laaksonen M, Rahkonen O, Martikainen P, Karvonen S, Lahelma E. Smoking and SF-36 health functioning. *Preventive medicine*. 2006;42(3):206-9.
102. Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BE. Health status and hypertension: a population-based study. *Journal of clinical epidemiology*. 1996;49(11):1239-45.
103. Thommasen H, Zhang W. Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. *Rural Remote Health*. 2006;6(2):528.
104. Stewart AL, Greenfield S, Hays RD, Wells K, Rogers WH, Berry SD, et al. Functional status and well-being of patients with chronic conditions: results from the Medical Outcomes Study. *Jama*. 1989;262(7):907-13.
105. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2006;28(2):81-9.
106. Wee H-L, Cheung Y-B, Li S-C, Fong K-Y, Thumboo J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related Quality of Life: Is the whole greater than the sum of its parts? *Health and quality of life outcomes*. 2005;3(1):2.

107. ERDEN A, GÜNER SG. Genç yaşlılarda egzersizin yaşam kalitesi, beden farkındalığı, kinezyofobi ve Düşme riskine etkisi. Cukurova Medical Journal.43(4):1-.
108. Tekkanat Ç. Öğretmenlik bölümünde okuyan öğrencilerde yaşam kalitesi ve fiziksel aktivite düzeyleri: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2008.

EK.1.ETİK KURUL KARAR FORMU

T.C. İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİĞİ KURULU (Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu)			
Oturum Tarihi	Oturum Sayısı	Karar Sayısı	
19.12.2017	27	2017/27-1	
Karar No: 2017/27-1: Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 19.12.2017 tarihinde İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı Salonunda toplandı. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD'n da Arş. Gör. Işıl GEDİK TEKİNEMRE'nin "Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumunu, Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışması Üniversitemiz Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından uygun olup-olmadığı hususundaki başvurusuna ilişkin raporlar görüşüldü. Çalışma Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi açısından değerlendirildiğinde; çalışmanın <u>etik açıdan uygun olduğuna</u>; oy birliği ile karar verilmiştir.			
Prof. Dr. Osman CELBİŞ Etik Kurul Başkanı			
Prof. Dr. Kadir ERTEM Etik Kurul Başkan Yrd.	KATILDI	Prof. Dr. Gülsen GÜNEŞ Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Cemşit KARAKURT Etik Kurul Üyesi	KATILDI	Prof. Dr. Yüksel SEÇKİN Etik Kurul Üyesi	KATILDI
Prof. Dr. Erkan KARATAŞ Etik Kurul Üyesi	KATILMADI	Prof. Dr. Yılmaz TABEL Etik Kurul Üyesi	KATILDI

EK.2. MALATYA HALK SAĞLIĞI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ ETİK KURULU KARAR FORMU



T.C.
MALATYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 92852811-771
Konu : Bilimsel Araştırma Çalışması

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Dahili Tıp Bilimleri Bölümü
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanlığı

İlgi : 25/04/2018 tarihli yazınız.

İlgi sayılı yazınız ile, Üniversiteniz Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalında görevli Doç. Dr. Engin Burak SELÇUK danışmanlığında, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Işıl GEDİK TEKİNEMRE tarafından; Yeşilyurt ve Battalgazi ilçe merkezlerinde bulunan tüm aile sağlığı merkezlerinde "Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumu, Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışması yapılması talebiniz, Müdürlüğümüzde uygun görülmüştür.

Söz konusu tez çalışmasının, 18.05.2018- 16.07.2018 tarihleri arasında, Yeşilyurt ve Battalgazi ilçe merkezlerinde bulunan tüm aile sağlığı merkezlerinde, ekte göndermekte olduğumuz araştırma izin başvuru talebi inceleme komisyon karar tutanağında belirtilen hükümler doğrultusunda yapılması hususunda,

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Doç. Dr. Recep BENTLİ
İl Sağlık Müdürü

EKLER:
Karar Tutanağı

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
17 Mart 2018
Hüseyin ÖNDEKİ
V.H.K.L.

Malatya Kamu Hastaneleri Birliği
Faks No:4223245601

e-Posta:nesrin.kara2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Malatya İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Başkanlığı Eğitim Birimi N. KARA khh44.egitim@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b59d1ed4-6771-41e7-a78d-90a442ffce0 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Nesrin KARA
Unvan:EBF

Telefon No:4223245603 (1047)

T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
MALATYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI

ARAŞTIRMA İZİN BAŞVURU TALEBİ İNCELEME KOMİSYON KARAR TUTANAĞI

GÜNDEM: Araştırma İzin Başvuru Talebi İnceleme Komisyon Karar Toplantısı, 07.05.2018 tarihinde saat 14:00 de Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığında gerçekleştirilmiş olup; toplantı konusu ve sonucu aşağıda belirtilmiştir.
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi Işıl GEDİK; Yeşilyurt ve Battalgazi ilçe merkezlerinde bulunan tüm aile sağlığı merkezlerinde, "Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumu, Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" konulu uzmanlık tezi çalışması yapmak üzere başvuru talebinde bulunmuştur.

SONUÇ: Yapılan araştırma izni başvuru talebi, Müdürlüğümüz İnceleme Komisyonu tarafından değerlendirilerek; **Girişimsel (invaziv) olmayan klinik araştırmalar:** "Anket çalışmaları, dosya ve görüntü kayıtları kullanılarak yapılan retrospektif arşiv taramaları ve benzeri gibi gözlemsel çalışmalar yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi araştırmaları gibi insana bir hekimin doğrudan müdahalesini gerektirmeden (kişiyi herhangi bir girişimsel müdahalede bulunulmayarak sadece anket yöntemi kullanılarak) yapılan girişimsel olmayan klinik araştırmalar kapsamında değerlendirilmiş olup, bu kapsamın dışına çıkılmadan, katılımların gönüllülük esasına göre yapılması ve birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz. Bununla birlikte, aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilecek olan araştırmalarda, aile sağlığı Merkezinin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmemesi, çalışma saatlerini ve hizmeti aksatmadan bizzat araştırma sahibi tarafından araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir. Araştırmacının, aile sağlığı merkezi sorumlu hekiminden izin alması kaydıyla ve araştırmayı araştırmacının kendi imkânları ile yapması gerektiği kararına varılmıştır.

Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir.

Tutanak komisyonumuz tarafından imza altına alınmıştır.

Dr. Kemal ŞENER
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

Uzm. Dr. Ayhan BOZTEPE
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanı

Dr. Ömer Namık KARAGÖZ
Aile Hekimi

Nihal BARLIK
Başkan Yardımcısı

Müberra YEŞİLYURT
Uzman

OLUR
14.05/2018

Doç. Dr. Recep BENTLİ
İl Sağlık Müdürü

EK.3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Sizi TÖTM Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen ‘Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi’ başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına sahipsiniz. 18 yaşının altındaki Katılımcı/Gönüllülerin, Velayet veya Vesayetindeki yasal temsilcilerine gerekli açıklamalar yapılarak bilgilendirildi. Çalışma için gerekli İzin/Onam alındı. **Çalışmaya katılmanız, soruları yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam/onay verdiğiniz anlamına gelmektedir.** Size verilen formlardaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen **Araştırma amacı** ile kullanılacaktır. **Araştırma yayınlansa bile isminiz ve kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli kalacak ve 3. bir şahısa verilmeyecektir.**

1. ARAŞTIRMANIN ADI: Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

2. KATILIMCI SAYISI: Bu araştırmada yer alması öngörülen toplam katılımcı sayısı 138.....’dir.

3.ARAŞTIRMAYA KATILIM SÜRESİ: Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15.01 .2018 / 15.04.2018 (3 ay) ’dir.

4. ARAŞTIRMANIN AMACI:

Çalışmamızda hipertansiyon tanılı hastaların tedaviye uyum oranlarının saptanması, hastaların yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi ayrıca hastaların sosyodemografik verileri, egzersiz ve diyet alışkanlıkları ile tedavi uyumları arasında ilişki olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışma ile hipertansiyon tedavisinde tedavi uyumunu etkileyen faktörler saptanarak tedavi uyumunu olumsuz etkileyen değiştirilebilir faktörler açısından hastalara uygun önerilerde bulunmak mümkün olacaktır.

5. ARAŞTIRMAYA KATILMA KOŞULLARI

Bu araştırmaya dahil edilebilmek için sahip olmanız gereken koşullar şu şekildedir; Malatya ilinde merkez bölgesinde bulunan aile sağlığı merkezlerindeki aile hekimliği polikliniklerine başvurmuş olmak, 18 yaşından büyük olmak ve en az 6 aydır hipertansiyon nedeniyle medikal tedavi alıyor olmak, ankete katılmaya gönüllü olmak, fiziksel ve bilişsel açıdan veri toplama formlarını cevaplamaya uygun olmak

6. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Çalışma kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı. Bu kapsamda çalışmaya birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanmak üzere aile sağlığı merkezi polikliniklerine müracaat eden ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hipertansiyon tanılı hastalara; hastaların sosyodemografik özelliklerini, hipertansiyona ilişkin özelliklerini, egzersiz ve diyet alışkanlıklarını ölçmek için hazırlanan sorulardan oluşan anket formu, “Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” uygulanacaktır.

7. ARAŞTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK OLASI RİSKLER

Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

8. ARAşTIRMADAN KAYNAKLANABİLECEK HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK / SORUMLULUK DURUMU

Araştırma nedeniyle bir zarar görmeniz söz konusu olursa gereken masraflar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

9. ARAşTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLARDA ARANACAK Kİşİ

Uygulama süresince, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da araştırma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki veya diğerk rahatsızlıklarınız için herhangi bir saatte adresi ve telefonu aşağıda belirtilen ilgili hekime ulaşabilirsiniz.

İstedığınızde Günün 24 Saati Ulaşılabilircek Araştırmacınızın Adres ve Telefonları:

İşilay GEDİK TEKİNEMRE..... İnönü Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliğı AD

İş: 04223410660(1772) Cep: 05054961360

ARAŞTIRMAYA KATILMA ONAYI

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı., Soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana; çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak ta anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

GÖNÜLLÜ		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

VELİ/ VASİ (Varsa)		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

ARAŞTIRMACI		İMZASI/TARİH
ADI-SOYADI ve GÖREVİ		
ADRES		
TELEFON		
TARİH		

EK.4. SOSYODEMOGRAFİK FORM

Hipertansif Hastalarda Tedavi Uyumu, Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

1	Ad Soyad:
2	Yaş: Boy: Kilo:
3	Cinsiyet 1)Erkek 2)Kadın
4	Medeni durum 1)Bekar 2)Evli 3)Dul
5	Çocuk sayısı: a)Yok b) 1 c)2 d)3 e)4 veya daha fazla
6	Eğitim durumu: 1) Okur yazar değil 2)Okur yazar – ilköğretim 3) Ortaöğretim 4)Yükseköğretim
7	Meslek: 1) Memur 2) Özel Sektör 3) Emekli 4) Ev hanımı 5) Diğer
8	Sosyal güvence : 1) Var 2) Yok
9	Kiminle ikamet ediyorsunuz? 1) Yalnız 2) Eş ve çocuklar 3) Anne, baba, kardeşler 4) Diğer
10	Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır (Cevabınız hayır ise 12 numaralı soruya geçiniz.)
11	Kaç yıldır sigara içiyorsunuz? Günde kaç paket sigara içiyorsunuz?
12	Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
13	Tansiyonunuzu ne sıklıkta ölçtürürsünüz? 1) Her gün 2) Haftada 1 kez 3) Tansiyonumun yükseldiğini/düştüğünü hissettiğimde 4) Bazen 5) Hiç
14	Hipertansiyon nedeni ile kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?
15	Hipertansiyon tanınız kaç senedir var? a) 5 yıldan daha az b) 5-10 yıl c) 10 yıldan daha uzun süredir
16	Hipertansiyon için ne sıklıkta kontrole gidersiniz? a) Ayda bir b) Altı ayda bir c) Yılda bir d) Kontrole sadece ilaç yazdırmak/raporumu yenilemek için gidiyorum
17	Hipertansiyon dışında ek hastalıklarınız varsa işaretleyiniz

	1) Kalp – damar hastalığı 2) Serebrovasküler hastalıklar (felç, inme .. vs) 3) Böbrek hastalıkları 4) Göz hastalıkları 5) Diğer
18	Herhangi bir diyet programı uyguluyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
19	Herhangi bir egzersiz programı uyguluyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır



EK.5. HİLL BONE HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Skalası

Ne sıklıkla....

1. tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
2. tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 11. soruyu da cevaplayın)
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
3. tuzlu besinler yiyorsunuz?(hiçbir zaman dışında cevap varsa 34. soruyu da cevaplayın)
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
4. yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
5. hazır(abur cubur) yemek yersiniz?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
6. doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
7. randevularınızı kaçırsınız?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
8. reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
9. tansiyon ilaçsız kalırsınız? (hiçbir zaman dışında cevap varsa 35. soruyu da cevaplayın)
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
10. doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlırsınız?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
11. kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
12. kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
13. başkalarının tansiyon ilaçlarından alırsınız?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman
14. dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?
☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

EK.6. KISA FORM 36

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir gүнümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır ? Öyleyse ne kadar ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling,golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3

d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar işin tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı ?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu ?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelere ne kadar engel oldu?

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sinirli bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyormusunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman

1

Çoğu zaman

2

Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5