



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HİPERTANSİYON KONTROLÜNDE
HASTALIK ALGISI VE
GRUP GÖRÜŞMELERİNİN ETKİSİ

Dr. Orhan ACEHAN
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Hatice KURDAK

ADANA-2010



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HİPERTANSİYON KONTROLÜNDE
HASTALIK ALGISI VE
GRUP GÖRÜŞMELERİNİN ETKİSİ

Dr. Orhan ACEHAN
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Hatice KURDAK

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TF2009LTP3 proje numarası ile desteklenmiştir.

ADANA-2010

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde bilgisi ve sabrı ile desteğini her zaman hissettiğim hocalarıma, yoğun eğitimim boyunca sevgisini ve desteğini daima hissettiğim değerli eşime, dostlukları için Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine ve personeline, projemizi destekleyen Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Fonu'na teşekkür ederim.

Dr. Orhan ACEHAN

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
KISALTMA LİSTESİ	ix
ÖZET ve ANAHTAR SÖZCÜKLER	x
ABSTRACT-KEY WORDS	xi
1.GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hipertansiyon	4
2.1.1. Hipertansiyonun Tarihçesi	4
2.1.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	4
2.1.3. Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflaması	5
2.1.3.1. Hastalık Gelişimine Göre Hipertansiyon Sınıflaması	7
2.1.3.1.1. Malign Hipertansiyon	7
2.1.3.1.2. Benign Hipertansiyon	8
2.1.3.2. Kan Basıncı Düzeylerine Göre Hipertansiyon Sınıflaması	8
2.1.3.3. Global Kardiyovasküler Risk Profiline Göre Hipertansiyon Sınıflaması	8
2.1.3.4. Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflaması	9
2.1.3.4.1. Esansiyel hipertansiyon	9
2.1.3.4.2. Sekonder Hipertansiyon	10
2.1.4. Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular	11
2.1.5. Hipertansiyonda Laboratuvar İncelemeleri	13
2.1.6. Hipertansiyonda Hedef Organlardaki Değişiklikler ve Komplikasyonlar	14
2.1.6.1. Hipertansiyon ve Kalp	14
2.1.6.1.1. Koroner İskemi	14
2.1.6.1.2. Kapak Fonksiyonları	15
2.1.6.1.3. Rekstriktif Miyokardiyal Değişiklikler ve Ventrikül Hipertrofi	15
2.1.6.1.4. Ventriküler Fonksiyon Değerlendirilmesi	15
2.1.6.1.5. Kalp Ritminin Değerlendirilmesi	15
2.1.6.1.6. Dissekan Aort Anevrizması	16
2.1.6.2. Hipertansiyon ve Böbrek	16
2.1.6.3. Hipertansiyon ve Beyin	16
2.1.6.3.1. İnme	17
2.1.6.3.2. Kognitif Bozukluk ve Demans	17
2.1.6.3.3. Hipertansif Ensefalopati	18
2.1.6.4. Hipertansiyon ve Göz	18
2.1.6.5. Hipertansiyon ve Periferik Arter Hastalığı	19

2.1.7. Hipertansiyon Tedavisi	19
2.1.7.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve İlaçsız Tedavi	20
2.1.7.1.1. Sigarayı Bırakmak	21
2.1.7.1.2. Orta Düzeyde Alkol Tüketimi	21
2.1.7.1.3. Sodyum Kısıtlaması	22
2.1.7.1.4. Diyetle İlgili Diğer Değişiklikler	23
2.1.7.1.5. Kilo Verme	24
2.1.7.1.6. Fiziksel Egzersiz	25
2.1.7.1.7. Relaksasyon	25
2.1.7.2. Farmakolojik Tedavi	26
2.2. Grup görüşmesi	28
2.2.1. Görüşmelerinin Planlanması ve Uygulanması	30
2.3. Hastalık Algısı	32
2.3.1. Hastalık Algısının Bileşenleri	33
2.3.1.1. Hastalığın kimliği	33
2.3.1.2. Nedensel inanışlar	33
2.3.1.3. Zamansal inanışlar	34
2.3.1.4. Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar	34
2.3.1.5. Sonuçlar	34
2.3.2. Hastalık Algısını Değerlendirmek	34
2.3.3. Hastalık Algısı ve Klinik Sonuçlar	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM	37
3.1. Çalışma Grubunun Seçimi	37
3.2. Verilerin Toplanması	37
3.2.1. Girişim Öncesi	37
3.2.2. Girişim Sonrası	40
3.2.2.1. Birinci Grup Görüşmesi (n=40)	40
3.2.2.2. İkinci Grup Görüşmesi (n=40)	41
3.2.2.3. Üçüncü Grup Görüşmesi (n=40)	41
3.2.2.4. Hastalık Algısı Ölçeğinin Uygulanması	42
3.3. Verilerin Bilgisayar Ortamına Girilmesi	44
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	44
4. BULGULAR	45
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	45
4.2. Hipertansiyon Hastalarının Antihipertansif İlaç Kullanım Durumları	47
4.3. Hipertansiyon Hastalarının Poliklinik Başvuruları	49
4.4. Hastaların Aile ya da Çevresindekilerin Hipertansiyondan Etkilenme Durumu	49
4.5. Hipertansiyon Hastalarının Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Dağılımı	50
4.6. Hipertansiyon Hastalarının Yaşam Tarzı Durumları	52
4.7. Hastaların Hastalık Algısının Değerlendirilmesi	54
4.8. Hastaların Kan Basıncı Regülasyon Durumu	60
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	71
7. KAYNAKLAR	72
8. EKLER	82

8.1. EK-1. Hasta Bilgi Formu	82
8.2. EK-2. Hastalık Algı Ölçeği	84
9. ÖZGEÇMİŞ	90

TABLO LİSTESİ

Tablo No:	Sayfa No:
Tablo 1: ESH/ESC'ye Göre Kan Basıncı Düzeylerinin Tanımlama ve Sınıflaması	6
Tablo 2: JNC7' ye Göre Hipertansiyon Sınıflama Hedefleri	6
Tablo 3: Etiyolojisine Göre Sekonder Hipertansiyon Nedenleri	10
Tablo 4: Hipertansiyonlu Hastalarda Laboratuvar İncelemeleri	13
Tablo 5: Antihipertansif Tedaviye Başlamak	20
Tablo 6: Hipertansiyon Eliminasyon Diyeti: 2000 kalori/gün Örnek Yeme Planı	24
Tablo 7: Örnek Grup Görüşmesi Planı	30
Tablo 8: Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları	46
Tablo 9: Hipertansiyon Hastalarının Kullandıkları Antihipertansif İlaç Sayısına Göre Dağılımı	47
Tablo 10: Grup Görüşmesine Katılan ve Katılmayan Hastaların Kullandıkları Antihipertansif İlaç Sayısının Ortalaması	48
Tablo 11: İlk Anket Verilerine Göre Hastaların Antihipertansif İlaç Sayısının Ortalaması	48
Tablo 12: Son Anket Verilerine Göre Hastaların Antihipertansif İlaç Sayısının Ortalaması	49
Tablo 13: Hipertansiyon Hastalarının Poliklinik Başvuruları	49
Tablo 14: Hastaların Aile ve Çevresindekilerin Hipertansiyondan Etkilenme Durumu	50
Tablo 15: Hastaların Kan Basıncı Ortalamalarının Grup Görüşmesine Katılım Durumuna Göre Dağılımı	52
Tablo 16: Düzenli Egzersiz ve Tuzsuz Diyet Uygulama Durumları	52
Tablo 17: Hastaların Alkol Alışkanlıkları	53
Tablo 18: Hipertansiyon Hastalarının İş ve Ev Yaşantısındaki Stres Durumları	54
Tablo 19: Hipertansiyon Hastalarının Yaşadıkları Belirtiler	55
Tablo 20: İlk Ankete Göre Sosyodemografik Veriler ve Alt Ölçeklerin Kendi İçindeki Korelasyonu	57
Tablo 21: Son Ankete Göre Sosyodemografik Veriler ve Alt Ölçeklerin Kendi İçindeki Korelasyonu	58
Tablo 22: Hastalara Göre Hipertansiyonun Olası Nedenlerinin Dağılımı	59
Tablo 23: Hastalığın Oluşmasında Etkin Görülen En Önemli Nedenler	60
Tablo 24: Grup Görüşmesine Katılan ve Katılmayan Hastaların İlk Muayenede Kan Basıncı Regülasyon Durumları	61
Tablo 25: Grup Görüşmesine Katılan ve Katılmayan Hastaların Son Muayenede Kan Basıncı Regülasyon Durumları	61
Tablo 26: İlk Ankette Kan Basıncı Regülasyon Durumu İle Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması	62
Tablo 27: Son Ankette Kan Basıncı Regülasyon Durumu İle Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması	63

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No:	Sayfa No:
Şekil 1: Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı	45
Şekil 2: Hipertansiyon Sürelerine Göre Dağılım	47
Şekil 3: Hastaların Sistolik Kan Basıncı Dağılımı	50
Şekil 4: Diyastolik Kan Basıncı Ortalamaları	51
Şekil 5: Hastaların Sigara Kullanım Öyküleri	53
Şekil 6: Kontrol Grubunun Hastalık Algısı Alt Ölçeklerindeki Değişimi	56
Şekil 7: Grup Görüşmesine Katılan Hastaların Hastalık Algısının Alt Ölçeklerindeki Değişimi	57

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri
ÇÜTF : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
DKB : Diyastolik Kan Basıncı
ESH : Avrupa Hipertansiyon Derneği
ESC : Avrupa Kardioloji Derneği
Gr : Gram
GİA : Geçici İskemik Atak
HAÖ : Hastalık Algısı Ölçeği
HOH : Hedef Organ Hasarı
HT : Hipertansiyon
JNC : Joint National Committee
KB : Kan Basıncı
KKY : Konjestif Kalp Yetmezliği
KV : Kardiyovasküler
Mİ : Miyokard Enfarktüsü
ml : Mililitre
mmol : Milimol
mmHg : Milimetre Cıva
SKB : Sistolik Kan Basıncı

ÖZET

Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hipertansiyon hastalarının hastalık algısı ile kan basıncı regülasyonu arasındaki ilişkiyi belirlemek ve hastalık algısına yönelik grup görüşmelerinin hastalık algısı ve kan basıncı regülasyonuna etkisini incelemektir.

Yöntem: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 23.05.2008–23.11.2008 tarihleri arasında başvuran 152 hipertansiyon hastası çalışmaya alındı. Hasta Bilgi Formu ve Hastalık Algısı Ölçeği uygulandı. Hastalar, rasgele yöntemle iki gruba ayrıldı: Birinci grup kontrol grubu olup ikinci grup grup görüşmesine alındı. Grup görüşmeleri, bir öğretim üyesi, bir asistan ve bir hemşire ile birlikte grup görüşmesi kurallarına uygun bir şekilde ayda bir kez olmak üzere üç ay boyunca yapıldı ve son görüşmeden bir hafta sonra kontrol grubu ile birlikte tüm hastalara “Hastalık Algısı Ölçeği” tekrar uygulanarak kan basıncı değerlerinin hedef değerlere ulaşp ulaşmadığı kontrol edildi. Veriler bilgisayara girildi ve istatistiksel paket programı ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 109 hastadan 92'si (% 84,4) çalışmayı tamamladı. Bu hastalardan 40'ı (% 43,5) grup görüşmesine alındı. Grup görüşmesine katılan hastaların grup görüşmeleri öncesindeki kan basıncı regülasyonu % 27,5 iken, grup görüşmeleri sonrasında anlamlı şekilde % 70'e yükselmiştir. Kontrol grubunun kan basıncı regülasyonu ise bu süre içerisinde % 23,2'den % 31,9'a ulaşmıştır.

Sonuç: Hipertansiyon hastalarının büyük çoğunluğunun kan basıncı kontrolü istenen düzeyde değildir ve yeni bakım modellerinden grup görüşmesi, hastaların hastalık algılarını olumlu yönde etkileyerek kan basıncı regülasyonunda iyileşmeye katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, hastalık algısı, hastalık algısı ölçeği, grup görüşmesi.

ABSTRACT

The Effects of Illness Perception and Group Interview on Hypertension Control

Aim: To assess the relationship between illness perception and blood pressure regulation in patients with hypertension and the effect of group interviews on illness perception to illness perception and blood pressure regulation.

Methods: Patients with hypertension admitting to Family Medicine Outpatient Clinic of Cukurova University from 23.05.2008 to 23.11.2008 were included. Sociodemographic and Illness Perception Questionnaire were completed. Patients were divided into two groups: First group was control group and the second group underwent group interview. Group interviews were performed once a month with an assistant professor, a resident and a nurse for three months. One week after the last interview all patients re-completed Illness Perception Questionnaire and their blood pressures were measured. The data was installed and analyzed using statistical pocket program.

Results: Of 109 patients, 92 (84,4%) patients completed the study. Of these, 40 patients (43,5%) underwent group interviews. Blood pressure control rate which was 27,5% before the interview achieved significantly to 70% of patients after the interview in the intervention group. In control group, blood pressure regulation changed from 23,2% to 31,9%.

Conclusions: Most patients with hypertension fail to reach target blood pressure values. Group interview which is a new healthcare model may contribute to blood pressure regulation by affecting illness perception of patients positively.

Keywords: Hypertension, illness perception, illness perception questionnaire, group interview.

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlığı “fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak” tanımlamıştır.¹ Fiziksel hastalıklar bireylerin fizyolojik ve psikolojik bütünlüğüne karşı tehdit oluşturur ve varoluşsal kaygılara yol açar. Hastalık, hastanın rahatsızlığını algılaması ve hastalığı ile ilgili sahip olduğu deneyimler ile şekillenir. Her hastanın hastalık algısı ve mevcut semptomların hasta için taşıdığı anlamlar farklılık gösterir.² İnsanların çoğu yaşamlarında bir veya daha çok hastalık geçirmelerine karşın, her birey hastalık deneyimini diğerinden farklı yaşar. Hastalar kişisel deneyimleri, bilgileri, değerleri, inançları ve gereksinimleri ışığında hastalıklarını açıklamaya çalışırlar.³

Hastalık algısı ve hastalığın sonucu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırmalara göre, içsel kontrol algısı yüksek olan kişilerde hastalığın gidişi daha iyidir.^{4,5} Tıbbi literatürlerde hastalık algısının, hastalıkla baş etme, tıbbi tedavi kullanımı ve tedavi etkilerini değerlendirme ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.⁶ Hastalık algısının diyabetli hastalarda yaşam kalitesinin ruhsal boyutuyla ilişkili olduğu, osteoartrit hastalarında öz-yönetimi etkilediği, astım ve hemofili hastalarında ilaca uyumun ve miyokard enfarktüsü hastalarında yaşamkalitesinin belirleyicisi olduğu bulunmuştur.⁷⁻¹¹ Meme kanseri olan hastalarda hastalık şiddetinden çok, hastalık algısının tedaviye verilen psikososyal tepkiyi belirlediği bildirilmiştir. Bu sonuçlar fiziksel hastalığı olan kişilerin etkin tedavisi için hastalığı nasıl algıladıklarını öğrenmenin önemini ortaya koymaktadır.¹² Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-İllness Perception Questionnaire) 1996 yılında Weinmann ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. HAÖ birçok ülkede uyarlanmış ve kullanılmaktadır.¹³ Türkiye’de yapılan ve 2007 tarihinde Anadolu Psikiyatri Dergisinde yayınlanan Kocaman ve arkadaşlarının çalışmasında elde edilen verilere göre, Türkçe’ye uyarlanmış olan HAÖ ile elde edilen bulgular HAÖ Türkçe versiyonunun, Türk kültüründe yürütülecek olan araştırmalarda, geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceğini göstermektedir.² Hastalık algısının değerlendirilmesi ve hastaların hastalığı ile ilgili sahip oldukları algıların pozitif yönde etkilenmesiyle kronik hastalığı olanlara, kendi kendini yönetebilme, kronik hastalığın oluşturduğu duygusal durumla baş edebilme ve kronik hastalığa eşlik eden günlük streslerin üstesinden gelebilmeleri

için problem çözme becerileri kazandırılabilir. Özellikle son yirmi yılda, kronik hastalıklar önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıkmakta, mortalite, morbidite, yaşam kalitesinde azalma ve kronik ağrının önde gelen nedenlerini oluşturmaktadır.¹⁴⁻¹⁷ Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) 90 milyonun üzerinde Amerikalı bir kronik hastalıkla mücadele etmekte, bu nedenle ulusal sağlık harcamalarının % 75'den fazlası kronik hastalıklara ayrılmakta ve ölümlerin % 70'i kronik hastalığa sekonder olarak gerçekleşmektedir.¹⁸ Kronik hastalıklar ülkemiz açısından da büyük önem taşımaktadır. Ulusal Hastalık Yüğü-Maliyet Etkinlik (UHY-ME) çalışmasında Türkiye'de 2000 yılı için hesaplanan toplam 430.459 ölümün 305.467'si (% 71) kronik hastalıklar nedeniyle gerçekleşmektedir.¹⁹ Kronik hastalıkların çoğu birinci basamakta yönetilmektedir. Ancak hipertansiyon, diyabet, astım ve depresyon gibi kronik hastalığı olanların büyük çoğunluğu yeterince tedavi edilememektedir.²⁰⁻²³ Hipertansiyon hastalarının değerlendirildiği Türkiye (n=4910) ve Finlandiya'da (n=16775) gerçekleştirilen iki çalışmada, hipertansiyon farkındalığı sırayla % 40,7 ve % 68,0 olarak saptanmış ve bu hastalardan ülkemizde % 20,7 ve Finlandiya'da % 37,0'sinin kan basıncı kontrol altına alınabilmiştir.^{24,25}

Kearney ve ark. 2000 yılında tüm dünyada tahmin edilen erişkin hipertansiyon sayısının 972 milyon olduğunu bildirmişlerdir. Bu çalışmada 2000 yılındaki hipertansiyon prevansının dünya nüfusunun % 26,4'ü olduğunu tahmin etmişlerdir (% 26,6 erkek, % 26,1 kadın). 2025 yılında ise hipertansiyondan etkilenenlerin sayısının % 60 oranında artarak 1,56 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir.^{26,27} Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği' nin 2003 yılında yaptığı araştırmaya göre 35–64 yaş hipertansiyon prevalansı % 42,3 (erkeklerde % 34,8, kadınlarda % 50), 65 yaş üstü (geriatrik) hipertansiyon prevalansı % 75,1 (erkeklerde % 67,2, kadınlarda % 81,7) bulunmuştur. Hipertansiyon saptananların % 38'inin daha önce hipertansiyon tanısı aldığı, % 62'sinin ise ilk kez bu çalışma sırasında hipertansif olduğunu öğrendiği belirlenmiştir. Buna göre ülke genelinde hipertansiyonu olan her 3 kişiden 2'si hipertansif olduğunun farkında değildir.²⁴

Hastalık algısının hipertansif hastalarda kan basıncı hedef değerlerine ulaşmada önemli olduğu ve bu nedenle hastalık algısının sorun oluşturduğu durumların hekim tarafından fark edilerek gerekli önlemlerin alınmasının tedavi başarısını artıracığı düşünülebilir.

Grup Görüşmesi, bireysel hasta-hizmet sunucu görüşmelerinden ziyade hasta grupları için tasarlanmış görüşmeleri ifade eden bir terimdir. Grup görüşmeleri, ilk olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerini çok kullanan yaşlı hastalar ile başlatılmıştır. Bu modelde, sağlık hizmeti ekibi, sağlık hizmetini, periyodik grup görüşmesi programı ile interaktif bir süreçte kolaylaştırır. Ekip, bilgi ile desteklenen ve sağlıkla ilgili bilgilendirilmiş kararlar vermeye teşvik edilen hastayı güçlendirir. Grup görüşmeleri, uzamış hekim ofis ziyareti gibi düşünülebilir. Bu ziyarette sadece fiziksel ve tıbbi ihtiyaçların giderilmesi değil; eğitim, sosyal ve psikolojik konular da etkili bir şekilde ele alınır.

Bu çalışmanın amacı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇÜTF) Aile Hekimliği Polikliniği'ne 23 Mayıs 2008 – 23 Kasım 2008 tarihleri arasında başvuran hipertansiyon hastalarının, hastalık algısı ile kan basıncı regülasyonu arasındaki ilişkiyi belirlemek, hastalık algısına yönelik grup görüşmelerinin hastalık algısı ve kan basıncı regülasyonuna etkisini incelemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon

2.1.1. Hipertansiyonun Tarihçesi

Hipertansiyon tarihi iki döneme ayrılmıştır. Bunlardan birincisi hipertansiyonun patoloji ve patofizyolojisinin tanımlandığı tedavi öncesi dönem, ikinci dönem ise hipertansiyonda medikal tedavinin faydalarının kanıtlandığı tedavi dönemidir.²⁸ Klinik deneme ve meta-analizler modern antihipertansif tedavinin değerinin olduğunu kanıtlamıştır. Genetikteki gelişmeler bazı nadir hipertansiyon sebeplerinin ve özelliklerinin tam olarak belirlenmesini sağlamıştır.²⁸

Hipertansiyonun, özel bir kavram olarak tıp diline 19.-20.yy arasında girmiştir.²⁸ Hipertansiyonun başta kronik renal hastalıklar ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Sonraları yalnızca sağlıklı kişiler arasında yaygın geçiş gösteren renal ve kardiyovasküler hastalıkların göstergesi olduğu bulunmuştur.²⁸ Hipertansiyon araştırmalarında 125 yıllık süre içerisinde (1840–1965) temel ve klinik araştırmalar tanımlanmıştır. Bunlar, arteriyel kan basıncını arttıran birçok mekanizma, tedavi edilmeyen bir hipertansiyonun sağlıklı süreçten kardiyovasküler hastalığa gidiş süreci, sekonder hipertansiyonun nedenleri, potansiyel ilaç tedavisinin farkına varılması için evreleme yapılması, etkili ilaçların kullanılmasıdır.²⁸

Yakın tarihli bütün meta-regresyon analizleri, kalp yetersizliği dışında tüm nedenlere özgü olaylar için kan basıncını düşürmenin önemli rolünün altını çizmektedir: sistolik basınç 10 mmHg azaldığında, kullanılan ilaçtan bağımsız olarak, hem inme hem de koroner olaylar belirgin şekilde azalmaktadır.²⁹⁻³²

2.1.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon major morbidite ve mortaliteye yol açan ciddi bir sağlık problemidir. Hipertansiyon tüm dünyadaki yetişkin ölümlerinin % 6'sından sorumludur. Hipertansiyon prevalansı gelişmiş ülkelerde yaşla birlikte artmaktadır. Her yıl yaklaşık 2 milyon yeni Amerikan vatandaşı tedavi gerektiren hipertansif hasta havuzuna eklenmektedir. 50–59 yaşlarında % 44'ü etkilenirken, 70 yaş ve üzerinin 2/3'ü

etkilenmektedir.^{20,33,34} Hipertansiyon, dünyada en yaygın kardiyovasküler (KV) hastalık olup gelişmiş ülkelerdeki erişkin nüfusun %20-50'sini etkilemektedir.³⁵ Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artarak, 50 yaşından sonra keskin bir biçimde yükselir ve hastalık, bu popülasyonun % 50'sini etkiler.³⁶

Dünyada şu anda hipertansiyonu olan bireylerin ancak % 50'si hipertansif olduğunun farkına varmakta ve bunların % 50'si antihipertansif tedavi almakta, antihipertansif tedavi alanların ise ancak % 50'sinde hipertansiyon kontrol altına alınabilmektedir.³⁷ Hipertansiyona ilişkin farkındalık oranı, ABD'de hipertansiyonu olan kişilerde % 50'den % 70'e ulaşmış bulunmaktadır. Buna paralel olarak tedavi alan hipertansif hastaların oranı da % 31'den % 59'a yükselmiştir. Avrupa'daki rakamlar da benzer düzeydedir. Ne var ki, hipertansiyonun kontrol altına alınma oranları kabul edilebilir düzeyde değildir. Bundan 20 yıl önce ABD'de hipertansiyonun kontrol altına alınma oranı % 29 iken, bugün ancak % 34'e ulaşmıştır. Avrupa'daki hipertansiyon tedavi oranları ABD'dekinden de düşüktür. Avrupa'daki hipertansif hastaların sadece % 8'inin hipertansiyonu kontrol altındadır.³⁸

Türkiye'de de durum farklı değildir. Hipertansiyon sıklığı erişkin erkeklerde % 36,6 ve kadınlarda % 49,1 bulunmuştur.³⁹ Buna göre Türk halkında yaklaşık 5,2 milyon erkek ve 6,6 milyon kadında hipertansiyonun bulunduğu tahmin edilebilir. Dünyada hipertansiyon tanısı alanların tahminen 1 milyara ulaşabileceği ve yılda yaklaşık 7,1 milyon ölümün hipertansiyona bağlanabileceği şeklindedir.⁴⁰

2.1.3. Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflaması

Arteryal hipertansiyon tanımı tamamen anlamsal açıdan bakıldığında patolojik durum (kavramsal tanımlama olarak adlandırılan) veya sayısal varlık (işlemsel tanımlama) yönünden oluşturulabilir.⁴¹

A) Kavramsal tanımlama

Klinik kanıtlar, kan basıncı seviyesi ile KV risk arasında sürekli bir ilişki gösterdiğinden, hipertansiyon tanımı halen genel anlamda isteğe bağlıdır. Hipertansiyon için belirlenecek eşik değer büyük oranda olgunun total KV risk durumuna göre esneklik gösterir.

B) İşlemsel tanımlama

İşlemsel anlamda, hipertansif kişileri geleneksel şekilde sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olarak tanımlamak normotansif durum ile karşılaştırıldığında tahmini KV riskin ikiye katlanması ile ilişkilidir. Çok yüksek kan basıncı değerleri veya KV hastalık ve organ hasarı haricinde, bu sistolik ve diyastolik değerler birkaç haftalık dönemde sfigmomanometrik (klinik) ölçümlerle doğrulanmalıdır. Hipertansiyonu tanımlamak amacıyla farklı profesyonel organizasyonlarca bazı kılavuzlar sunulmuştur. Avrupa Hipertansiyon Topluluğu/Avrupa Kardiyoloji Topluluğu'nun (ESH/ESC) 2003 kılavuzunda hipertansiyonun güncellenmiş bir tanımı sunulmuştur.⁴² (Tablo 1)

Tablo 1. ESH/ESC'ye Göre Kan Basıncı Düzeylerinin Tanımlama ve Sınıflaması⁴²

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

Bu kılavuzlar hekimin işyerinde tekrarlayan sfigmomanometrik ölçümlerde sistolik veya diyastolik kan basıncı değerinin $\geq 140/90$ mm Hg olmasını hipertansif durum olarak değerlendirmektedir. Buna ilave olarak sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve beraberinde diyastolik kan basıncının < 90 mmHg olması şeklinde tanımlanmış bir izole sistolik hipertansiyon sınıflaması da yapılmıştır.^{43,42}

Birleşik Ulusal Komite'nin 7. raporunda (JNC7) daha önceki kılavuzlardan ve ayrıca Avrupa Hipertansiyon Topluluğu/Avrupa Kardiyoloji Topluluğu 2003 kılavuzundan da belirgin farklılık gösteren ikinci bir hipertansiyon tanımlamasına yer verildi.²⁰

Tablo 2. JNC7' ye Göre Hipertansiyon Sınıflama Hedefleri.²⁰

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

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

Hipertansiyonun sınıflanması hastadaki kan basıncı artışlarını klinik bir bakışla daha net bir şekilde değerlendirmeye olanak sağlar. Hipertansif bir durumu sınıflandırırken, hastalığın gelişimi, kan basıncı değerlerindeki artışın büyüklüğü, hipertansif durumun etiyolojisi ve total KV risk profilinin kesin seviyesi gibi çeşitli faktörler değerlendirmeye alınır.

Bunlardan en kapsamlı olanı Avrupa klavuzlarında önerilen total risk profilidir.^{43,42} Total risk profili, sadece kan basıncı yüksekliği ile ilgili olan riski değil, aynı zamanda hipertansiyon ve diğer faktörler (hiperlipidemi, sigara, obezite) arasındaki negatif ilişkiyi de kapsar.

2.1.3.1. Hastalık Gelişimine Göre Hipertansiyon Sınıflaması

Hipertansif durumun gelişimi, kan basıncındaki yükselmeyi iki formda sınıflamaya olanak verir: Malign Hipertansiyon ve Benign Hipertansiyon.

2.1.3.1.1. Malign Hipertansiyon

Malign Hipertansiyon ilk kez yaklaşık 90 yıl önce Volhard ve Fahr tarafından tanımlanmıştır. Malign hipertansiyon sıklıkla plazma kreatinin seviyelerinde artış, renal disfonksiyon ve yetersizlik, sol ventrikül hipertrofisi, mikroanjiyopatik hemolitik anemi ve hipertansif ensefalopatinin nörolojik bulguları ile ilişkili çok yüksek kan basıncı artışları (genellikle $> 200/120$ mmHg) ile karakterize ayrı bir klinik antitedir.⁴⁴

Son yıllarda yeni akselere hipertansiyon vakalarının insidansı belirgin olarak azalma göstermiştir. Bunun primer nedeni, erken teşhis ve tedavinin olguların pek çoğunda kan basıncı artışlarını önlemesi ve aynı zamanda kan basıncındaki bu denli artışın klinik belirtileri ve komplikasyonlarının önüne geçmesidir. Ayrıca yeni ve etkili antihipertansif bileşiklerin kullanıma girmesi, renal diyaliz ve böbrek transplantasyonu olanakları sayesinde son dönemde malign hipertansiyon prognozunda iyileşme olmuştur.

2.1.3.1.2. Benign Hipertansiyon

Benign hipertansiyon kan basıncı değerindeki yükselmenin malign hipertansiyon görünümünde olan kan basıncı değerlerinden daha az olduğu sık karşılaşılan hipertansif bir durumdur. Benign hipertansiyon ayrıca kardiyak, renal veya KV organ hasarına dair hiçbir kanıt ve kan basıncı artışı ile ilişkili semptomların olmadığı hipertansif durumları da içerir. Bu son hipertansiyon tipinin akselere hipertansiyona göre gelişimi sıklıkla daha yavaş ve uzun dönem prognozu daha iyidir.

2.1.3.2. Kan Basıncı Düzeylerine Göre Hipertansiyon Sınıflaması

Kan basıncı seviyelerine göre hipertansiyon sınıflaması bir hastanın kan basıncı değerlerinin sfıgmomanometrik ölçümüne bağlıdır. Hipertansif duruma dair Avrupa Hipertansiyon Topluluğu/Avrupa Kardiyoloji Topluluğu 2003 kılavuzu gibi kapsamlı bir sınıflamada bir nokta özellikle vurgulanmalıdır ki, kan basıncı kan basıncı değerlerinin yüksekliğine göre hipertansiyon sınıflaması artık sadece diyastolik komponente değil, aynı zamanda sistolik komponente de bağlıdır.

2.1.3.3. Global Kardiyovasküler Risk Profiline Göre Hipertansiyon Sınıflaması

Hipertansiyon sıklıkla metabolik risk faktörleri ile birlikte dir. Farklı popölasyonlarda gerçekleştirilen çalışmalar, yüksek kan basıncı olan kişilerde normotansif kişilere oranla dislipidemi, insülin direnci ve diyabet sıklığının daha yüksek olduğunu göstermiştir.⁴⁵ Yüksek, normal veya optimal kan basıncı olan kişiler normal kan basıncı olan kişilerle karşılaştırıldığında da durum böyledir. Hipertansiyonun diğer risk faktörleri ile olan birlikteliği KV olay riskini belirgin olarak arttırır. Çünkü her bir

risk faktörü aditif etkileşime sahiptir. Ayrıca iki veya üç risk faktörü mevcut olduğunda, toplam risk her birinin katkısının toplamından çok daha yüksektir.⁴⁶ Hipertansiyonun diğer risk faktörleri ile olan bu etkileşimi Avrupa Kılavuzlarında total KV risk katmanları olarak vurgulanmaktadır.^{43,42} Kan basıncında belirgin yükselme olan bir kişinin KV olay açısından (10 yılda $\geq$ % 20) yüksek riskli olabileceği açıktır. Kan basıncında hafif bir artış olan hasta, eğer diyabet veya subklinik hasar ve organ hasarı gibi üç ya da daha fazla risk faktörün kanıtına sahipse yüksek risk veya çok yüksek risk kategorilerinde yer alabilir. Yüksek normal kan basıncı aralığında bulunan olgular için benzer bir sınıflama mevcuttur. Her iki hasta grubu için risk faktörlerinin belirlenmesi pratik öneme sahiptir. Çünkü klinik çalışmalarda gösterildiği gibi yüksek risk veya çok yüksek risk kategorilerindeki kişiler için sadece yaşam tarzı değişiklikleri değil, kan basıncını düşürecek ivedi ilaç müdahalesi de gereklidir.^{43,42} Bu durumlarda antiplatelet ilaçlar ve statinler gibi hipertansiyonla ilişkili olmayan ilaçların da kullanımına gereksinim olabilir.

2.1.3.4. Etiyolojisine Göre Hipertansiyon Sınıflaması

Hipertansiyonun % 90'dan fazlasında kan basıncının yükselmesinden sorumlu etiyolojik faktörler halen bilinmemektedir. Sekonder hipertansiyon formları göreceli olarak ender hastalıklar olup; prevalansları toplam hipertansiyon vakalarının % 5–10 kadarıdır.⁴¹

2.1.3.4.1. Esansiyel Hipertansiyon

Hipertansiyonu bulunan hastaların % 5'inde altta yatan renal ya da adrenal bir hastalık ya da tek gen mutasyonu sorumludur. Geri kalan % 95'lik hastada ise yüksek kan basıncı sebebini açıklayabilecek bir nedenin net olarak ortaya konamadığı esansiyel hipertansiyon mevcuttur.⁴⁷

Esansiyel hipertansiyon, genetik ve çevresel unsurların bir fenotip oluşturmak üzere etkileşim gösterdikleri, karmaşık, multifaktöryel polijenik bir hastalıktır. Esansiyel hipertansiyonun nedenleri arasında genetik düşünceler, çevresel faktörler, tuz, renin'in rolü, sodyum iyonu duyarlılığı, hücre membran bozukluğu ve insulin direnci sıralanabilir. Çevresel etmenler arasında tuz tüketimi, alkol ve obezite önemli yer kaplamaktadır. Her ne kadar kan basıncı üzerinde etkili çevresel unsurlar yeterli

düzeyde ortaya konabilmişse de esansiyel hipertansiyon gelişimini etki eden ve bu bozukluğa neden olan etkileşimleri açıklayan genetik faktörler hakkında sınırlı bir bilgi mevcuttur.⁴⁸

2.1.3.4.2. Sekonder Hipertansiyon

Hipertansif erişikilerin küçük bir bölümünde kan basıncı (KB) yükselmesinin özgül bir nedeni saptanabilir. En sık sekonder nedenler renal parankimal hastalıklardır, fakat idrar yollarındaki obstrüksiyonda her zaman değerlendirilmelidir. Hipertansiyona yol açan birçok endokrin neden de mevcuttur. Bunlar arasında primer aldosteronizm, feokromasitoma, kortizol veya tiroid anormallikleri yer alır. En sık sekonder değerlendirme endikasyonu, şiddetli bir KB yükselmesi, ani başlangıçlı veya kötüleşen hipertansiyon ve ilaç tedavisine yetersiz yanıt veren KB'dır. Sekonder hipertansiyondan şüphelenildiğinde klinik öykü, fizik muayene ve rutin laboratuvar araştırmaları ile basit bir tarama yapılmalıdır.⁴³ Tablo 3'te etiyolojisine göre sekonder hipertansiyon nedenleri sıralanmıştır.

Tablo 3. Etiyolojisine Göre Sekonder Hipertansiyon Nedenleri

Eksojen madde —Oral kontraseptif tabletler —Glukokortikoidler —Gliserizolik asit —Eritropoietin —Siklosporin —Steroid dışı anti-inflamatuar ilaçlar —Akut alkol alımı
Renal hastalık —Renovasküler hipertansiyon —Renal parankimal hastalık
Endokrin hastalık —Kortikoadrenal hipertansiyon —Hipertroidizm ve hipotroidizm —Feokromositoma —Akromegali
Aort koarktasyonu
Gebelik —Gebelik ilişkili hipertansiyon
Nörolojik hastalıklar —Akut serobrovasküler iskemi —Uyku-apne sendromu —Guillain- Barre sendromu —Kuadripleji —Ailesel disotonomi

2.1.4. Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular

Hipertansiyon (HT) , anjina, miyokard enfarktüsü (MI), inme veya konjestif kalp yetmezliği (KKY) gibi morbid sekeller oluşturmada önce asemptomatiktir. Bazı hastaların HT'a bağlı baş ağrıları olabilir, ama sıklıkla bu baş ağrısının yüksek KB'nın nedeni mi yoksa sonucu mu olduğunu belirlemek zordur. Hedef organ hasarı (HOH), HT'un kalp, beyin, böbrek, göz veya büyük damarlara verdiği semptomatik ya da asemptomatik hasarı ifade eder. HOH sık olmasına rağmen, kanıtları görülmediği sürece gözden kaçırılabilir.⁴⁹

Öykü, HT'ı alevlendirebilecek yaşam tarzı etkenlerinin, eşlik eden hastalıkların, kullanılan ilaçların değerlendirilmesini içermelidir. Hekim, alkol veya madde kullanımı, uyku apnesi, gebelik, renal arter stenozu (HT 50 yaşından sonra başlarsa aterosklerotik, 30 yaşından önce başlarsa konjenitaldir), hipertiroidizm veya hipotiroidizm, primer renal hastalık, panik bozukluk, primer hiperaldosteronizm ve ilaç yan etkilerini (örn. oral kontraseptifler, kortikosteroidler, stimulanlar) araştırmalıdır. Hastaların çoğunda bunlardan bir veya daha fazlası olmasına karşın sadece % 5'inde sadece geri döndürülebilir bir neden bulunur.

HT'un en sık rastlanan morbid sekelleri, anjina, MI, inme, geçici iskemik atak (GİA) ve KKY'dir. Hipertansif böbrek yemeziği gibi görme kaybına da göreceli olarak daha nadir rastlanır. Bu sekellerin her birinin altında hipertansif HOH yatar. Böbrek yetmezliği, sol ventriküler hipertrofi, sessiz koroner arter hastalığı, hipertansif retinopati ve periferik damar hastalığı (karotis stenozu veya abdominal aort anevrizması) gibi asemptomatik HOH daha da yaygındır ve mutlaka değerlendirilmelidir.

Risk tabakalandırması, HOH değerlendirmesini, aile öyküsü, sigara kullanımı, diyabet, dislipidemi veya böbrek yetmezliği öyküsü gibi majör KV risk faktörlerinin değerlendirilmesini içerir. Bu faktörlerin varlığı ve şiddeti HT'dan kaynaklanan klinik riski ve kontrol altında tutulmalarının önemini artırır.⁴⁹

HT tanısı, hastanın her zamanki KB'nı yansıtan doğru KB ölçümlerine bağlıdır. Akut hastalık ve ağrı durumlarında kaydedilen ölçümler, HT tanısı koymak için kullanılmamalıdır. Rutin KB ölçümleri, hasta en az 5 dakika dinlenmiş ve otururken, kol kalp seviyesinde desteklenmiş durumda (sırt üstü yatarken yapılanlar ölçümler kabul edilebilir) yapılmalıdır. KB manşonunun, uygun pozisyonda ve sıklıkta takılabilmesi için üzerinde bulunan işarete dikkat edilmesi gerekir. Seslerin duyulduğu

anda sistolik kan basıncı (SKB), kaybolduğu anda diyastolik kan basıncı (DKB) kaydedilmelidir. Her görüşmede en az iki ölçüm yapılması önerilmektedir. Tansiyon aletinin manşonu çok küçük olduğunda veya ağır ateroskleroz varsa, KB hatalı bir şekilde yüksek ölçülebilir. Manşon nabız engellenecek kadar şişirildiğinde, radial arter hala bir “kordon” gibi palpe edilebiliyorsa, sistolik ölçümler büyük bir olasılıkla güvenilir değildir.

Evde yapılan KB ölçümleri, hekim ofisinde yapılanlardan tipik olarak 5–10 mmHg daha düşüktür ve evde yapılan ölçümlerin ortalaması 135/85 mmHg’nın üstünde ise hasta hipertansif olarak kabul edilmelidir. Bu uyarının anlaşılması sayesinde evde yapılan KB ölçümleri, tanı ve sınıflandırmanın doğruluğunu artırabilir ve hastaların HT’lerini kontrol etme sorumluluklarını geliştirebilir. Ev ve ofis ölçümleri arasında sürekli ve belirgin bir şekilde 10 mmHg’dan daha yüksek fark olması, ambulator KB izlemi de dahil olmak üzere ileri tetkik yapılmasını gerektirir.

Otomatik ambulator KB izlemi, tanı ve prognoz duyarlılığını artırır. Fakat bu yöntem, her zaman uygulanamaması nedeniyle, belirgin “beyaz önlük” yanıtından şüphelenilenlerde veya paroksizmal hipotansiyon ya da HT bulguları olan hastalarda tercih edilmelidir.

Fizik muayenenin geri kalan kısmı, boy ve kilo ölçümünü, kardiyovasküler ve nörolojik durum değerlendirmesini içermelidir. Kardiyovasküler ve nörolojik durum değerlendirmesi şunları içerir:

- Ateroskleroz ve hipertansif retinopati bulgularına bakmak için fundoskopik muayene
- Ral, üfürüm, galo ve aritmi varlığını araştırmak için kalp ve akciğerlerin oskültasyonu
- Ateroskleroz işareti olan nabız azalması ve üfürüm tespiti için karotis arteri ve majör periferel arterlerin palpasyon ve oskültasyonu
- KKY’nin belirtisi olabilen periferel ödem ve juguler venöz distansiyonun değerlendirilmesi
- Geçirilmiş inme işaretlerini taramak için genel nörolojik muayene⁴⁹

2.1.5. Hipertansiyonda Laboratuvar İncelemeleri

Laboratuvar incelemeleri ek risk faktörlerine ilişkin kanıt sağlamaya, ikincil HT'a yönelik inceleme yapmaya ve organ hasarı bulunup bulunmadığını araştırmaya yöneliktir. İncelemeler, en basitten en karmaşığa doğru gerçekleştirilmelidir. Hasta ne kadar gençse, KB ne kadar yüksekse ve HT'un gelişimi ne kadar hızlıysa tanısal incelemeler o kadar ayrıntılı olmalıdır. Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) HT'lu hastalarda aşağıdaki laboratuvar incelemelerini önermiştir.⁴³

Tablo 4. Hipertansiyonlu Hastalarda Laboratuvar İncelemeleri

Temel Laboratuvar İncelemeleri • Hemoglobin ve hematokrit • İdrar incelemesi • Açlık plazma glukoza • Serum total kolesterol • Serum LDL-kolesterol • Serum HDL-kolesterol • Açlık serum trigliseridleri • Serum potasyum • Serum ürik asit • Serum kreatinin • Kreatinin klirensi veya glomerüler filtrasyon hızı • EKG
Önerilen Testler • Ekokardiyogram • Karotis ultrasonu • Kantitatif proteinüri (çubuk testi pozitifse) • Ayak bileği-brakiyal KB indeksi • Fundoskopi • Glukoz tolerans testi (açlık plazma glukoza >5,6 mmol/L [100 mg/dL] ise) • Evde ve 24 saatlik ambulator KB izlemesi • Nabız dalgası hızı ölçümü (mevcutsa)
Gereğinde Yapılacak Laboratuvar İncelemeleri —Serebral, kardiyak, renal ve vasküler hasara yönelik ek inceleme (Komplike hipertansiyonda zorunludur).

—Öykü, fizik muayene veya rutin testler düşündürdüğünde, ikincil hipertansiyon için araştırma:

- Plazma ve/veya idrarda renin, aldosteron, kortikosteroid, katekolamin düzeyleri,
- Arteriyografi,
- Renal ve adrenal ultrason
- Bilgisayarlı tomografi,
- Manyetik rezonans görüntüleme

Tablo 4. devamı

HT’ un nedenlerinin araştırılması gereken hastaların özellikleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Yaş, öykü, fizik muayene, HT’un şiddeti veya temel laboratuvar incelemelerinin sekonder HT şüphesi uyandırdığı hastalar
2. İlaç tedavisine düşük yanıt alınan ya da yanıt alınamayan hastalar
3. HT’u kontrol altında iken yükselmeye başlayan hastalar
4. Evre III HT tanısı olanlar
5. Ani başlayan HT’u olanlar

2.1.6. Hipertansiyonda Hedef Organlardaki Değişiklikler ve Komplikasyonlar

2.1.6.1. Hipertansiyon ve Kalp

Kalbin foksiyonu ile koroner dolaşım ve HT arasında çok sıkı bir ilişki vardır. Epidemiyolojistler toplum kaynaklı çalışmalarında, HT varlığı ile kalp hastalıkları arasında birçok bağımsız ilişki ortaya koymuştur. Hekim, bu sonuçlar ışığında HT’u bulunan hastasının eşlik eden kardiyak hastalıklarını tanımlamak durumundadır. HT’un kontrol edilmesi gelecekteki kardiyak hastalıklarının gelişimini azaltacağına dair genel bir kabul vardır.⁵⁰

2.1.6.1.1. Koroner İskemi

Koroner kalp hastalığı olanlarda sıklıkla KB değerleri yüksektir veya HT öyküsü bulunur ve Mİ sonrasında ölümcül olan veya olmayan bir koroner olay riski, KB yükselmişse daha büyüktür.^{43,51,52,53} Koroner kalp hastalığı olanlarda KB’nı düşürmenin önemli rolünü INVEST (International Verapamil SR/Trandolapril Study) çalışmasının

bir *post-hoc* analizi desteklemektedir. Bu analiz, tedavi türünden bağımsız olarak, bilinen koroner kalp hastalığı olan hipertansif hastalarda KV olay insidansının, erişilen KB değeriyle ilişkili olarak, hızlı bir şekilde düştüğünü göstermiştir.^{43,54}

2.1.6.1.2. Kapak Fonksiyonları

HT'un başta sol kalp kapakçığı ve aort kapakçığı olmak üzere, dejeneratif kapak hastalıkları ile ilişkileri vardır. Koroner arter ateromunda olduğu gibi, kapak yapısında dejeneratif değişikliklerin gelişimine ek olarak, vasküler yapı ve kompliansta değişiklikler ile arteriyel sistemde artmış bir ön yük bulunması, beraberinde ileri düzeyde kalp fonksiyonlarında bozulmaya neden olarak kalp yetmezliği gelişimine yol açar.⁵⁰

2.1.6.1.3. Restriktif Miyokardiyal Değişiklikler ve Ventrikül Hipertrofisi

HT'a eşlik eden miyokard hipertrofisine bağlı gelişen restriktif kardiyak dolum patolojileri, genelde hipertrofik kardiyomyopati ya da perikardın restriktif değişiklikleri ile karıştırılırlar.⁵⁰

2.1.6.1.4. Ventriküler Fonksiyon Değerlendirilmesi

Sol ventrikülün sistolik kontraktilitesi, hipertansif hastalarda çok önemli bir unsurdur ve klinik seyri belirleyen önemli etkenlerden biridir. Sistolik kontraktilitenin genelde korunduğu, hipertrofik değişiklikler sonrası gelişen hipertansif kalp hastalığı süreci, ventriküler dilatasyon ve sistolik fonksiyonların bozulduğu karmaşık bir durumdur. Bu hastalar genelde, gizli kalmış, teşhis ve tedavi edilmemiş ve progresyonu bireyin kendisi tarafından da bilinmeyen bir HT' a maruz kalırlar. Sistolik ventriküler bozukluğa eşlik eden HT olguları genelde koroner bir tıkanma ya da enfarktan bağımsız olarak kardiyak kas hastalıkları ile ilişkilidirler.⁵⁰

2.1.6.1.5. Kalp Ritminin Değerlendirilmesi

Hipertansif kalp hastalığında bireyin kalbinde meydana gelen yapısal değişiklikler, temel olarak kardiyak iletimde bozukluklara ve dengesizliklere eşlik eder. Bu değişiklikler, eşlik eden bir kardiyak iskemi ya da öncesinde gelişen bir MI ile beraber olabilir ya da bunlardan tamamen bağımsız olabilir. HT, iletim

bozukluklarından özellikle atriyal fibrilasyona neden olarak kardiyovasküler morbidite, mortalite ve embolik inme riskinde belirgin olarak artışa neden olur.⁵⁵

2.1.6.1.6. Dissekan Aort Anevrizması

İntimanın yırtılarak mediadan ayrılması ile meydana gelen aort disseksiyonu, HT ölümlü sonuçlanabilen oldukça ciddi bir komplikasyondur. Aort disseksiyon vakalarının % 70-80'inde HT bulunur. HT'un eşlik etmediği aort disseksiyonunun prognozu daha iyidir. Aort disseksiyonu erkeklerde kadınlardan 2-3 kat daha sık ve genellikle 40-70 yaşları arasında görülür.⁵⁶

2.1.6.2. Hipertansiyon ve Böbrek

Altta yatan renal parankimal hastalığa bağlı HT, sekonder HT'un en sık nedenidir.^{43,57} Böbrek ve KB arasında eşsiz ve kendine özgü bir ilişki mevcuttur. Renal disfonksiyon KB'nda yükselmeye yol açarken diğer yandan yüksek KB böbrek fonksiyonlarının kaybını hızlandırır. Azalan renal fonksiyonla birlikte HT prevalansında artış özellikle ilginç bir gözlemdir. Son dönem böbrek hastalığı olan hastaların % 80-90'ında HT'un olduğu tahmin edilmektedir.⁵⁸ Her ne kadar primer HT'u olan vakaların küçük bir yüzdesinde progresif böbrek yetmezliği gelişse de, SKB'ndaki her 10 mmHg'lik artışla böbrek yetmezliği insidansı progresif olarak artar.⁵⁹

Kronik renal parankimal hastalıkta, HT devamlıdır ve böbrek hastalığı olmayanlarla karşılaştırıldığında KV morbidite ve mortalite riski daha yüksektir. HT ile ilişkili vasküler veya HOH, SKB 140 mmHg civarına düşürüldüğünde azaltılabilir veya geciktirilebilirken herhangi bir düzeyde proteinüri veya makroalbuminüri olan böbrek hastalarında KB seviyesi 130/80 mmHg seviyesine getirildiğinde belirgin bir yarar gözlenir. Diyabetik veya nondiyabetik etiyolojiye bağlı kronik renal parankimal hastalığı olan bireylerde HT ateroskleroz gibi diğer tablolarda yaptığı gibi renal fonksiyon kaybı hızında belirgin olarak hızlandırır.⁶⁰

2.1.6.3. Hipertansiyon ve Beyin

Sistemik KB'nda meydana gelen tüm değişikliklere rağmen, beyin, değişen perfüzyon basınçlarında devamlı serebral kan akımını sağlamak için intrinsik yeteneği mevcuttur, bu durum serebral otonöregülasyon olarak tanımlanır. Serebral otonöregülasyon

hem statik hem de KB'nda akut değişikliklerin olduğu dinamik durumlarda (5-10 sn) aktiftir.⁶¹

Yüksek KB'nın küçük damar hastalığına yol açtığı, bunun da laküner infarktlar ve beyaz madde lezyonlarından sorumlu olduğu ve her ikisinin de hipertansif kişilerde daha sık görüldüğü ve bilişsel bozulma ile ilişkili olduğu bilinmektedir.⁶²⁻⁶⁶

2.1.6.3.1. İnme

DSÖ, inmeyi; serebral fonksiyonlarda hızlı gelişen, fokal veya global bozuklukla seyreden, klinik bulgularla birlikte semptomların 24 saatten uzun sürmesi veya vasküler nedenler dışında herhangi bir neden olmaksızın ölümle sonlanması olarak tanımlar. Dünya genelinde yıllık olarak yaklaşık olarak 20 milyon insan etkilenir ve bunların % 25'inin ölmesi inmeyi üçüncü önde gelen ölüm nedeni yapar.⁶⁷ Geri kalan 15 milyon inme mağdurunun 1/3'ü sakat olarak yaşamaya devam ederken altıda birden fazlasında 5 yıl içinde rekürren inme gelişir. HT, iskemik ve hemorajik inme için en sık değiştirilebilen risk faktörüdür.

Mevcut çalışmaların sonuçlarının ışığında, eğer antihipertansif tedavi için bir kontrendikasyon yoksa inme veya geçici iskemik atak öyküsü olan hastaların kan basınçlarının düşürülmesi önerilir. Bununla birlikte tedaviye inme başlangıcından itibaren en az bir hafta sonra başlanmalıdır.⁶⁸ Bundan başka KB düşüşünü tolere edebilecek hem normotansif hem de hipertansif hastalarda KB'nda düşüş sağlanmalıdır.²⁹

2.1.6.3.2. Kognitif Bozukluk ve Demans

DSÖ, demansı; hafıza, düşünme, oryantasyon, anlayış, hesaplama, öğrenme kapasitesi, dil ve değerlendirmeyi kapsayan beynin yüksek kortikal fonksiyonlarında multiple bozulmaya yol açan beyindeki hastalıklara bağlı sıklıkla kronik ve progresif karakterde bir sendrom olarak tanımlar.⁶⁷

Framingham Kalp Çalışması yaşılanan popülasyonda HT'la idrak arasında açık ilişkiyi gösteren ilk kohorttur. 15 yıla kadar olan takip döneminde 75 yaş ve üzerindeki bireylerden kombine sistolo-diastolik veya izole sistolik HT'u olmayanlar daha iyi kognitif performansla sahip olma eğilimindedir.⁶⁹

HT'un inmedeki risk faktörü olarak rolü bilinmektedir ve inmede aynı zamanda multiple kortikal infarktların, tekli stratejik infarktın veya multiple laküner infarktların sonucu olarak kognitif bozukluk, demans ve diğer psikiyatrik manifestasyonlarla (depresyon) ilişkili olabilir. Bunun yanısıra, HT ve gerçekten yaşlanma kognitif bozukluk ve demansla ilişkili olabilen beyaz cevher lezyonları ve laküner infarktlara yol açabilen parsiyel veya total küçük damar oklüzyonlarına yol açabilir.

2.1.6.3.3. Hipertansif Ensefalopati

KB'nın hızla ile yükselmesini takiben vasküler geçirgenlikteki artış, beyin ödemeine yol açar ve şiddetli baş ağrısı, görme bozukluğu, konvülsiyonlar, fokal nörolojik bulgular, konfüzyon ve koma gibi akut nörolojik belirtiler ortaya çıkar.⁷⁰ Göz dibinde Evre III ve Evre IV retinopati görülebilir. Süratle tedavi edildiği takdirde bulgular reversibldir.

2.1.6.4. Hipertansiyon ve Göz

HT, retinopatiyi de kapsayan HOH yaparak kardiovasküler risk oluşturur.²⁰ En sık bilinen göz komplikasyonu retinopati olmasına rağmen, retinopati dışında da retinal ven ve retinal arter oklüzyonları, retinal emboli, iskemik optik nöropati ve hipertansif korioidopati gibi tablolar da HT'a eşlik edebilir. Bilindiği gibi göz dibi, vücutta arter ve arteriyollerin görülebildiği tek yerdir. Bu nedenle HT'un yarattığı mikrovasküler hasarı doğrudan değerlendirme imkânı verir. Hipertansif retinopatinin Keith ve Wagener tarafından yapılan sınıflandırması halen geçerliliğini korumaktadır.⁷¹ Retina değişikliklerinin izlenmesi, mikrovasküler hasarın doğrudan değerlendirilmesinin en önemli yolu olması nedeni ile HT'lu her hastada hem tanı, hem de takip açısından önemlidir. Hipertansif retinopatinin klinik özellikleri gözde saptanan değişikliklere bağlı olarak iki katagoriye ayrılır. Derece I ve II hipertansif retinopati retinal arteriollerdeki değişiklikleri kapsar. Arterioller başlangıçta yaygın daralma gösterir ve daha kronik hipertansif hastalarda fokal zayıflamaya dönüşür. Derece III ve IV hipertansif retinopati retina, optik disk ve korioidlerdeki değişiklikleri kapsar. Bunlar mikroanevrizmalar, intraretinal hemorajiler, atılmış pamuk tarzı görünümü, ağır eksudalar veya maküler yıldızları (fovea etrafında lipid birikimi) ve papil ödemi

içermektedir. Alev-şekli hemoraji HT'un karakteristigidir, görünümü diabetik retinopatideki noktasal hemorajilerden oldukça farklıdır.⁷²

2.1.6.5. Hipertansiyon ve Periferik Arter Hastalığı

Periferik dolaşım esansiyel HT oluşumunda anahtar rol oynar. Kan damarları uzun süren HT'a sekonder hedef organ olabilirler. Fakat HT'a sebep olan veya artıran bazı mekanizmalarda esas rol oynayabilirler. Genel olarak, arteryal sertlik, periferik dolaşımın damar yapısı ve kardiyovasküler fonksiyon tarafından belirlenen dinamik bir özelliği olarak belirtilir. Yaş, cinsiyet, kalp hızı, KB ve vücut kitle indeksi gibi birçok fizyolojik durumdan etkilenir. HT'lu kişilerde periferik arter hastalığı sıklığı % 6 olup sağlıklı kişilere oranla 3 kat fazla olduğu bilinmektedir.⁷³

2.1.7. Hipertansiyon Tedavisi

HT tedavisinin birincil önlemi, HT ve komplikasyonlarıyla başa çıkmanın sürekli ve masraflı döngüsünü kesmek ve önlemek için ideal bir fırsat sağlamaktır. HT tanısı kesinleştikten sonra eksiksiz yapılan laboratuvar incelemeleri ile KB yüksekliğine sebep olan nedenler araştırılır. Sekonder HT tümüyle ekarte edildikten sonra hasta esansiyel HT kabul edilerek uygun tedavi başlanır. Klinik ve laboratuvar veriler ile sekonder HT tanısı konarsa primer hastalık için uygun tedaviye başlanır. Genellikle erken uygulanan tedavi ile primer hastalık kontrol altına alınırsa HT da gerileyebilir. Primer hastalık yeterince uzun sürmüş ve kardiyovasküler değişiklikler HT'u primer hastalığın tedavisi ile geriletemez noktaya getirmişse hastalar ayrıca antihipertansif uygun tedaviye alınır.

KB yüksekliği hedef organlarda hemen müdahale gerektirecek bir etki yapmamışsa ve çok yüksek düzeylerde değilse, medikal yöntemlerden önce KB yükselmesinde ikinci derecede sorumlu olabilecek etkenlerin giderilmesine çalışılır.

Antihipertansif tedaviye başlama kararı iki ölçüte dayanmalıdır. Bunlardan birincisi sistolik ve diyastolik KB düzeyi, ikincisi ise kardiyovasküler risk düzeyidir. Bu, Tablo 5' te gösterilmiştir.⁴³

Tablo 5. Antihipertansif Tedaviye Başlamak

Kan basıncı (mmHg)					
Diğer risk faktörleri organ hasarı veya hastalık	Normal SKB 120–129 Veya DKB 80–84	Yüksek normal SKB 130–139 Veya DKB 85–89	1. derece HT SKB 140–159 Veya DKB 90–99	2. derece HT SKB 160–179 Veya DKB 100–109	3. derece HT SKB ≥180 Veya DKB ≥110
Başka risk faktörü yok	KB girişimi yok	KB girişimi yok	Birkaç ay süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Birkaç ay süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi
1–2 risk faktörü	Yaşam tarzında değişiklik	Yaşam tarzında değişiklik	Birkaç hafta süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Birkaç hafta süreyle yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi
3 veya daha fazla risk faktörü MS veya OH	Yaşam tarzında değişiklik	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisini düşünün	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi
Diyabet	Yaşam tarzında değişiklik	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi
Yerleşik KV veya böbrek hastalığı	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Derhal ilaç tedavisi

2.1.7.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve İlaçsız Tedavi

KB düzeyi yüksek normal olan ve ilaç tedavisi gerektiren hastalar da dâhil olmak üzere tüm hastalarda, uygun olduğunda, yaşam tarzıyla ilgili önlemler alınmalıdır. Bunun amacı KB'nı düşürmek, diğer risk faktörlerini ve klinik durumları kontrol altına almak ve daha sonra kullanılması gerekebilecek antihipertansif ilaç sayısını ve dozunu azaltmaktır. KB'nı veya kardiyovasküler riski düşüreceği yaygın

kabul gören ve tüm hastalarda düşünülmesi gereken yaşam tarzı önlemleri şunlardır: 1) sigarayı bırakmak, 2) fazla kilolu bireylerde, kilo vermek, 3) alkol tüketimini makul ölçülere indirmek, 4) fiziksel aktivite, 5) tuz alımını azaltmak, 6) meyve ve sebze tüketimini artırmak ve doymuş ve toplam yağ alımını azaltmak.⁷⁴ Sağlıklı beslenme alışkanlıkları her zaman teşvik edilmelidir. Yaşam tarzı değişiklikleri, özellikle risk düzeyi daha yüksek olan hastalarda, ilaç tedavisine başlamayı hiçbir zaman gereksiz şekilde geciktirmemelidir.

2.1.7.1.1. Sigarayı Bırakmak

Sigara içmek KB ve kalp hızında, bir sigaradan sonra 15 dakikadan uzun süre devam eden akut bir yükselmeye neden olur.⁷⁵ Buna yol açan mekanizma, olasılıkla, santral düzeyde ve sinir uçlarında sempatik sinir sisteminin uyarımıdır. Bu uyarım plazma katekolamin düzeylerinde KB'ndaki artışla paralel bir artıştan sorumludur.^{76,77} Paradoksal olarak, birkaç epidemiyolojik çalışmada sigara içenler arasında KB düzeylerinin içmeyenlerdekiyle aynı veya daha düşük olduğu bulunmuştur.⁷⁸ Bununla birlikte, ambulator KB'nın izlendiği çalışmalarda, hem tedavi edilmeyen hipertansif hem de normotansif sigara içicilerinde, sigara içmeyenlere kıyasla daha yüksek günlük KB değerleri gösterilmiştir.^{79,80}

KB'ndaki artış, özellikle çok sigara içenlerde daha belirgin bulunmuştur.⁷⁵ Sigara içmenin gelecekte SKB'nda görülecek artışa ilişkin bir parametre olacağı bildirilmiştir; ancak hiçbir çalışmada bu durumun KB üzerinde bağımsız kronik bir etkisi bulunmamıştır ve sigarayı bırakmak KB'nı düşürmemektedir.^{81,82,83} Sigara içmek önemli bir kardiyovasküler risk faktörüdür ve sigarayı bırakmak olasılıkla, inme ve MI dâhil çok sayıda kardiyovasküler hastalığın önlenmesinde en önemli tek yaşam tarzı önlemidir.^{84,85} Orta yaştan önce sigarayı bırakanlarda, tipik olarak yaşam beklentisinin yaşam boyu hiç sigara içmemiş bireylerinkinden farklı olmaması gözlemi de bunu desteklemektedir.^{86,87} Bu nedenle, hipertansif sigara içicilerine sigarayı bırakma konusunda danışmanlık yapılmalıdır.

2.1.7.1.2. Orta Düzeyde Alkol Tüketimi

Alkol tüketimi ile KB düzeyleri ve HT prevalansı arasındaki ilişki toplumlarda doğrusaldır.⁸⁸ Bunun ötesinde, yüksek düzeyde alkol tüketimi yüksek inme riskiyle ilişkilidir.⁸⁹

Güvenilir kısa dönem klinik çalışmalar alkol alımının azaltılmasının sistolik ve diyastolik basınçta hızlı bir düşüşe neden olduğunu göstermiştir.⁷⁴ Böylece alkolün azaltılması HT'un düzeltilmesinde nonfarmakolojik tedavi önerilerinin bir unsuru olmuştur. Günde iki standart içkiden daha aza indirilmesi (bir içki, 350 ml bira, 150 ml şarap, 60 ml liköre eşittir) önerilmekte. Bazı hastalarda (özellikle kadınlarda) hassasiyet söz konusu olabileceğinden, daha fazla kısıtlama gereklidir.⁴⁹ Alkol alan hipertansif erkeklere, etanol tüketim miktarını günde 20–30 g'ı ve hipertansif kadınlara, günde 10–20 g'ı aşmayacak şekilde sınırlamaları önerilmelidir. Bu hastalar dipsomaniyle ilişkili olarak inme riskinin arttığı konusunda uyarılmalıdır.⁴³

2.1.7.1.3. Sodyum Kısıtlaması

Yüksek tuz alımının KB artışına neden olduğu yönünde çok fazla kanıt mevcuttur. Gerçekten, sodyum alımının azaltılması KB'nın düşürülmesi ve HT kontrolünde en önemli ve etkili yaşam tarzı değişikliğidir. Bununla birlikte uzun dönemde tuz alımının azaltılmasının nonvasküler sağlık yararları üzerindeki etkileri net değildir, ancak HT'dan korunma ve tedavide ve KV hastalıklarda halk sağlığı önerilerinin değeri şüphesizdir.⁹⁰

Tuz alımındaki ılımlı azalma KB'nı azaltır. Değişik meta-analizlerde hipertansif hastalarda sodyum alımının azaltılmasına bağlı KB'nda belirgin azalma saptanmıştır. En son yayınlanan 40 çalışmanın meta-analizinde 24 saatlik idrardaki sodyum atılımında ortalama 77 mmol' lük bir azalma KB' nda 2,54/1,96 mmHg'lık bir azalmayla ilişkili olarak bulunmuştur.⁹¹

Tuz alımının ılımlı azaltılması KB'nı düşürür ve HT'dan korunmada yararlıdır. HT Önleme Faz II Çalışmasında (Trial of Hypertension Prevention Phase II), sodyum alımının 100 mmol/gün azaltılmasıyla (günde 6 gr tuz alımına eşdeğerdir) tek başına veya kilo kaybı ile birlikte HT' dan % 20 korunma sağlandığı gösterilmiştir. TONE (The Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly) çalışması günlük tuz alımının ortalama 40 mmol/gün azaltılmasıyla antihipertansif ilaç ihtiyacında % 30'luk azalma bildirilmiştir.⁹²

2.1.7.1.4. Diyetle İlgili Diğer Değişiklikler

Son on yılda, potasyum alımında artış ve HT Eliminasyon Diyetinin (Dietary Approaches to Stop Hypertension) (DASH) KB'nı düşürücü etkileri olduğu ortaya çıkmıştır.⁹³ DASH çalışması, hafif derecede hipertansif olup tedavi görmeyen 459 hastayı içeren 11 haftalık beslenme programıdır.⁹⁴ DASH meyve ve sebzeden zengin, düşük yağlı veya yağdan fakir günlük ürünlerle ve azalmış sature ve total yağ içeriği olan başka bir deyişle potasyum, magnezyum, kalsiyum, fiber ve proteinden zengin diyetdir (Tablo 6). Çalışma süresince ve gruplar arasında çalışma boyunca alkol alımında ve kiloda farklılık yoktu. Bu çalışmada DASH'ın, kontrol diyeti ile karşılaştırıldığında KB'nda ortalama 5,5/3,0 mmHg düşüş sağladığı saptanmıştır. HT' u olan grupta ise DASH ile KB düşüklüğü daha belirgindir ortalama 11,4/5,5 mmHg'dır. 2001'de yapılan ve DASH'ı içeren ikinci bir çalışmada tuz alımının önemi de vurgulanmıştır.⁹³ Bu bulgular orta düzeyli HT'u olup diyet değişikliklerine uyabilecek kişilerde ilaç tedavisine alternatif olabilir. Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün önerdiği 2000 kalorilik DASH diyeti Tablo 6'da gösterilmiştir.⁹⁵

Tablo 6: Hipertansiyon Eliminasyon Diyeti: 2000 kalori/gün Örnek Yeme Planı

Yiyecek grubu	Günlük servis	Servis boyutu	DASH diyetinde belirgin olan
Tahıl ve tahıl ürünleri	7–8 ½ bardak pirinç pilavı, pasta veya tahıl	1 dilim ekmek 1 oz kuru tahıl	Enerjinin ana kaynakları ve lifler
Sebzeler	4–5	1 bardak taze yapraklı sebze ½ bardak pişmiş sebze 6 oz sebze suyu	Potasyum, magnezyum ve liften zengin gıdalar
Meyveler	4–5	6 oz meyve suyu 1 orta boy meyve ¼ bardak kuru meyve ½ bardak taze, donmuş veya konserve meyve	Potasyum, magnezyum ve lifin önemli olduğu kaynaklar
Düşük yağlı veya yağsız günlük ürünler	2–3 1 bardak yoğurt ½ oz peynir	8 oz süt	Kalsiyum ve proteinin ana kaynakları
Et, tavuk veya balık	2 veya daha az	3 oz pişmiş et tavuk veya balık	Protein ve magnezyumun zengin kaynakları
Kuruyemiş, baklagiller	Haftada 4–5 2 yk veya ½ oz tohum	1/3 bardak veya 11/2 oz kuruyemiş	Enerji, magnezyum, potasyum, protein ve lifin zengin kaynakları
Margarin ve yağlar	2–3 2yk hafif salata 1 yk hafif margarin 1 yk düşük yağlı mayonez	1 yk bitkisel yağ	DASH diyetinde kalorisinin %2' si yağlardan oluşur, yağ içeren veya eklenmiş gıdalar
Tatlılar	Haftada 5 1 yk jöle veya reçel ½ oz şekerleme	1 yk şeker	Yağdan fakir tatlılar

(1 Oz = 30 ml, yk = Yemek kaşığı)

2.1.7.1.5. Kilo Verme

Gözlemsel çalışmalardan elde edilen önemli miktarda kanıt, vücut ağırlığının doğrudan KB'yla ilişkili olduğunu ve aşırı vücut yağının artmış KB'na ve HT'a yatkınlık oluşturduğunu belgelemektedir.^{96,97}

Kilo vermenin, obez hastalarda KB'nı düşürdüğüne ve insülin direnci, diyabet, hiperlipidemi, sol ventrikül hipertrofisi ve obstrüktif uyku apnesi gibi ilişkili risk faktörleri üzerinde yararlı etkileri olduğuna ilişkin kesin kanıtlar da bulunmaktadır. Mevcut çalışmaların bir meta-analizinde, ortalama 5,1 kg kilo kaybı ile ortalama sistolik ve diyastolik KB'nda meydana gelen azalma, sırasıyla 4,4 ve 3,6 mmHg olarak bulunmuştur.⁹⁸

2.1.7.1.6. Fiziksel Egzersiz

Fiziksel aktivite kardiyovasküler riskin ve KB'nın azaltılmasında kabul edilen yaşam tarzı değişikliğidir.⁹⁹ Ana olarak yürüyüş, koşu, bisiklete binme ve yüzmeden oluşan dinamik ve aerobik egzersizleri içerir. Bunun aksine, izometrik egzersiz önerilmez (örneğin ağırlık kaldırma veya vücut geliştirme) çünkü bu tür egzersizler daha yüksek KB ile ilişkilidir. Egzersiz ve KB arasındaki ilişki kilo değişiminden bağımsızdır. Her ne kadar dinamik egzersizin tüm formları KB düşüşünde etkili olduğu görülse de, yararın görülmesi ve korunması için düzenli olarak programa uyum gereklidir. Rastgele yöntemli kontrollü çalışmaların yakın zamanda yapılan bir meta-analizinde, dinamik aerobik dayanıklılık egzersizinin istirahat halindeki sistolik ve diyastolik KB'nı 3,0/2,4 mmHg ve gündüz ambulator KB'nı 3,3/3,5 mmHg azalttığı sonucuna varılmıştır. İstirahat sırasında KB'ndaki azalma hipertansif grupta (-6,9/-4,9 mmHg) normotansif gruptakilere (-1,9/-1,6 mmHg) kıyasla daha belirgin olmuştur.¹⁰⁰ KB'ndaki ılımlı düşüş HT'dan korunma ve onun yönetiminde değerli bir strateji olacaktır. Popülasyonun KB'nda ılımlı bir azalma kardiyovasküler hastalık insidansında belirgin düşüşe yol açacaktır.

2.1.7.1.7. Relaksasyon

Batı toplumlarında popüler bir bakış açısı da stres ve psikososyal faktörlerin HT'un gelişiminde ve seyrinde önemli rol oynadığıdır. Bundan dolayı geçen 10 yılda yapılan çalışmalarda KB'nın kontrolünde relaksasyon davranışsal ve bilişsel müdahaleler üzerine odaklanılmıştır.

Avusturalya Ulusal Kalp Vakfı ve Uzman Çalışma Grubu'un (Expert Working Group of the National Heart Foundation of Australia) yayınladığı güncel bir sistematik derlemede stresin tanımına değişik psikososyal faktörler eklenmiş ve onların koroner kalp hastalığı ve KB üzerindeki etkileri ayrı olarak analiz edilmiştir. Sonuç olarak koroner kalp hastalığı ve HT'un nedenleri ve prognozuyla depresyon, sosyal izolasyon ve sosyal destek kalitesinin azlığı arasında bağımsız bir nedensel ilişki olduğu hipotezini destekleyen yeterli kanıt olduğu sonucuna varmışlardır.¹⁰¹

Her ne kadar giderek artan oranda stresin yüksek KB'na neden olduğu yönünde düşünceler olsa da, stres yönetimi ile ilgili müdahale çalışmaları uyumsuz olarak çıkmıştır. Yaşları 20–60 arasında değişen HT nedeniyle tedavi edilen 35 hasta önce 8

haftada bir izlenmiştir. Daha sonra ayda bir, bir yıl boyunca relaksasyon teknikleri uygulanarak izlenmiş ve kontrol grubuna nonspesifik tavsiyelerde bulunulmuştur.¹⁰² Bir yıl boyunca günlük olarak kas gevşetme ve yoga egzersizleri uygulanan grupta gözlenen KB değişiklikleri egzersiz yapmayan grupta benzer olarak sonuçlanmıştır. Aksine, Pran ve ark. 20 hafif HT' lu hastayı dâhil ederek yaptıkları bir çalışmada, hastalara 6 ay 10 dönemlik biyofeedback destekli relaksasyon eğitimi ve ev pratiğinden sonra mental aritmetik test uygulamışlardır. Müdahale grubunda kontrol grubuna göre strese karşı KB yanıtında zayıflama göstermişlerdir.¹⁰³

Stres yönetim teknikleri ve kognitif müdahaleler için mevcut kanıtlar tutarsızdır. Bununla uyumlu olarak çeşitli müdahale grupları HT'dan korunma ve tedavide bu alanla ilgili yaklaşımları önerme yönünde tedbirli davranmaktadır.^{99,104}

2.1.7.2. Farmakolojik Tedavi

Geniş klinik çalışmalar, bize, HT tedavisinde hangi tedavi modalitesinin seçileceği ile ilgili tedavi kılavuzları sağlamaktadır. Genellikle, bireylerin nasıl tedavi edilecekleri ile ilgili kesin yönlendirmeler veren çalışma yoktur. Hastalığın o andaki durumu ile hastaların HOH, ciddi şekilde değişkenlik gösterebilmekte ve tedavi seçimini etkilemektedir. KB'nın düşürülmesindeki etkinlik oranı, spesifik ajanların, potansiyel yan etki ya da faydalı etkilerinden daha fazladır. Tedavi ile KB düşmesi ve tedavinin morbidite ile mortalite oranları üzerine olan etkisi, yaş, cinsiyet, ırk, çevre ve HT'un ya da diğer hastalıkların organlar üzerindeki hasarı ile direk olarak ilişkilidir. Sistolik ve diyastolik KB, herhangi bir ilaç grubu kullanılarak kontrol altında tutulmak zorundadır. Bununla beraber, genelde tek bir ilaçtan fazlasına ihtiyaç duyulacaktır. KB düşürücü etkileri eklemeli olan ve yan etkilerin görülmesini azaltan ilaç kombinasyonları tercih edilmelidir.

Kadınlar ilaca bağlı yan etkilere daha fazla maruz kalıyorlar gibi görünse de, erkekler ve kadınlar, HT tedavisinde kullanılan birçok ilaç grubuna benzer yanıt verirler. Premenopozal kadınlar için, ilaç tercihi, kadının hamile kalması ihtimaline karşılık, ilacın fetus üzerine olan yan etki potansiyeli dikkate alınarak yapılır. Yaşlı ve genç hastalar ilaçlara yanıt açısından farklılık gösterirler. Yaşlı hastalar kalsiyum kanal blokörleri ve diüretiklere daha iyi yanıt verirken, genç hastalar, anjiyotensin dönüştürücü enzim blokörlerine (ACE) ve beta blokörlere daha iyi yanıt verirler. Monoterapi ile

sağlanan kontrol oranı sadece % 30 dur, bu nedenle kontrolü sağlamak için genelde iki ya da daha fazla ilaca ihtiyaç vardır.⁴³

İki ilaçlı tedavinin, tekli tedavi denendikten sonra sıklıkla zorunlu adım olarak sınırlandırılması, tekli tedaviye bir alternatif olarak, ilk tercih edilecek tedavi yaklaşımı olarak da düşünülmesi tavsiye edilmiştir. Tedaviye iki ilaçla başlamanın belirgin dezavantajı, bazı hastaları bir ilaca gereksiz maruz bırakma olasılığının bulunmasıdır. Bununla birlikte, avantajlar şunlardır: 1) Bir birleşim kullanılarak hem birinci hem de ikinci ilacın, tam doz tekli tedaviye kıyasla, yan etkiye yol açmayacak düşük doz aralığında verilmesi daha yüksek bir olasılıktır. 2) KB değerleri çok yüksek olan veya organ hasarı bulunan hastalarda, tekrar tekrar ve boşuna etkili tekli tedavi aramanın yol açtığı hayal kırıklığı önlenabilir. 3) Sabit düşük doz kombinasyonları mevcuttur; bunlar, iki ilacın tek bir tablette verilebilmesini sağlayarak tedavinin basitleşmesini, böylece uyumun optimum düzeye çıkmasını sağlar. 4) Tedaviye iki ilaç kombinasyonu ile başlanması KB hedeflerine tekli tedaviden daha önce erişilebilmesini sağlayabilir. Yüksek riskli hastalarda bu yaşamsal önem taşıyabilir. Eğer hastalığa eşlik eden kardiyovasküler bir hastalık mevcut ise, ilaç tercihinde, kardiyovasküler hastalığın türüne olan etkileri dikkate alınmalıdır. Bu noktada KB kontrolü ana amaçtır ancak anjina mevcudiyetinde beta blokör tercih etmek, kardiyak hipertrofi durumunda ACE inhibitörleri tercih etmek, kardiyak yetmezlik durumunda ise ACE inhibitörleri ile diüretikleri tercih etmek doğru seçenektir. Diyabetik hastalarda ya da metabolik sendromu bulunan hastalarda, tiazid diüretiklerin ve beta blokörlerin glukoz metabolizması ve lipid profiline olan olumsuz etkilerinden dolayı, ACE inhibitörlerinin ve anjiyotensin reseptör blokörlerinin (ARBs) tercih edilmesi daha doğrudur. Bu hastaların çoğunluğu birden daha fazla ilaca ihtiyaç duyarlar ve bu ilaç kombinasyonlarına ACE inhibitörlerinden ya da ARB'lerden biri eklenmelidir. Renal hastalığı bulunan birçok HT hastası, uygun KB değerleri sağlayabilmek için iki ya da daha fazla ilaca ihtiyaç duyarlar. Progresyon oranı, ACE inhibitörü ya da ARB içeren bir ilaç kombinasyonu ile daha iyi düşürülmektedir. Bu tip hastalarda kusursuz bir kontrol sağlanmalıdır. Renal hastalığı bulunan hastalar, sistolik HT'ü bulunan yaşlı hastalar ile nonsteroid antiinflamatuar ilaç kullanan hastalar gibi belirli derecede sodyum retansiyonu ve takip eden plazma renin düşüklüğü bulunan hastalar, kalsiyum kanal blokörlerine ve diüretiklere daha iyi yanıt verirler. Bununla beraber, bu hastaların

çoğu için, kombine ilaç tedavilerinin faydalarını gösterircesine, renin anjiotensin sistemini bloke eden ilaçlar kullandıklarında sonuçlar daha yüz güldürücüdür.

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

- Hastaya HT'un riski ve etkili tedavinin yararı hakkında bilgi verin.
- Tedavi hakkında yazılı ve sözlü açık talimatlar verin.
- Tedavi rejimini, hastanın yaşam tarzına ve gereksinimlerine uygun şekilde belirleyin.
- Mümkünse, günlük alınacak ilaç sayısını azaltarak tedaviyi basitleştirin.
- Hastalığa ilişkin bilgiyi ve tedavi planlarını hastanın partneri veya ailesiyle paylaşın.
- Evde kendi kendine KB ölçümü ve hatırlatma sistemleri gibi davranışsal stratejilerden yararlanın.
- Yan etkilere (belirli belirsiz dahi olsa) büyük önem verin ve gerekli durumlarda ilaç dozlarını veya tipini değiştirmeye hazırlıklı olun.
- Hastayla tedaviye bağlı kalma konusunda diyalog içinde olun ve sorunları hakkında bilgi edinin.
- Güvenilir destek sistemi ve hastanın ödeyebileceği fiyatlar sunun.⁴³

2.2. Grup Görüşmesi

Grup görüşmesi ifadesi, bireysel hasta-hizmet sunucu görüşmelerinden ziyade hasta grupları için tasarlanmış görüşmeleri anlatır. Amerikalı şair ve denemeci James Russel Lowell insan doğasının orijinallikten çok taklit etmeye yetenekli olduğunu söylemiştir.¹⁰⁵ Aile hekimleri bunu bilir. Hekimler sadece aynı hastalıkları tekrar tekrar görmüyor, aynı zamanda bu hastalıklardaki ortak başarısızlıkları ve bunlarla başa çıkmanın ortak yollarınında farkına varıyor. Hekimler sağlıklı şekilde diyet ve egzersiz yapmaya gayret eden hastalarla karşılaşırken aynı zamanda, düşük gelir düzeyi, ev desteğinden yoksun olma, depresyon ve kronik ağrı nedeniyle isteklerini yapmayan hastalarla da karşılaşılıyor. Bu şekilde dirençli hastalara ek destek sağlamanın bir yolu da aynı hastalığa sahip kişileri grup görüşmesinde tedavi etmektir.¹⁰⁶ Giderek hekimler geleneksel birebir görüşmelerin yerine yenilikçi alternatifler düşünmektedir. Grup görüşmeleri kronik hastalığı olanlara ve hekimlerine ofis uygulamalarındaki izole görüşmelerine bir çözüm olarak düşünülüyor.¹⁰⁷ Grup görüşmesi modeli bakımı zor,

genellikle standart ofis görüşmelerinde sürekli ve karmaşık müdahale gerektiren kronik hastalığı olanlara çare olarak ortaya çıkmıştır. Grup görüşmeleri diyabet gibi kompleks hastalıklarda, hastaların kendi yönetiminin teşvik edilmesi ve grup üyelerinin birbirlerine sağladıkları destek ile sağlık eğitiminin artırılması, hastaya ve sağlık sunucusuna avantaj sunabilir.^{108,109}

Grup görüşmeleri birinci basamakta 30 yıldır kullanılmaktadır, fakat görüşmelerin ortaya çıkma süreci ve içeriğinin yapılandırılması açıkça tanımlanmamıştır.^{110,111} Birinci basamak uygulamalarında grup görüşmeleri genelde yaşlı hastalar gibi kronik hastalığı olanlarda kullanılmıştır. Bu kavram nöroloji, kardioloji ve onkolojideki özel uygulamalarda başarılı olmuştur.

Grup görüşmeleri, kendi kendine bakımın önemli komponentleri vurgulandığında, hastalara kapsamlı bakım sağlamada en ideal yöntemdir. Grup görüşmelerinde hastalara, hastalığa özgü ve genel sağlık becerilerini destekleyici ve denetleyici çevreye sahip olmaları aynı zamanda kişisel eğitim ve kaliteli bakım sağlanabilmesi için gerekli zaman ayrılmalıdır. Grup görüşmesi yöntemi diğer hastalar tarafından desteklenme modelini sağlar, ek olarak grup dinamiğinin gücü, destekleyici hasta kazanımları, kendi kendine bakımı geliştirir.¹¹²

Beck ve ark. tarafından Colorado’da grup görüşmesine katılan ve kronik hastalığı olan 400 yaşlı hasta ile yapılan iki yıllık randomize klinik çalışmada, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında hastaneye yatışlarda % 39’dan % 27’ye düşüş olduğu saptanmıştır. Ayrıca hekim aranmasında azalma ile birlikte hemşire aranma sayılarında artış ve her bir hastanın acil servis ziyaretlerinde % 53’den % 35’e düşüş olmuştur. Aynı zamanda birinci basamak başvurularında azalma olduğu tespit edilmiştir.¹¹³

İyi kontrol edilemeyen tip 2 diyabetli bir başka hasta grubunda, total kolesterol/HDL oranında % 32 azalma, HbA1C seviyesinde % 30 düşüş ve sağlık giderlerinde % 7 azalma olduğu görülmüştür.¹¹⁴

Randomize klinik çalışmalar, grup görüşmesi ile kaynak kullanımının azaldığı, hastalık spesifik standartların ve bakımın arttığı ve yüksek hasta memnuniyetinin sağlandığı ile ilgili klinik ve sistemik faydaları göstermiştir.^{112,113,115}

2.2.1. Görüşmelerinin Planlanması ve Uygulanması

Planlamaya, ilk görüşmenin yapılması planlanan tarihten iki ay önce başlanması önemlidir. Ekip toplantısında, grup görüşmelerine davet edilecek kişiler belirlenmelidir. Hastaların % 30-50'sinin grup randevularına gelmeyebileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle en az 50 hastanın davet edilmesi uygun olacaktır. Aksi takdirde grup, görüşmenin etkili olmasını engelleyecek kadar küçük olabilir. Bu amaçla, kronik hastalık kayıtları ve merkeze sık başvuran hastaların dosyaları kullanılabilir. Potansiyel hastalar için ilk liste oluşturulunca ekip listeyi inceleyerek gruba uygun olmayan hastaları seçmelidir. Terminal dönem hastalar, ciddi işitme sorunu olanlar, hafıza sorunu olanlar, konuşulan dile yeterince hakim olmayanlar ve yılın önemli bir bölümünü şehir dışında geçirenler hariç tutulmalıdır. Bu dönemde mektuplar ve adres listeleri oluşturulmalıdır. İlk oturumdan bir hafta önce, katılımcıları arayarak toplantıyı hatırlatacak birisi belirlenmelidir. Bu hatırlatmada, toplantının amacı, toplantıda neler olacağı anlatılmalı ve hasta toplantıya katılması için teşvik edilmelidir. Arayan kişi, bunun bir ders veya workshop değil gerçek tıbbi toplantı olduğunu ve katılamayacakların mutlaka arayarak haber vermeleri gerektiğini vurgulamalıdır.

Grup görüşmesi genelde selamlama ve tanışma bölümüyle başlar. (Tablo 7).¹⁰⁷ Bunu genellikle HT gibi bir hastalık ya da uykusuzluk gibi belirli bir konuda kişisel bakım eğitimi ve tartışması izler. Sonra ara verilir ve yiyecek-içecek şeyler sunulur, bu esnada hekim ve hemşire ya da tıbbi yardımcı vital bulguların kayıtlarını tamamlayarak gruptaki her bir hastanın kişisel sağlık sorunlarını değerlendirir. Bunu soru-cevap bölümü izler ve sonunda ihtiyacı olan iki ya da üç hasta ile birebir görüşme yapılır.

Tablo 7. Örnek grup görüşmesi planı¹⁰⁷

15 dakika	15–30 dakika	30–40 dakika	15 dakika	30–45 dakika
Selamlama ve tanışma	Katılımcıların karşılaştıkları ortak problemler hakkında kişisel bakım eğitimi (ör: diyabette beslenme, üst düzey insomnia, pre-post operatif bakım planı)	İnteraktif hekim ve hemşire görüşme süresi için ara (örneğin; vital bulgular, kişisel tavsiyeler)	Soru-cevap süresi ve gelecek görüşmenin planlanması	Grup görüşmesi sonrası kişisel birebir görüşme zamanı. Hastaların kendi isteği ya da hekimin ihtiyacı olanları belirlemesi ile

Hastaların etkileşimini teşvik etmek için dairesel ya da yarım daire şeklinde oturmaları sağlanmalıdır. Grup üyelerinin yaka kartı takması etkileşimin artmasına katkı sağlayabilir. Hastalar bu konuda özendirilebilir fakat ilk isimlerinin yaka kartında bulunmasına gerek yoktur. Grup görüşmelerindeki yaygın hata, hastaların klinik soruları karşısında hekimin öğretici rol üstlenmesidir. Daha başarılı gruplarda hekim klinik soruları hastalara yönelterek onların geri bildirimini alır ve tartışmaya olanak sağlar. Bu durum hastaların kendi bakımlarında daha bağımsız bir rol üstlenmelerine yardımcı olarak kişisel bakımlarında güven duygusu kazanmalarını sağlayacaktır. Hastaların kendilerine değer verildiğini hissetmeleri katılımlarını artırarak grup içerisinde deneyimlerini paylaşmasını sağlayacaktır. Kısaca, hekimler tartışmalara katılımda bulunabilir fakat baskın rol üstlenmemelidir.

Bakım personeli genellikle görüşme öncesinde tanı koydurucu testler ve laboratuvar çalışmaları gibi tıbbi kayıtların gözden geçirilmesi için iki saat kadar zaman harcar. Çeşitli alanlardaki gözlemlere dayanarak, sağlık sunucuları her görüşmenin sonunda planlama yapılmasının grup memnuniyetini artırdığını bildirmişlerdir. Hızlı ve detaylı görüşme bulgularının dökümanları model olarak kullanılabilir.

Özet olarak grup görüşmesi, benzer sağlık profiline sahip hasta gruplarının düzenli olarak rutin sağlık bakımı almasını sağlar. Görüşmeler, hekim tarafından kolaylaştırılarak hastalara kapsamlı bakım sunar. Grup görüşmeleri maliyet-etkin sonuçlar sunmaktadır. Tipik 15 dakikalık görüşmeye karşılık, 20 hastayla yapılan 2 saatlik grup görüşmesi, eğitim ve tartışma için daha fazla zaman tanır. Sağlık bakım masraflarının azalması, yüksek bağışıklama oranı, daha az tekrardan hastaneye başvuru ve daha az acil servisi ya da alt uzmanlıkları ziyaret etmeyi sağlayarak geniş çapta avantajlar sunar.¹¹³

Çoğu uzun süreli HT'lu hastalar kötü KB kontrolü altındadırlar ve yeni tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyarlar. Yeni bakım modellerinden grup görüşmesi, hastalıklarının yönetimine katılım gösteren hasta sayısının artması ile KB regülasyonunda iyileşmeye katkı sağlayabilir.¹¹⁶

2.3. Hastalık Algısı

Hastalar herhangi bir hastalık tanısı aldıklarında, genellikle kendi durumları hakkında çeşitli inanışlar geliştirirler. Bu görüşler hastalığın yönetimi için davranışın kilit noktalarını oluşturur. Hastalık hakkında hastaların algılarının ve fikirlerinin değişimi, tedaviye yanıtta da değişmeye yol açan dinamik bir süreçtir. Bu hastalık algısı veya bilişsel ifadeler bireyin hastalığa verdiği duygusal yanıtı ve tedaviye uyumu gibi davranışları doğrudan etkiler.² Bunların önemine rağmen, hastaların hastalıkları ya da semptomları hakkındaki görüşleri tıbbi görüşmelerde nadiren sorgulanabilmekte ve hastalar hastalıkları hakkındaki inanışları doktorla paylaşma eğiliminde bulunmamaktadır.

Aynı durumda olsa bile hastadan hastaya oldukça değişken şekilde rahatsızlığın ortaya çıkması, problem çeşitliliğini artırmaktadır. Son yıllarda sağlık psikologları bu problemleri anlamak ve cevap vermek için hastaların rahatsızlıklarına yönelik kendi ifadelerini ve modellerini oluşturduklarını göstermişlerdir.¹³ Bir semptom ya da tanı gibi yeni bir sağlık tehdidi ile karşılaşıldığında, bireyler bu tehdit karşısında bilişsel modeller geliştirirler ve bu durum mental ifadelerin yanıtlarını belirler.¹¹⁷ Bu modeller hastaların tıbbi bilgilerine veya aynı semptomlara ya da tanılara sahip olan aile bireylerinin kişisel deneyimlerine dayanır. Hastanın hastalık modeli, semptomların ya da hastalığın tehlikelerini azaltmak için hastaya rehber olur ve aynı zamanda tehlikeye karşı duygusal cevabını azaltmak için geliştirdiği başa çıkma stratejilerine de kılavuzluk eder.

Araştırmacılar fiziksel semptomlar ile hastalık temsili arasında sıklıkla simetri olduğunu fark etmişlerdir.¹¹⁸ Hastalar bir semptomu olduğu zaman hastalığını açıklayacak bir temsil ya da bir açıklama bulmaya çalışırlar. Tam tersi olarak da hastalara tanıları söylendiğinde konulan temsil ile ilişkili semptomlar araştırırlar. Hastalık asemptomatik bile olsa bir takım semptomlara dayandırabilirler. Bunu da hastalıklarını izlemek ve ilaç kullanımına rehber olması için kullanırlar.

Hastaların medikal durumlar ve vücutları hakkında bildikleri genellikle tam gelişmemiştir ve bu da geliştirdikleri modellerin doğruluğunu sınırlandırabilir. Örnek olarak toplumun ancak % 50'si kalp, akciğer, mide veya böbrek gibi vücudun bir bölümünü doğru bir şekilde gösterebilmektedir. Daha da fazlası spesifik organla ilişkili

hastalıkları olan hastalar, hastalığı olduğu organı tanımlamada diğer toplum üyelerine göre daha iyi durumda değildir.¹¹⁹

2.3.1. Hastalık Algısının Bileşenleri

Hastaların mental modeller geliştirme yolu hakkında tutarlı modelleri bulunmaktadır. Önceki çalışmalar 5 ana bileşen saptamıştır:¹³

- Hastalığın kimliği
- Nedensel inanışlar
- Zamansal inanışlar
- Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar
- Sonuçlar

Hastalık algısının etkileyici yönü, aynı hastalıklara ya da problemlere sahip olan hastaların oldukça farklı algılarının olması ve bu algıların bazı hastaları yanlış yollara yönlendirebilmesidir.

2.3.1.1. Hastalığın kimliği

Hastalar genellikle durumlarıyla ilişkilendirdikleri semptomlarda olduğu gibi hastalıklarıyla ilgili temsiller kurarlar. Çoğu insan soğuk algınlığı ya da besin zehirlenmesi gibi sık görülen hastalıklar hakkında çeşitli semptomlar bilmektedir fakat başka hastalıklara gelince belirsiz fikirleri vardır. Buna rağmen hastalar tanı aldıklarında hastalığın sebep olduğu semptomlar hakkında zamanla inanışlar geliştirirler. Kimlik bileşeninin önemli yanı, hastalığın semptomları hakkındaki bakış açısı, tedaviyi düzenleyen tıbbi elemanların bakış açısından çok farklı olabilir. Hastalar sıklıkla tedavinin yan etkileri hakkında ya da hiç ilişki bile olmasa görülen semptomlar hakkında yanlış yorumlar yapabilirler.¹²⁰

2.3.1.2. Nedensel inanışlar

Tanı aldıktan hemen sonra neden bu hastalığın görüldüğüne dair inanışlar geliştirirler. Yaygın görülen hastalıklar hakkındaki yorumları stres veya hava kirliliği gibi hissedilen sağlığa zararlı durumlar üzerine yapılmaktadır.¹²¹

Nedensel inanışlar, hastaların kendi durumları için araştırdıkları tedavi yöntemini etkilemede veya mantıklı yollarla hastalığını kontrol altında tutması için gereken

değişikliklerde önemlidir. Mesela bir kalp hastası hastalığının sebebinin sigara içmek ya da çok yağlı beslenmek gibi kötü sağlık koşullarına bağlıyorsa bu davranışlarını değiştirmeye çalışacaktır veya stresin neden olduğunu düşünüyorsa işini bırakacaktır.¹²² Başka hastalıklarda nedensel inanışlar, özellikle hasta kendini suçluyorsa duygusal cevabı da etkilemektedir. Kendini suçlamanın derecesi etyolojisi bilinmeyen hastalıklarda olduğu gibi kanser ya da cinsel yolla bulaşan hastalıklarda daha yüksek olabilir.

2.3.1.3. Zamansal inanışlar

Akuttan kroniğe değişen zamansal inanışlar vardır. Mesela HT hastalarında olduğu gibi hastalar hastalıklarını son zamanlarda ne kadar fazla stres altında olduklarına bağlayabilirler. İlaç alımı ile zamansal inanışlar önemli ilişkiye sahiptir. Akut hastalar, kronik hastalara göre ilaçlarını ve tedavilerini daha erken terk etme eğilimindedirler.¹²⁰

2.3.1.4. Kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar

Zamansal ve nedensel ilişkiler bununla doğrudan bağlantılıdır. Genellikle kontrol inanışı hastanın kişisel kontrole ne kadar hassas olduğuna ve tedavi ile ne kadar kontrol edilebileceğine bağlıdır. Yüksek seviyedeki kontrol genellikle kısa zamansal algıyla ilişkilidir.¹²⁰

2.3.1.5 Sonuçlar

Son bileşen ise hastanın hastalığının sonucu hakkındaki algısıdır. Bu durum işte, aile yaşantısında, hayat tarzında ve ekonomik olarak yaşayacağı etkileri kapsamaktadır. Çoğu zaman, hastalığın sonucu hakkındaki görüşleri hastalığın ciddiyeti hakkındaki objektif klinik belirteçlerle zayıf ilişkili subjektif algılamaya bağlıdır. Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırmaktadır.¹²³

2.3.2. Hastalık Algısını Değerlendirmek

Klinikte hastaların hastalıkları hakkındaki görüşleri nadiren sorulmaktadır fakat hastalar fikirlerini tartışmaktan mutluluk duyarlar ve kendilerini test edilmiş gibi

hissetmezler.¹²⁰ Olası bir açılış sorusu “Hastaların çoğu hastalıkları hakkında kendilerince bir fikir geliştirirler, sizinle bu konuda konuşmak istiyorum” olabilir. Bunu şu tarzda spesifik sorular takip edebilir “Bu duruma neyin sebep olduğunu düşünüyorsunuz?” ve “ Bu hastalığın sizin için en önemli sonuçları nelerdir?”

Klinisyenler hastalık algısını değerlendirmek için daha resmi bir değerlendirme araştırmaktadırlar, bunun için değerlendirmenin amacına göre değişik tipleri bulunan Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ) kullanılabilir.¹²⁴

HAÖ (IPQ; Weinman ve ark. 1996), Leventhal’ in kendi kendine kontrol modelindeki hastalık ölçeğinin beş bileşenine (hastalığın kimliği, nedensel inanışlar, zamansal inanışlar, kontrol veya tedavi hakkındaki inanışlar ve sonuçlar) kantitatif bir değerlendirme sağlamak için geliştirilmiştir. Sonrasında kalp hastalığı (Cooper ve ark. 1999, Petrie ve ark., 1996; Steed ve ark., 1999), romatoid artrit (Murphy ve ark.,1999) kanser(Buick 1997, Buick ve Petrie), psöriyazis (Fortune ve ark., 2000; Scharloo ark., 2000a), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (Scharloo ve ark., 2000b), kronik yorgunluk sendromu (Heijmans, 1998; Moss-Morris ve ark., 1996), diyabet (Griva ve ark., 2000) ve Addison hastalığı (Heijmans, 1999) gibi geniş hasta gruplarında kullanılmıştır. HAÖ ayrıca koroner anjiyografi ve genetik araştırmalar ve kişilerin eş ve bakıcılarının temel sağlık problemleri için kullanıma uyarlanmıştır (Heijmans et al. 1999; McClenahan and Weinman, 1998; Weinman et al. 2000). Çalışmalardan elde edilen kanıtlar, Leventhal tarafından tanımlanan hastalık temsiline beş bileşeni arasındaki yapısal ilişkileri ve tıbbi önerilere bağlılık, işlevsel uyum, duygudurum, sorunlarla başa çıkabilmeyi içeren bir dizi psikososyal sonuç ve hastalık algısı arasındaki ilişkiyi göstermiştir.

2.3.3. Hastalık Algısı ve Klinik Sonuçlar

Hastalık algısının hastalıkların ciddi sonuçlarıyla giderek artan ilişkisi olduğu gösterilmiştir. Yapılan araştırmalarda negatif hastalık algısı geliştiren hastalarda hiçbir patolojinin bulunmamasına rağmen, bu durumun hastayı daha az rahatlattığına dair kanıtlar vardır.¹²⁵ Spesifik hastalıklar için genetik risk faktörüne sahip hastalarda, durumları hakkındaki inanışlarından dolayı risk durumlarının anlaşılmasında ve riski azaltma olanaklarını sağlamada başarısızlığa uğranmıştır.¹²⁶

Birçok çalışma, hastalıkları hakkında negatif algı geliştiren hastalarda (örneğin durumlarıyla ilişkili bir çok semptom, daha ciddi sonuçlar, uzun zamansal inanışlar), başlangıçtaki durumun tıbbi ciddiyetinden bağımsız olarak, gelecekteki yetersizlikleriyle ve daha yavaş iyileşmeleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir.¹²⁷⁻¹²⁹ Örneğin, yeni bir sağlık problemi bulunan 1000' nin üzerinde genel poliklinik hastasıyla yapılan çalışmada güçlü hastalık kimliği, uzun zaman, durumun hissedilen ciddi sonuçları ilerdeki sağlık bakımı kullanımı ile ilişkili, önceki sağlık bakımı kullanımından ve doktorun sağlık probleminin ciddiyetini belirlemesinden ise bağımsız bulunmuştur.¹³⁰

2002 yılında yapılan bir çalışma kalp krizi geçiren ve standart bakım alan hastaların farklı algılarına yönelik uygulanan bilişsel ve davranışsal müdahaleleri karşılaştırarak iyileşmenin gelişimini araştırmıştır. Müdahalenin hastaların hastanede kaldığı süre içerisinde hastalık inanışlarında belirgin pozitif değişikliklere neden olduğunu ve kontrol grubuna göre işe geri dönüşlerinin belirgin olarak daha erken olduğunu bulmuşlardır.¹³¹ Bu da hastalık algısının kısa bilişsel müdahale ile başarılı bir şekilde değiştirilebileceğini öne sürmüştür ve bu yaklaşım kendini alıştırma ve işlevselliği artırmak için diğer hastalıklarda da yararlı olabileceğini düşündürmüştür. Şu anda yanlış hastalık inanışlarını, özellikle erken evrelerde düzenleyebilmek için efektif ve verimli metodlar geliştirmeye ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak hastalık tanısı alan ya da bir yaralanmadan dolayı acı çeken hastalar hastalıklarını anlamlandırabilmek için bilişsel modeller geliştirirler. Bu hastalık algıları tedaviye bağlılık gibi hastalığa özel davranış geliştirmede ve başa çıkma stratejileri geliştirmede önemlidir. Hastalık algıları artık bir kaç psikometrik belge ile ölçülebilmektedir; hastaların hastalıkları hakkındaki inanışları değerlendirmek için daha yenilikçi değerlendirme yaklaşımları geliştirilmektedir (örneğin hasta çizimleri).¹²⁰ Son 10 yıldaki artan kanıtlar, negatif hastalık görüşü olan hastaların daha kötü hastalık sonuçlarına sahip olacağını göstermektedir. Son çalışmalarda hastanın hastalığa uyumunu artırmak için önemli fırsatlar sunmanın hastalık algısını olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmaktadır.^{120,125}

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi

Ç.Ü.T.F. Balcalı Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 23.05.2008 – 23.11.2008 tarihleri arasında başvuran, bilişsel işlevleri etkileyecek rahatsızlık veya hastalığı olmayan, 18 yaş ve üzerindeki HT hastaları çalışmaya alındı.

3.2. Verilerin Toplanması

3.2.1. Girişim Öncesi

Kayıtların incelenmesi ve dosya taranması sonucunda 152 HT hastası tespit edildi. Dosya kayıtlarından hastaların telefon numaralarına ulaşıldı. Telefon görüşmelerinde hastalara çalışma hakkında bilgi verildi ve bire bir görüşme için randevu planlandı. Bu hastalardan eleme ölçütlerine (bilişsel işlevleri etkileyecek hastalığı olanlar, ayda bir kez düzenli olarak eğitim toplantılarına gelmeyi kabul etmeyenler, 1 aydan daha kısa süreli hipertansiyon tanısı olanlar) uymasına rağmen çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 43 kişi, çalışma kapsamının dışında bırakıldı. Çalışmaya katılmayı kabul ederek yazılı olur veren 109 hastanın öncelikle, KB ölçümleri yapıldı. Kan basınçlarının ölçümü esnasında aşağıdaki durumlara dikkat edildi:

- Uygun büyüklükte manşon kullanılmaması kan KB'nın normalden yüksek veya düşük çıkmasına neden olacağından, KB manşonunun boyutu bireyin koluna uygun olarak seçildi.
- Ölçüm yapılırken her 2 mmHg'lık azalmada en az bir Korotkoff sesi duyulacak şekilde manşonun havası yavaşça düşürüldü.
- Her seferinde iki kez ölçüm yapıldı, ölçümlerin ortalaması alınarak KB değeri kaydedildi.
- Manşonun bağlantı yeri brakial arter üzerine ve alt kenarı antekubital fossanın 2,5 cm üzerine gelecek şekilde yerleştirildi.
- Kişinin KB ölçümüne gelmeden 30 dk önce sigara, kafein ya da alkol almadığından emin olundu.
- Konuşmak ya da dinlemek, bacakların çapraz konumda tutulması, desteksiz bir şekilde oturmak ya da ayakta iken kolun desteksiz bir şekilde bulunması KB

artışına neden olduğundan, hastalara KB ölçümü öncesinde ve süresince en az 5 dk'lık sesiz ve rahat bir dinlenme fırsatı verildi.

- Arter üzerine uygulanan aşırı basınç, SKB'nın yüksek çıkmasına DKB'nın ise düşük çıkmasına neden olacağından brakial arter üzerinden steteskopun çan kısmı ile dinlenildi ve cilt üzerine uygulanan bası, sonradan iz bırakmayacak şekilde azaltıldı.
- Kan basınçları ölçülürken kullanılan sfingomanometrenin temiz ve uygun şekilde kalibre edilmiş olmasına dikkat edildi.
- Uygun şekilde kan basınçlarının ölçümünü takiben anket formuna sistolik ve diyastolik KB değerleri mmHg olarak ayrı ayrı not edildi.

Hastaların cinsiyet, doğum tarihi, sosyal güvence, HT tanı süresi, ek sistemik hastalık varlığı, sürekli kullandığı ilaçlar, bakımından sorumlu kişi (aile üyesi, bakıcısı ya da kendisi), düzenli egzersiz yapıp yapmadıkları, sigara ve alkol alışkanlıkları, evdeki ve işyerindeki stres düzeyleri sorgulandı. Bu bilgiler önceden hazırlanmış hasta bilgi formuna not edildi. Sonrasında tüm hastalara Gözden Geçirilmiş Hastalık Algısı Ölçeği (HAÖ-G) (Weinman ve ark. 1996) uygulandı.

HAÖ, 1996 yılında Weinman ve ark. tarafından geliştirilmiş ve Moss-Morris ve ark. tarafından gözden geçirilmiştir (Moss-Morris ve ark. 2002). Çalışmada HAÖ' nin gözden geçirilmiş formunun HT hastalığına uyarlanmış şekli kullanılmıştır. Ölçeğin HT hastalığına uyarlanmış formunda HT'da yaşanması tahmin edilen 5 hastalık belirtisi (libido kaybı, erektil disfonksiyon, kızarma, çarpıntı, uyuşma/karıncaalanma) HAÖ'nin belirtiler bölümüne eklenmiştir. Buna ek olarak yaşadığı belirtilerin HT'la ilgili olup olmadığının yanında bu belirtilerin kullandığı ilaçlara bağlı olup olmadığı da sorgulanmaktadır.

HAÖ, hastalık belirtileri, hastalık algısı ve hastalık nedenleri olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır. HAÖ'nde hastalık belirtileri bölümü; sık görülen 14 hastalık belirtisini (ağrı, boğazda yanma, bulantı, soluk almada güçlük, kilo kaybı, yorgunluk, eklem sertliği, gözlerde yanma, hırıltılı soluma, baş ağrısı, mide yakınmaları, uyku güçlükleri, sersemlik hissi, güç kaybı) içerir. Bu çalışmada yukarıdaki belirtilere ölçeğin HT hastaları için uyarlanmış formundaki belirtiler de eklendi.

HAÖ'nde bu belirtilerin her biri için kişiye önce, "bu belirtiyi hastalığın başlangıcından bu yana yaşıyıp yaşamadığı", daha sonra "bu belirtiyi hastalığıyla ilgili görüp görmediği" sorulmaktadır. Çalışmamızda HAÖ'nin HT' a uyarlanmış formuna paralel olarak bunlara ek olarak yaşadığı belirtiyi aldığı ilaçlarla ilgili görüp görmediği sorulmaktadır. Bu bölüm, her belirti için üç soruya da kişinin evet/hayır biçiminde cevap vereceği şekilde düzenlenmiştir. İkinci sorudaki evet cevaplarının toplamı hastalık belirtisi bölümünün değerlendirme sonucunu oluşturur.

Algı bölümü; hastanın hastalığı hakkında görüşlerini içeren 38 maddeden oluşur. 5'li Likert tipi ölçüm kullanılmış (1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2. Böyle düşünmüyorum, 3. Kararsızım, 4. Böyle düşünüyorum, 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum) HAÖ'nin algı bölümü yedi alt ölçeği içermektedir. Bunlar;

1. Süre (akut/kronik): Süre alt ölçekleri, kişinin hastalığının süresiyle ilgili algılarını araştırır ve akut, kronik, döngüsel, episodik olarak gruplanır.
2. Sonuçlar: Sonuçlar alt ölçeği, kişinin hastalığının şiddetine ve fiziksel, sosyal ve psikolojik işlevselliğine olası etkileriyle ilgili inançlarını araştırır.
3. Kişisel kontrol: Kişisel kontrol, kişinin hastalığının süresi, seyri ve tedavisi üzerindeki iç kontrol algısını araştırır
4. Tedavi kontrolü: Tedavi kontrolü, kişinin uygulanan tedavinin etkinliği hakkındaki inançlarını araştırır.
5. Hastalığı anlayabilme: Kişinin hastalığını ne kadar anladığını ya da kavradığını araştırır.
6. Süre (döngüsel): Kişinin hastalığının zaman içerisindeki farklı yansımalarını araştırır.
7. Duygusal temsiller: Kişinin hastalığıyla ilgili hissettiklerini araştırır.

Hastalık nedenleri bölümü; hastalıkların oluşumundaki olası nedenleri içeren 18 maddeden oluşur. Beşli Likert (1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2. Böyle düşünmüyorum, 3. Kararsızım, 4. Böyle düşünüyorum, 5. Kesinlikle böyle düşünüyorum) kullanılmıştır. Bu bölüm, kişinin hastalığının olası nedenleri hakkındaki düşüncelerini araştırır ve dört alt ölçeği içermektedir. Bu alt ölçekler şunlardır:

1. Psikolojik atıflar (stres ya da endişe, benim tutumum, duygusal durumum, aile problemleri, kişilik özelliklerim, aşrı çalışma)

2. Risk faktörleri (kalıtsal, diyet-yemek alışkanlıkları, kötü tıbbi bakım, kendi davranışım, yaşlanma, sigara içme, alkol kullanımı, yaşlanma)
3. Bağışıklık (bir mikrop ya da virüs, çevre kirliliği, vücut direncimin az olması)
4. Kaza veya şans (kaza ya da yaralanma, şans ya da kötü talih)

Ölçeğin en sonunda, kalitatif değerlendirmeye olanak vermek üzere kişinin hastalığının en önemli nedeni olarak gördüğü üç faktörü yazması istenmektedir.

Çalışmaya alınan tüm hastaların (n=109) HT'a yönelik algıları tespit HAÖ ile edildi.

3.2.2. Girişim Sonrası

Hastalar (n=109), HAÖ uygulanmasını takiben, yaş, eğitim durumu ve KB regülasyonuna göre randomize edilerek iki gruba ayrıldı. Birinci grup müdahalede bulunulmayan yani kontrol grubu (n=52), ikinci grup ise grup görüşmelerine katılması planlanan hastalardan (n=40) oluşturuldu. Grup görüşmelerine alınması planlanan hastalardan telefon ile ulaşılamayanlar kontrol grubuna alındı ve zaman sorunu nedeniyle gelemeyeceğini bildiren 8 hastanın yerine, benzer özellikleri içeren hastalar aynı yöntemle seçilerek alındı. Tüm hastalar rutin poliklinik hizmetlerinden faydalandı ve sağlık hizmeti almaya devam ettiler, grup görüşmesine alınanlar ise bu hizmetlerin yanı sıra hastalık algısını olumlu yönde etkilenmesi amaçlanan grup görüşmelerine katıldı.

Grup görüşmeleri, bir öğretim üyesi bir asistan ve bir hemşire ile birlikte grup görüşmesi kurallarına uygun bir şekilde ayda bir kez olmak üzere üç kez yapıldı.

3.2.2.1. Birinci Grup Görüşmesi (n=40)

Grup görüşmelerinin ilkinde HT konulu bir görüşme yapıldı. Öncelikle grup görüşmesine katılan bireylerin yüksek tansiyon hastalığı hakkındaki görüşleri alındı. Hastaların görüşleri ve düşünceleri alındıktan sonra HT hakkında interaktif bir sunum yapıldı. Bütün hastaların katılması ve görüşlerini aktarması için yeterli zaman tanındı. Sonra, hastaların tansiyon hastalığının nedenleri hakkındaki görüşleri alındı ve bu konudaki düşünceler karşılıklı olarak tartışıldı. Bu esnada görüşmenin içeriği, hastaların görüşleri, beklentileri ayrıntılı olarak not defterine kaydedildi. Ayrıca görüşme esnasında verilen arada hastaların dominant koldan ölçülen tansiyon değerleri not edildi. Hastaların tansiyon hastalığı hakkındaki bilgi düzeyini artırmak, onların görüşlerini ve

deneyimlerini paylaşmasını sağlamak için yapılan ilk görüşmenin ardından elde edilen kazanımlar özetlendi. Bir sonraki görüşmenin konusu ve tarihi planlanarak görüşmeye son verildi.

3.2.2.2. İkinci Grup Görüşmesi (n=40)

İkinci grup görüşmesinde yaşam tarzı değişiklikleri (sigarayı bırakmak, kilo vermek ve uygun kiloyu korumak, aşırı alkol tüketimini azaltmak, fiziksel egzersiz, uygun beslenme) hakkında giriş yapıldı. HT ve beslenme konulu grup görüşmesi yapıldı. Katılımcılar beslenme ve diyet konusundaki deneyimlerini aktardı. Hastaların görüşleri alındıktan sonra HT ve beslenme konulu sunum gerçekleştirildi. Uygulanabilecek diyet ve egzersiz yöntemleri tartışıldı. Hastalar yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirebilmeleri için motive edildi. Bu davranış değişikliklerinin ve motivasyonun sürekliliğinin sağlanabilmesi için poliklinik hizmetleri esnasındaki görüşmelerde yardımcı olunacağı belirtildi. Oturumun sonunda üçüncü grup görüşmesi için uygun bir zaman belirlendi.

3.2.2.3. Üçüncü Grup Görüşmesi (n=40)

Üçüncü grup görüşmesinde bölümünde hastaların önceden belirlenmiş istekleri doğrultusunda stresle başa çıkma ve gevşeme egzersizleri konusunda uygulamalı bir toplantı gerçekleştirildi. Hastalara muhtemel stres kaynakları özetlendikten sonra onların hangi stres kaynağını ne ölçüde yaşadıkları ve bununla başa çıkmak için ne gibi davranışlar gerçekleştirdikleri soruldu. Hastaların kan basınçlarının ölçülerek not edilmesinin ardından nefes egzersizi, kendi kendine masaj, gevşeme egzersizleri hastalarla birlikte uygulamalı olarak gerçekleştirildi.

Nefes egzersizi: Hastalardan; burundan uzun ve derin nefes almaları, bu esnada göğüs kafesini değil karınlarını şişirmeleri, sonra ağızdan yavaş yavaş nefes vermeleri istendi. Bu işlem 10 kez tekrar edildi.

Kendi kendine masaj: Grup üyelerinden başparmaklar kulak arkasında olacak şekilde giderek artan şiddette basınç uygulayarak önden arkaya daireler çizilmesi istendi. Sonrasında yüzük parmakları ile burun köküne basınç uygulamak suretiyle ve parmaklar ile burun kenarından kulak kenarına kadar sıvazlayarak masaj sona erdirildi.

Gevşeme egzersizleri: Vücut kaslarının ayakta başlayıp başa kadar sırasıyla önce kasılması, bir süre öyle beklenmesi ve sonrasında gevşetilmesi şeklinde uygulandı. Temel olarak sırasıyla sağ el, sol el, sağ bacak, sol bacak, sağ kalça, sol kalça, sağ el, sol el, sırt ve boyun kaslarına bu işlem uygulandı.

Hastalar ile birlikte bireysel ve grup olarak bu egzersizler birkaç kez uygulandı. Hastalara bu egzersizlerden sonra rahatlama hissedip hissetmedikleri soruldu. Çoğunlukla hastaların rahatladıkları geri bildirimi alındı ve bu rahatlamanın hastaların kan basınçları düzeyine de yansıdığı ölçümler sonucunda saptandı.

Grup görüşmesinin sonunda hastalardan stresle mücadele yöntemlerini ve gevşeme egzersizlerini evde ve işyerinde uygulamaları ve deneyimlerinin paylaşılması istendi. Grup görüşmesinin sona ermesinin ardından kişisel sağlık problemi nedeniyle hekimle görüşme talebi olan ve grup görüşmesi esnasında öğretim üyesi tarafından belirlenen birkaç hasta ile birebir görüşme gerçekleştirildi.

3.2.2.4. Hastalık Algısı Ölçeğinin Uygulanması

Grup görüşmelerinin ardından hastalara tekrar HAÖ'nin uygulanması için randevu verildi. Grup görüşmesine katılmayan hastalara ise telefonla ulaşılarak HAÖ'nin ikinci kez uygulanması için uygun zaman belirlendi. Çalışma kapsamına alınan 109 hastadan 92 hastaya ulaşıldı. 17 hastaya ise HAÖ ikinci kez uygulanamadı. Bu hastalardan ikisi çalışma esnasında yaşamını yitirdi, beşi başka bir ile taşındığını bildirdi, 6 hastaya telefon ile ulaşılamadı ve kalan 4 hasta ise çalışmaya devam etmekte istekli olmadığı için çalışma kapsamı dışında bırakıldı.

HAÖ'nin birinci ve ikinci uygulamasında sorular hastalara sözel olarak yöneltildi ve sorulara verilen yanıtlar çalışmayı yürüten hekim tarafından anket formuna kaydedildi. HAÖ'nin Likert skalası ile değerlendirildiği bölümlerinde sözel olarak yöneltilen sorulara daha kolay ve düşük hata payı ile yanıt alınabilmesi için görsel materyallerden faydalanıldı. Bunun için A4 kâğıdına bilgisayar ortamında çizilen tablo kullanıldı. Tabloda Likert skalasının her bir bölümü büyük boyutta olacak şekilde farklı renklere boyandı. Hastalara 5'li Likert skalasının bileşenleri (1:Kesinlikle böyle düşünmüyorum, 2:Böyle düşünmüyorum, 3:Kararsızım, 4:Böyle düşünüyorum, 5:Kesinlikle böyle düşünüyorum) ayrıntılı olarak anlatıldıktan sonra tablo hastaların

rahat görebileceği bir yere bırakıldı ve rakamsal yanıtlar almak üzere sözel sorular yöneltildi.

Hastaların sosyodemografik bilgilerinden değişiklik olması beklenmeyen maddeler (doğum tarihi, cinsiyet vb.) ikinci görüşmede tekrar sorgulanmadı.

Birinci anketin uygulanmasını takiben hasta bilgi formunda değişebilecek maddeler ikinci anketin uygulanması sırasında aşağıdaki gibi düzenlendi:

- HT süresi belirtilirken iki anketin uygulanması arasındaki süre ikinci ankete ay olarak eklendi.
- Grup görüşmesine katılan ve katılmayan tüm hastalar, olağan poliklinik hizmetlerinden faydalandıklarından, bu sırada kullanılan antihipertansif ilaçlarında ya da ilaç dozlarında meydana gelen değişiklikler not edildi.
- İlaç etkileşimleri dikkate alınarak kullandıkları diğer ilaçlarda ve dozlarındaki değişiklikler kaydedildi.
- Hastaların çalışma sonrasında poliklinik hizmetlerinden faydalanma sıklığındaki değişikliklerin belirlenmesi amacıyla ikinci ankette poliklinik ziyaretleri tekrar sorgulandı.
- Uygulanan iki anket arasında hastaların yakınlarında ya da çevresinde HT nedeniyle ölen ya da sakat kalan birisinin olup olmadığı sorgulandı.
- Bu süre zarfında yeni bir kronik hastalık tanısı alıp almadığı sorusu yöneltildi ve eğer yeni tanı almışsa mevcut hastalıklarına eklendi.
- İki anket arasındaki geçen sürede HT nedeniyle kullandığı ilaçlara rapor çıkarılma durumları not edildi.
- Daha önceden belirlenen dominant kol dikkate alınarak hastaların KB değerleri ikinci ankete kaydedildi.
- Hastaların günlük aktiviteleri dışında düzenli fiziksel egzersiz (haftada en az 3 gün ve en az 30 dk.) yapıp yapmadıkları sorgulandı ve değişiklikler kaydedildi.
- Yaşam tarzı değişikliklerinden alkol ve sigara alışkanlıklarındaki değişiklikler sorgulandı.
- Hastaların diyet alışkanlıklarından özellikle tuzsuz yemeye dikkat edip etmediklerini “evet” ya da “hayır” olarak cevaplandırmaları istendi.

- Hastalara iş yaşantısındaki stres düzeyi için puan vermeleri istendi (1=en düşük, 5=en yüksek) ve birinci ankete göre değişiklikler not edildi.
- Hastaların ev yaşantısındaki stres düzeyleri 1'den 5'e kadar puanlanarak seviyesi ile kaydedildi.

3.3. Verilerin Bilgisayar Ortamına Girilmesi

Çalışmaya alınan hastaların çalışmanın başında ve sonunda (6 ay arayla) alınan bilgileri ve KB değerleri kodlanarak *Excel dosyası'na* girildi.

3.4. Verilerin Değerlendirilmesi

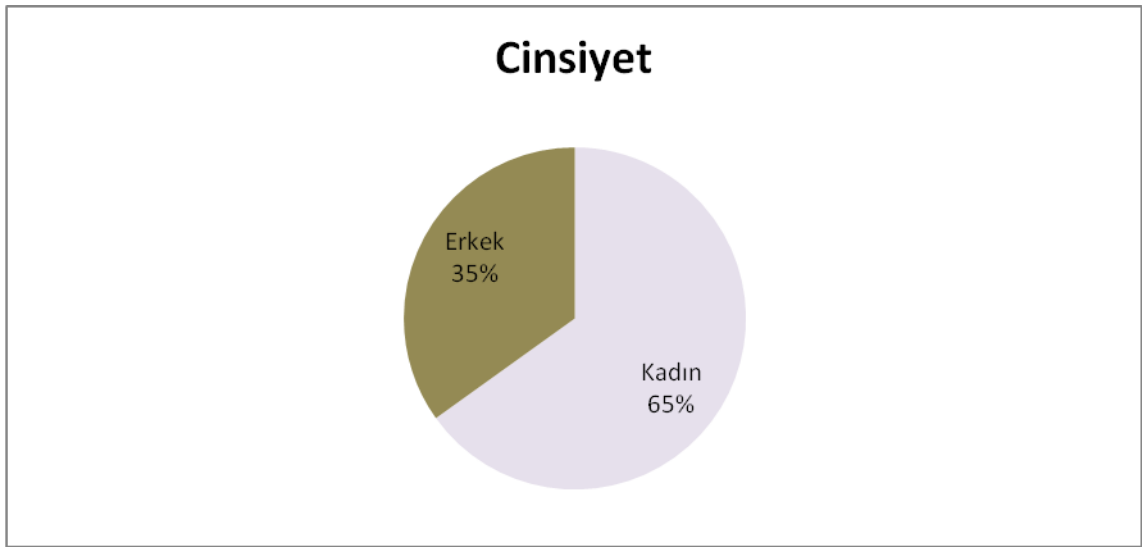
Microsoft Excel dosyasına girişi yapılan veriler istatistiksel paket program yardımıyla analiz edildi. Minimum-maksimum ve tutarlılık hata kontrolleri yapıldı. T-Test ve Wilcoxon Signed Ranks Test kullanıldı.

4.BULGULAR

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Çalışmamıza katılan ve 31–81 yaş aralığında bulunan hastaların yaş ortalaması $57,66 \pm 10,98$ yıl olarak saptandı. Hastaların yaş dağılımına bakıldığında olguların en çok (% 60,5, n=66) 48–63 yaş grubunda toplandığı görülmektedir.

Hastaların cinsiyetlerine göre dağılımına bakıldığında HT tanısı almış kadınların çoğunlukta olduğu görülmektedir (Şekil 1).



Şekil 4. Hastaların Cinsiyete Göre Dağılımı

HT hastalarının öğrenim durumları değerlendirildi. İlkokul mezunu olanların % 56,9 (n=62) en yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir.

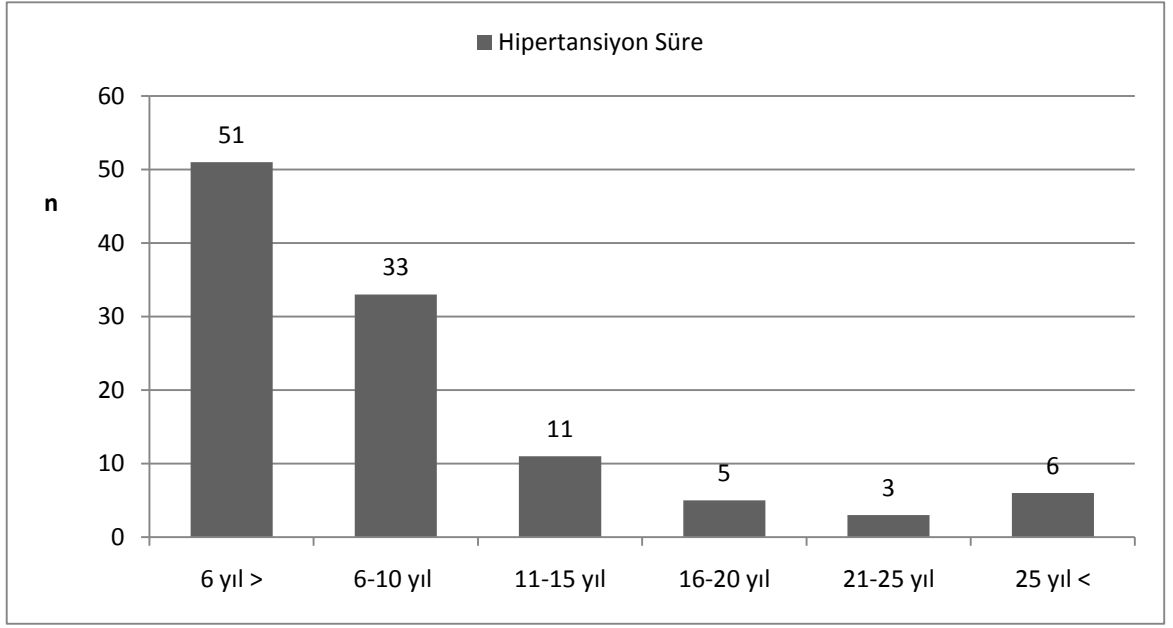
Meslek gruplarına göre sınıflandırılan hastaların büyük çoğunluğu herhangi bir işte çalışmıyordu. Hastaların % 59,6' sı (n=65) ev kadını, % 26,6' sı (n=29) ise emekli idi. (Tablo 8)

Tablo 8. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (n=109)

Sosyodemografik Özellikler		n	%
Yaş grubu	40 >	3	2,8
	40-49	25	22,9
	50-59	36	33,0
	60-69	26	23,9
	70 ≤	19	17,4
Cinsiyet	Erkek	38	34,9
	Kadın	71	65,1
Sosyal güvence	Evet	108	99,1
	Hayır	1	0,9
Meslek Grupları	Ev Kadını	65	59,6
	Emekli	29	26,6
	Çalışan	15	13,8
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	18	16,5
	Okur-yazar	5	4,6
	İlkokul mezunu	62	56,9
	Ortaokul mezunu	8	7,3
	Lise mezunu	8	7,3
	Üniversite mezunu	8	7,3

Hastaların sosyal güvencelerinin olup olmadığı sorgulandığında, çalışmaya alınan 109 hastadan sadece % 0,9' unun (n=1) sosyal güvencesinin bulunmadığı, diğer % 99,1' inin (n=108) ise sosyal güvenceden faydalandığı görülmüştür.

Çalışmamıza alınan HT hastalarının büyük bir kısmını (%77, n=84) HT tanısı süresi 10 yıl ve daha az olan hastalar oluşturmaktadır. (Şekil 2).



Şekil 5. Hipertansiyon Sürelerine Göre Dağılım

4.2. Hipertansiyon Hastalarının Antihipertansif İlaç Kullanım Durumları

Hastaların HT nedeniyle kullandıkları antihipertansif sayısı sorgulandığında ilk muayenede 2 hastanın (% 1,8), çalışma sonundaki muayenede ise 7 hastanın HT tanısı konulmuş olmasına rağmen herhangi bir antihipertansif kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Hipertansiyon Hastalarının Kullandıkları Antihipertansif İlaç Sayısına Göre Dağılımı

Kullanılan Antihipertansif Sayısı	İlk Muayene n (%)	Son Muayene n (%)
0	2 (1,8)	7 (7,6)
1	43 (39,4)	32 (34,7)
2	46 (42,2)	34 (37,0)
3	18 (16,5)	17 (18,5)
4	0 (0,0)	2 (2,2)
Toplam	109 (100)	92 (100,0)

Grup görüşmesine katılmayan ve kontrol grubunu oluşturan 52 hastanın ilk ve son anketleri karşılaştırıldığında, kullanılan antihipertansif sayısı bakımından korelasyon gösterdiği ($r=0,78$) ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,0001$) sonucuna varılmıştır. Aynı şekilde grup görüşmesine katılan 40 hastanın ilk ve son

anketleri karşılaştırıldığında da benzer korelasyon görülmüş ($r=0,69$) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,0001$) bulunmuştur.

Tablo 10. Grup Görüşmesine Katılan ve Katılmayan Hastaların Kullandıkları Antihipertansif İlaç Sayısının Ortalaması

	Antihipertansif İlaç Sayısı Ortalamaları		
	n	Ortalama $\pm$ SD*	P ⁺ Değeri
Grup Görüşmesine Katılmayan Hastalar İlk Anket	52	1,73 $\pm$ 0,74	0,813
Grup Görüşmesine Katılmayan Hastalar Son Anket	52	1,75 $\pm$ 0,92	
Grup Görüşmesine Katılan Hastalar İlk Anket	40	1,70 $\pm$ 0,75	1,00
Grup Görüşmesine Katılan Hastalar Son Anket	40	1,70 $\pm$ 0,93	

Wilcoxon Signed Ranks Test *SD=standart sapma

Grup görüşmesine alınan ve alınmayan hastalar, kullandıkları antihipertansif sayıları bakımından ilk ve son ankete göre karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde fark saptanmamıştır (Tablo 10).

Tablo 11. İlk Anket Verilerine Göre Hastaların Antihipertansif İlaç Sayısının Ortalaması

	Antihipertansif İlaç Sayısı Ortalamaları		
	n	Ortalama $\pm$ SD*	P ⁺ Değeri
Grup Görüşmesine Katılmayan Hastalar İlk Anket	69	1,75 $\pm$ 0,75	0,750
Grup Görüşmesine Katılan Hastalar İlk Anket	40	1,70 $\pm$ 0,75	
Toplam	109	1,73$\pm$0,75	

Mann-Whitney Test *SD=standart sapma

Tablo 12. Son Anket Verilerine Göre Hastaların Antihipertansif İlaç Sayısının Ortalaması

	Antihipertansif İlaç Sayısı Ortalamaları		
	n	Ortalama±SD*	P ⁺ Değeri
Grup Görüşmesine Katılmayan Hastalar Son Anket	52	1,75±0,92	0,746
Grup Görüşmesine Katılan Hastalar Son Anket	40	1,70±0,93	
Toplam	92	1,73±0,92	

Mann-Whitney Test *SD=standart sapma

4.3. Hipertansiyon Hastalarının Poliklinik Başvuruları

Çalışmamıza katılan HT hastalarının HT nedeniyle başvuru sayıları ve bunlardan sadece ilaç yazdırmak için olan başvurular değerlendirildi. Hastaların HT nedeniyle yıllık başvuru ortalamasının 7,03±3,658 olduğu, sadece ilaç yazdırmak için olan başvuru ortalamasının ise 5,81±3,673 olduğu saptanmıştır. Sadece ilaç yazdırmak için olan başvuruların tüm başvurulara oranının % 84,4±22,6 olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Hipertansiyon Hastalarının Poliklinik Başvuruları

	Başvuru Ortalamaları			
	n	Ortalama±SD*	Minimum	Maksimum
Hipertansiyon Nedeniyle Yıllık Kontrol Başvuru Sayıları	109	7,03±3,65	0	14
Sadece İlaç Yazdırmak İçin Başvuru Sayıları	109	5,81±3,67	0	12

***SD=standart sapma**

4.4. Hastaların Aile ya da Çevresindekilerin Hipertansiyondan Etkilenme Durumu

Hastaların ailesindeki ya da çevresindeki HT hastalarının bu hastalık nedeniyle öldüğünün veya sakat kaldığının gözlemlenmesi kişinin hastalık algısında değişime yol

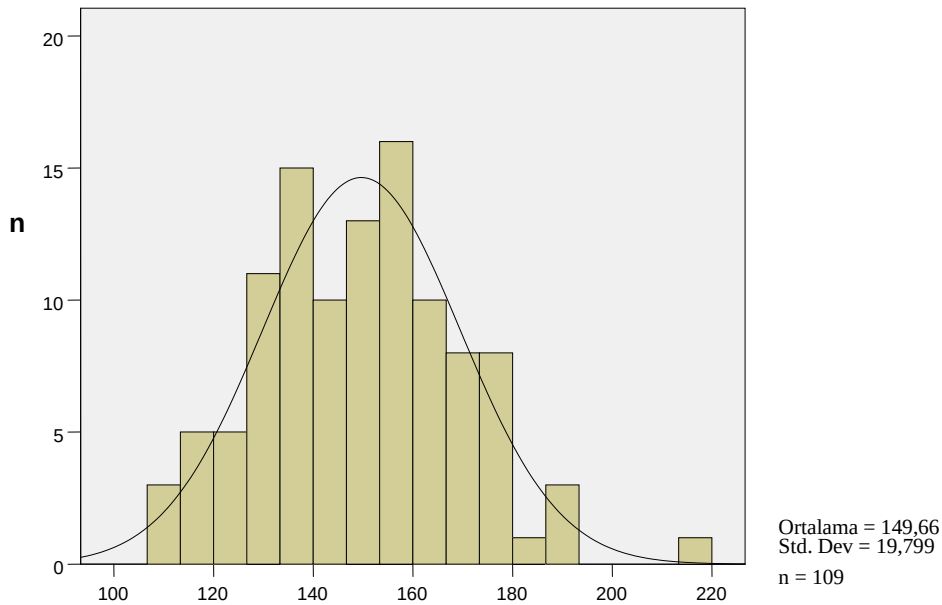
açacağı düşünülerek, hastaların aile ve çevresindekilerin HT'dan etkilenme durumu sorgulandı. Hastaların büyük çoğunluğu ailesinde ve çevresinde HT'dan ölen ya da sakat kalan biri olmadığını bildirdi (Tablo 14).

Tablo 14: Hastaların Aile ve Çevresindekilerin Hipertansiyondan Etkilenme Durumu

Ailesinde ya da Çevresinde Hipertansiyon Nedeniyle Ölüm veya Sakatlık Olanlar	n	%
Yok	86	78,9
Var	23	21,1
Toplam	109	100,0

4.5. Hipertansiyon Hastalarının Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Dağılımı

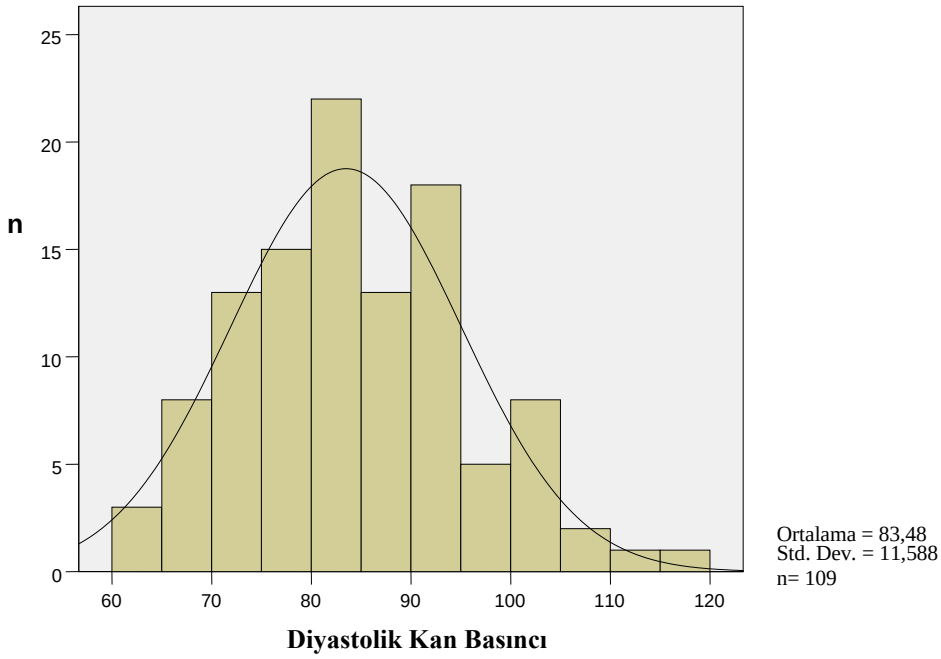
HT hastalarının sistolik kan basınçları değerlendirildiğinde ortalama SKB'nın $49,66 \pm 19,79$ mmHg olduğu tespit edilmiştir (Şekil 3).



Şekil 6. Hastaların Sistolik Kan Basıncı Dağılımı

Hastaların sistolik kan basınçlarına göre dağılımına bakıldığında büyük çoğunluğunun 140–159 mmHg (% 40) ve 160–179 mmHg (% 31) aralığında olduğu saptanmıştır.

Çalışma kapsamındaki hastaların diyastolik kan basınçları değerlendirildiğinde ortalama DKB'nın $83,48 \pm 11,588$ mmHg olduğu tespit edilmiştir (Şekil4).



Şekil.4 Diyastolik Kan Basıncı Ortalamaları

Hastaların diyastolik kan basınçlarına göre dağılımına bakıldığında en çok 80–89 mmHg aralığında (% 32,1) olduğu görülmektedir.

KB ortalamalarının grup görüşmelerine katılım durumuna göre dağılımına bakıldığında, ilk muayenedeki sistolik ve diyastolik KB ortalamaları bakımından grup görüşmesine katılanlar ile katılmayanlar arasında anlamlı düzeyde ($p=0,476$, $p=0,657$) fark saptanmamıştır.

Son muayenedeki sistolik ve diyastolik KB ortalamaları bakımından grup görüşmesine katılanlar ile katılmayanlar arasında anlamlı düzeyde ($p=0,001$, $p=0,012$) fark olduğu saptanmıştır. (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların Kan Basıncı Ortalamalarının Grup Görüşmesine Katılım Durumuna Göre Dağılımı

Kan Basıncı	Grup Görüşmesine Katılım	Kan Basıncı Ortalaması				
		n	Ortalama±SD*	Minimum	Maksimum	P Değeri
Sistolik Kan Basıncı İlk Muayene	Katıldı	40	147,88±22,89	109	214	0,476
	Katılmadı	69	150,70±17,86			
Diyastolik Kan Basıncı İlk Muayene	Katıldı	40	82,83±10,93	60	117	0,657
	Katılmadı	69	83,86±12,01			
Sistolik Kan Basıncı Son Muayene	Katıldı	40	129,10±11,37	90	185	0,001**
	Katılmadı	52	139,62±16,34			
Diyastolik Kan Basıncı Son Muayene	Katıldı	40	75,88±7,53	53	108	0,012**
	Katılmadı	52	80,92±10,47			

T-Test *SD=Standart Sapma ** p <0,05

4.6. Hipertansiyon Hastalarının Yaşam Tarzı Durumları

Hastaların düzenli egzersiz yapıp yapmadığı ve tuzsuz diyet uygulayıp uygulamadığı sorgulandı. Hastaların çoğunluğu düzenli egzersiz yapmadığını bildirirken tuzsuz diyet uygulayanların, uygulamayanlara oranı birbirine yakındı (Tablo16).

Tablo 16. Düzenli Egzersiz ve Tuzsuz Diyet Uygulama Durumları

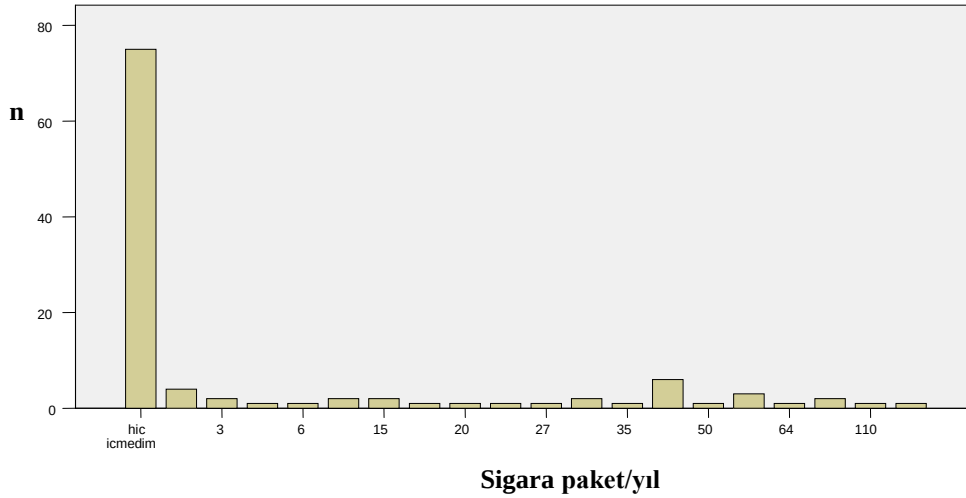
	Düzenli Egzersiz n (%)	Tuzsuz Diyet n (%)
Evet	24 (22,0)	54 (49,5)
Hayır	85 (78,0)	55 (50,5)
Toplam	109 (100)	109 (100,0)

Hastalar alkol alışkanlıkları bakımından incelendiğinde % 94,5' inin (n=103) hiç alkol kullanmadığı saptandı (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların Alkol Alışkanlıkları

Alkol Kullanımı	n	%
Hiç içmiyorum	103	94,5
Sosyal içiciyim	5	4,6
Kadın için 1, erkek için 2 içki	1	0,9
Toplam	109	100,0

Sigara alışkanlıkları bakımından değerlendirilen hastaların % 68,8' inin (n=75) hiç sigara kullanmadığı saptandı. Sigara alışkanlığı olan hastaların ise ortalama $11,4 \pm 23,107$ paket/yıl sigara kullanım öykülerinin olduğu tespit edilmiştir (Şekil 5).



Şekil 5. Hastaların Sigara Kullanım Öyküleri

Çalışma kapsamındaki hastaların iş ve ev yaşantısındaki stres durumları sorgulanmıştır. Herhangi bir işle meşgul olmayan ve iş yaşantısında stres yaşamadığını

ifade edenlerin % 87,2 (n=95) ile en yüksek oranda olduğu tespit edilirken hastaların % 28,4'ü evde yüksek düzeyde stres yaşadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 18).

Tablo 18. Hipertansiyon Hastalarının İş ve Ev Yaşantısındaki Stres Durumları

	İş Yaşantısında Stres n (%)	Ev Yaşantısında Stres n (%)
Hiç	95 (87,2)	15 (13,8)
Çok düşük	3 (2,8)	16 (14,7)
Orta	5 (4,6)	30 (27,5)
Yüksek	4 (3,7)	31 (28,4)
Çok yüksek	2 (1,8)	17 (15,6)
Toplam	109 (100,0)	109 (100,0)

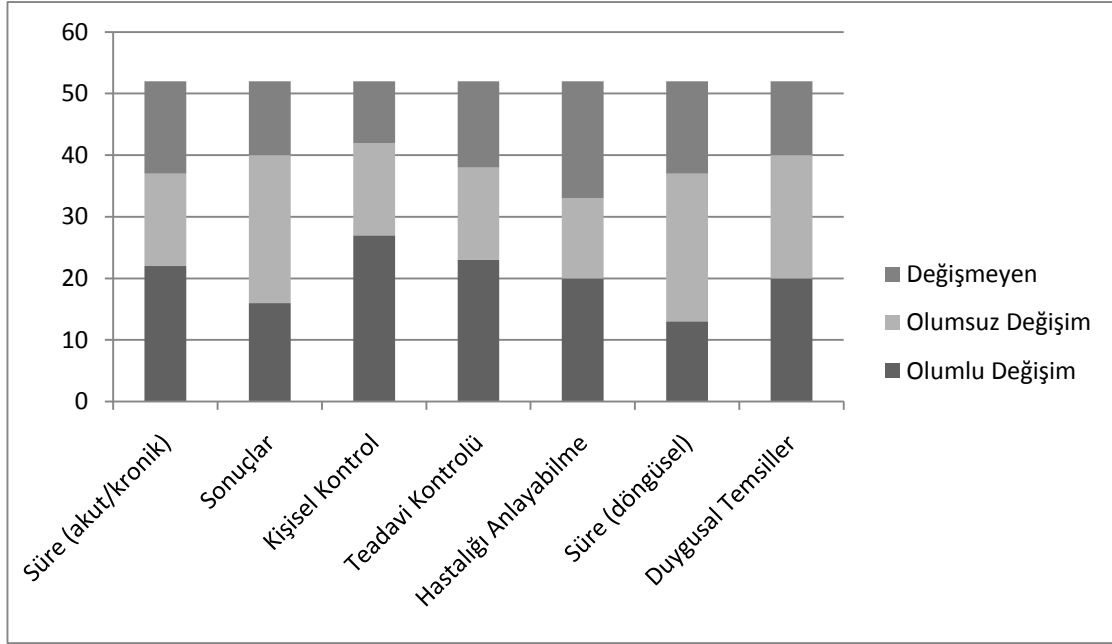
4.7. Hastaların Hastalık Algısının Değerlendirilmesi

Hastalar en çok (% 56,0, n=61) baş ağrısı belirtisini yaşadığını bildirdiler. Bunlardan 39'unun (% 63,9) bu belirtiyi HT'a bağladığı, sadece 1'inin (% 1,6) ise bu belirtiyi kullandığı ilaçlara bağlı gördüğü saptanmıştır. Hastalar ikinci sıklıkta uyuşma-karıncaalanma belirtisini yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bunlardan 7'si (% 12,7) bu belirtiyi HT ile ilişkilendirmiş fakat hiçbirisi bu belirtinin kullandığı ilaçlara bağlı olduğunu düşünmemiştir. Hastalar üçüncü sıklıkta ise hastalar libido kaybı yaşamış. Libido kaybı yaşayan 53 (% 48,6) hastadan sadece 3 hasta (% 5,7) bu belirtinin HT'dan kaynaklandığını düşünmüş ve sadece 1 hasta bu belirtinin kullandığı ilaçlara bağlı gelişebileceğini bildirmiştir (Tablo 19).

Tablo 19. Hipertansiyon Hastalarının Yaşadıkları Belirtiler

Belirtiler	Bu Belirtiyi Yaşadım			Bu Belirti Hastalığımla İlgili				Bu Belirti Aldığım İlaçla İlgili			
	Evet	Hayır	Toplam	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Toplam	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Toplam
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Ağrı	37 (33,9)	72 (66,1)	109 (100,0)	6 (16,3)	17 (45,9)	14 (37,8)	37 (100,0)	0 (0,0)	23 (62,2)	14 (37,8)	37 (100,0)
Boğazda Yanma	19 (17,4)	90 (82,6)	109 (100,0)	2 (10,6)	10 (52,6)	7 (36,8)	19 (100,0)	1 (5,3)	12 (63,2)	6 (31,5)	19 (100,0)
Bulantı	11 (10,1)	98 (89,9)	109 (100,0)	3 (27,3)	5 (45,4)	3 (27,3)	11 (100,0)	0 (0,0)	6 (54,5)	5 (45,5)	11 (100,0)
Soluk Almada Güçlük	31 (28,4)	78 (71,6)	109 (100,0)	5 (16,1)	18 (58,1)	8 (25,8)	31 (100,0)	2 (6,5)	20 (64,5)	9 (29,0)	31 (100,0)
Kilo Kaybı	8 (7,3)	101 (92,7)	109 (100,0)	0 (0,0)	3 (37,5)	5 (62,5)	8 (100,0)	1 (12,5)	3 (37,5)	4 (50,0)	8 (100,0)
Yorgunluk	36 (33,0)	73 (67,0)	109 (100,0)	8 (22,2)	13 (36,2)	15 (41,6)	36 (100,0)	0 (0,0)	19 (52,8)	17 (47,2)	36 (100,0)
Eklem Sertliği	26 (23,9)	83 (76,1)	109 (100,0)	2 (7,6)	12 (46,2)	12 (46,2)	26 (100,0)	0 (0,0)	19 (73,1)	7 (26,9)	26 (100,0)
Gözlerde Yanma	42 (38,5)	67 (61,5)	109 (100,0)	13 (31,0)	15 (35,7)	14 (33,3)	42 (100,0)	1 (2,4)	27 (64,3)	14 (33,3)	42 (100,0)
Hırıltılı Soluma	16 (14,7)	93 (85,3)	109 (100,0)	1 (6,3)	9 (56,2)	6 (37,5)	16 (100,0)	0 (0,0)	10 (62,5)	6 (37,5)	16 (100,0)
Baş Ağrıları	61 (56,0)	48 (44,0)	109 (100,0)	39 (63,9)	13 (21,3)	9 (14,8)	61 (100,0)	1 (1,6)	46 (75,5)	14 (22,9)	61 (100,0)
Mide Yakınmaları	35 (32,1)	74 (67,9)	109 (100,0)	2 (5,7)	24 (68,5)	9 (25,8)	35 (100,0)	5 (14,3)	20 (57,1)	10 (28,6)	35 (100,0)
Uyku Güçlükleri	42 (38,5)	67 (61,5)	109 (100,0)	2 (4,8)	28 (66,7)	12 (28,5)	42 (100,0)	0 (0,0)	28 (66,7)	14 (33,3)	42 (100,0)
Sersemlik Hissi	16 (14,7)	93 (85,3)	109 (100,0)	6 (37,6)	5 (31,2)	5 (31,2)	16 (100,0)	0 (0,0)	9 (56,2)	7 (43,8)	16 (100,0)
Güç Kaybı	27 (24,8)	82 (75,2)	109 (100,0)	7 (26,0)	11 (40,7)	9 (33,3)	27 (100,0)	0 (0,0)	17 (63,0)	10 (37,0)	27 (100,0)
Libido Kaybı	53 (48,6)	56 (51,4)	109 (100,0)	3 (5,7)	35 (66,0)	15 (28,3)	53 (100,0)	1 (1,9)	33 (62,3)	19 (35,8)	53 (100,0)
Erektile Disfonksiyon	16 (14,7)	22 (20,2)	109 (100,0)	2 (12,6)	7 (43,7)	7 (43,7)	16 (100,0)	1 (6,3)	6 (37,5)	9 (56,2)	16 (100,0)
Kızarma	7 (6,4)	102 (93,6)	109 (100,0)	1 (14,3)	4 (57,1)	2 (28,6)	7 (100,0)	0 (0,0)	5 (71,4)	2 (28,6)	7 (100,0)
Çarpıntı	35 (32,1)	74 (67,9)	109 (100,0)	9 (25,8)	13 (37,1)	13 (37,1)	35 (100,0)	3 (8,6)	20 (57,1)	12 (34,3)	35 (100,0)
Uyuşma karıncalanma	55 (50,5)	54 (49,5)	109 (100,0)	7 (12,7)	22 (40,0)	26 (47,3)	55 (100,0)	0 (0,0)	30 (54,5)	25 (45,5)	55 (100,0)

Grup görüşmesine katılmayan 52 hasta değerlendirildiğinde HAÖ'nin süre (döngüsel) alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,02$) bir kötüleşme olduğu sonucuna varılmıştır (Şekil 6). Diğer alt ölçeklerde anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0,05$).

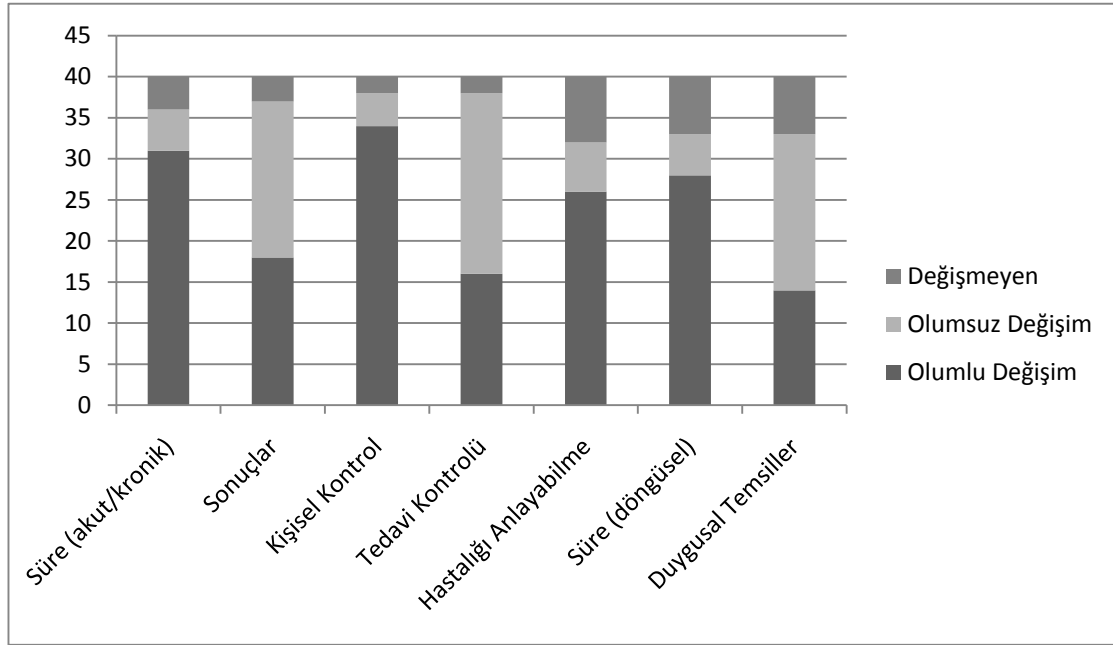


Şekil 6. Kontrol Grubunun Hastalık Algısı Alt Ölçeklerindeki Değişimi (Wilcoxon Signed Ranks Test)

Grup görüşmesine katılan 40 hastanın ise HAÖ'nin süre (akut/kronik) ($p<0,0001$), kişisel kontrol ($p<0,0001$), hastalığı anlayabilme ($p=0,001$) ve süre (döngüsel) ($p<0,0001$) alt ölçeklerinde anlamlı düzeyde pozitif değişim olduğu sonucuna varılmıştır (Şekil 7).

Hastaların sosyodemografik verilerinden yaş, HT süresi, eğitim durumu ve kullanılan antihipertansif ilaçların toplam sayısı ile HAÖ'nin 7 alt ölçeği arasındaki korelasyon ilk ve son ankette değerlendirildi.

İlk ankette HT süresinin, süre (akut/ kronik), sonuçlar ve duygusal temsiller alt ölçekleri ile korelasyon ($p=0,001$) gösterdiği izlenmiştir (Tablo 20).



Şekil 7. Grup Görüşmesine Katılan Hastaların Hastalık Algısının Alt Ölçeklerindeki Değişimi (Wilcoxon Signed Ranks Test)

Tablo 20: İlk Ankete Göre Sosyodemografik Veriler ve Alt Ölçeklerin Korelasyonu

		Yaş	Hipertansiyon Süre (yıl)	Eğitim Durumu	Toplam Kullanılan Antihipertansif Sayısı
Süre (akut/kronik)	r	0,03	0,60**	-0,08	0,17
	p	0,85	0,01	0,62	0,28
Süre (döngüsel)	r	-0,04	0,28	-0,08	-0,15
	p	0,79	0,07	0,62	0,33
Sonuçlar	r	-0,10	0,61**	-0,13	-0,06
	p	0,52	0,01	0,40	0,68
Kişisel Kontrol	r	-0,29	0,30	0,01	0,01
	p	0,06	0,05	0,94	0,96
Tedavi Kontrolü	r	-0,11	-0,22	0,23	-0,001
	p	0,48	0,15	0,14	0,97
Hastalığı Anlayabilme	r	-0,10	-0,02	0,24	0,05
	p	0,50	0,90	0,12	0,73
Duygusal Temsiller	r	-0,09	0,38*	-0,001	-0,28
	p	0,56	0,01	0,96	0,07

Pearson Korelasyon Katsayı (r)

** p < 0,01

* p < 0,05

Son ankete göre HT süresi arttıkça süre (akut/kronik) ($p=0,01$), sonuçlar ($p=0,01$), duygusal temsiller ($p=0,01$) alt ölçeklerinde de artış olduğu yani korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Bir diğer dikkat çekici nokta ise eğitim durumunun artmasının hastalığı anlayabilme ve kişisel kontrol alt ölçekleri ile belirgin korelasyon ($p=0,01$) göstermiş olmasıdır (Tablo 21).

Tablo 21: Son Ankete Göre Sosyodemografik Veriler ve Alt Ölçeklerin Korelasyonu

		Yaş	Hipertansiyon Süre (yıl)	Eğitim Durumu	Toplam Kullanılan Antihipertansif Sayısı
Süre (akut/kronik)	r	0,07	0,49**	0,01	0,14
	p	0,44	0,01	0,93	0,14
Süre (döngüsel)	r	0,01	0,10	-0,08	-0,06
	p	0,88	0,29	0,36	0,50
Sonuçlar	r	0,01	0,43**	-0,02	-0,03
	p	0,97	0,01	0,78	0,72
Kişisel Kontrol	r	-0,10	0,19	0,24**	0,08
	p	0,28	0,04	0,01	0,35
Tedavi Kontrolü	r	-0,04	-0,17	0,10	-0,12
	p	0,62	0,06	0,28	0,21
Hastalığı Anlayabilme	r	-0,12	-0,11	0,25**	0,04
	p	0,20	0,25	0,01	0,62
Duygusal Temsiller	r	0,01	0,24*	-0,05	-0,16
	p	0,92	0,01	0,60	0,08

Pearson Korelasyon Katsayı (r)

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

Hastaların % 82,6'sı ($n=90$) HT'un olası nedeninin stres ya da endişe olduğunu bildirmişlerdir. İkinci sıklıkta ise olası neden olarak diyet–yemek alışkanlıklarını (% 54,1, $n=59$) görmüşlerdir (Tablo 22).

Tablo 22. Hastalara Göre Hipertansiyonun Olası Nedenlerinin Dağılımı

Olası Nedenler	Kesinlikle Böyle Düşünmüyorum		Böyle Düşünmüyorum		Kararsızım		Böyle Düşünüyorum		Kesinlikle Böyle Düşünüyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stres yada Endişe	0	0	12	11,0	7	6,4	66	60,6	24	22
Kalıtsal (irisi)	13	11,9	41	37,6	9	8,3	33	30,3	13	11,9
Bir Mikrop yada Virüs	39	35,8	51	46,8	16	14,7	2	1,8	1	0,9
Diyet-yemek Alışkanlıkları	11	10,1	27	24,8	12	11,0	57	52,3	2	1,8
Şans yada Kötü Talih	32	29,4	49	45,0	6	5,5	21	19,3	1	0,9
Geçmişteki Kötü Tıbbi Bakım	36	33,0	57	52,3	4	3,7	12	11,0	0	0
Çevre Kirliliği	26	23,9	43	39,4	20	18,3	20	18,3	0	0
Kendi Davranışım	11	10,1	42	38,5	18	16,5	35	32,1	3	2,8
Benim Tutumum	10	9,2	44	40,4	11	10,1	41	37,6	3	2,8
Aile Problemleri	14	12,8	36	33,0	9	8,3	40	36,7	10	9,2
Aşırı Çalışma	24	22,0	44	40,4	8	7,3	31	28,4	2	1,8
Duygusal Durumum	10	9,2	40	36,7	11	10,1	44	40,4	4	3,7
Yaşlanma	24	22,0	36	33,0	17	15,6	29	26,6	3	2,8
Alkol	99	90,8	10	9,2	0	0	0	0	0	0
Sigara İçme	80	73,4	16	14,7	3	2,8	8	7,3	2	1,8
Kaza yada Yaralanma	35	32,1	65	59,6	7	6,4	1	0,9	1	0,9
Kişilik Özelliklerim	11	10,1	56	51,4	23	21,1	18	16,5	1	0,9
Vücut Direncimin Azalması	22	20,2	27	24,8	28	25,7	29	26,6	3	2,8

Çalışmaya katılan hastalara anketin sonunda HT'un olası nedeni olarak gördükleri en önemli ilk üç nedeni belirtmeleri istendi. Hastaların büyük çoğunluğu stres ya da endişeyi (% 57,8) en önemli birinci neden olarak belirttiler. En önemli neden olarak ikinci sıklıkta ise kalıtsal nedenlerin (% 12,8) belirtildiği saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Hastalığın Oluşmasında Etken Görülen En Önemli Nedenler

Olası Nedenler	1. Önemli Neden		2. Önemli Neden		3. Önemli Neden	
	n	%	n	%	n	%
Stres yada Endişe	63	57,8	21	19,3	2	1,8
Kalıtsal (irisi)	14	12,8	15	13,8	4	3,7
Diyet-yemek Alışkanlıkları	10	9,2	12	11,0	5	4,6
Çevre Kirliliği	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Şans yada Kötü Talih	0	0,0	2	1,8	0	0,0
Kendi Davranışım	1	0,9	3	2,8	4	3,7
Aile Problemleri	4	3,7	12	11,0	5	4,6
Aşırı Çalışma	2	1,8	5	4,6	3	2,8
Duygusal Durumum	1	0,9	3	2,8	2	1,8
Yaşlanma	6	5,5	3	2,8	1	0,9
Sigara İçme	1	0,9	2	1,8	2	1,8
Kişilik Özelliklerim	0	0,0	0	0,0	2	1,8
Vücut Direncimin Azalması	2	1,8	3	2,8	2	1,8
Belirtmeyen	5	4,6	28	25,7	76	69,7
Toplam	109	100,0	109	100,0	109	100,0

4.8. Hastaların Kan Basıncı Regülasyon Durumu

Grup görüşmesine katılanların KB regülasyonu ilk muayenede % 27,5 iken son muayenede %70,0 olarak tespit edilmiştir. Grup görüşmesine katılmayan hastaların KB regülasyonu ise ilk muayenede % 23,2 iken son muayenede % 31,9 olarak saptanmıştır (Tablo 24 ve Tablo 25).

Tüm hastalar değerlendirildiğinde ilk muayenede % 24,8 olan KB regülasyonu son muayenede % 45,9'a yükselmiştir. İlk ve son muayene analiz edildiğinde KB regülasyonuna grup görüşmelerinin etkisi anlamlı bulunmuştur.

Tablo 24. Grup Görüşmesine Katılan ve Katılmayan Hastaların İlk Muayenede Kan Basıncı Regülasyon Durumları

	Grup Görüşmesine Katılan		Grup Görüşmesine Katılmayan		Toplam	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺
Hipertansiyonu Regüle Olan	11	27,5	16	23,2	27	24,8
Hipertansiyonu Regüle Olmayan	29	72,5	53	76,8	82	75,2
Toplam	40	36,7^a	69	63,3^a	109	100,0^a

(Wilcoxon Signed Ranks Test, p < 0,0001)

⁺ Sütün Yüzdesi

^a Satır Yüzdesi

Tablo 25. Grup Görüşmesine Katılan ve Katılmayan Hastaların Son Muayenede Kan Basıncı Regülasyon Durumları

	Grup Görüşmesine Katılan		Grup Görüşmesine Katılmayan		Toplam	
	n	% ⁺	n	% ⁺	n	% ⁺
Hipertansiyonu Regüle Olan	28	70,0	22	31,9	50	45,9
Hipertansiyonu Regüle Olmayan	12	30,0	47	68,1	59	54,1
Toplam	40	36,7^a	69	63,3^a	109	100,0^a

(Wilcoxon Signed Ranks Test, p < 0,0001)

⁺ Sütün Yüzdesi

^a Satır Yüzdesi

İlk ankette KB regülasyon durumu ile HAÖ'nin alt ölçeklerinin puanlar ortalaması değerlendirildiğinde KB regüle olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. İlk Ankette Kan Basıncı Regülasyon Durumu İle Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Hastalık Algısı Alt Ölçekleri	Kan Basıncı Regülasyon Durumu	Alt Ölçekler Puan Ortalaması		
		n	Ortalama±SD*	p Değeri
Süre (akut/kronik)	Regüle Olmayan	82	22,00±5,89	0,376
	Regüle Olan	27	23,14±5,57	
Süre (döngüsel)	Regüle Olmayan	82	14,86±2,99	0,414
	Regüle Olan	27	14,29±3,51	
Sonuçlar	Regüle Olmayan	82	16,67±3,61	0,695
	Regüle Olan	27	16,37±2,84	
Kişisel Kontrol	Regüle Olmayan	82	22,51±3,91	0,746
	Regüle Olan	27	22,77±2,90	
Tedavi Kontrolü	Regüle Olmayan	82	18,83±2,61	0,440
	Regüle Olan	27	18,37±2,88	
Hastalığı Anlayabilme	Regüle Olmayan	82	15,46±4,98	0,681
	Regüle Olan	27	15,92±5,26	
Duygusal Temsiller	Regüle Olmayan	82	18,04±6,20	0,972
	Regüle Olan	27	18,00±6,15	

T-Test *SD=Standart Sapma

Son ankette KB regülasyon durumu ile HAÖ'nin alt ölçeklerinin puanlar ortalaması değerlendirildiğinde, kişisel kontrol ve hastalığı anlayabilme alt ölçeklerinde KB regüle olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır (Tablo 27).

Tablo 27. Son Ankette Kan Basıncı Regülasyon Durumu İle Hastalık Algısı Alt Ölçeklerinin Karşılaştırılması

Hastalık Algısı Alt Ölçekleri	Kan Basıncı Regülasyon Durumu	Alt Ölçekler Puan Ortalaması		
		n	Ortalama±SD*	p Değeri
Süre (akut/kronik)	Regüle Olmayan	42	24,04±5,90	0,356
	Regüle Olan	50	25,12±5,19	
Süre (döngüsel)	Regüle Olmayan	42	13,23±4,26	0,137
	Regüle Olan	50	11,90±4,25	
Sonuçlar	Regüle Olmayan	42	16,61±4,60	0,500
	Regüle Olan	50	17,24±4,18	
Kişisel Kontrol	Regüle Olmayan	42	23,90±3,21	0,006
	Regüle Olan	50	25,58±2,45	
Tedavi Kontrolü	Regüle Olmayan	42	18,66±2,42	0,243
	Regüle Olan	50	19,26±2,39	
Hastalığı Anlayabilme	Regüle Olmayan	42	16,14±5,74	0,036
	Regüle Olan	50	18,46±4,45	
Duygusal Temsiller	Regüle Olmayan	42	16,95±6,95	0,895
	Regüle Olan	50	16,76±6,93	

T-Test *SD=Standart Sapma

5. TARTIŞMA

HT hastalığının görülme sıklığında yaşla birlikte artış olduğu belirtilmektedir.¹³²⁻¹³⁴ HT, dünyada her yıl toplam nüfusun % 6'sının, bir başka deyişle yaklaşık 7,6 milyon kişinin ölümüne yol açmaktadır. Bu hastalığa bağlı gelişen etkiler daha çok düşük ve orta gelir düzeyi olan ülkelerde, 45–69 yaş grubunda görülmektedir.¹³⁵ HT'a bağlı etkilerin ortaya çıkma yaş aralığı dikkate alındığında çalışmamıza katılan hastaların büyük çoğunluğunun risk grubunda olduğu dikkati çekmektedir.

Dünyada 2000 yılında erişkin nüfusta HT prevalansı %26,4 olup, yaklaşık 972 milyon hipertansif hastanın olduğu ve çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte 2025 yılında prevalansın %29,2'ye ulaşacağı, toplam hasta sayısının yaklaşık % 60 artarak 1.56 milyar olacağı tahmin edilmektedir.²⁷

Ülkemizde de erişkin nüfusta HT yaygın olarak görülmektedir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) çalışmasında, 30 yaş üstü erişkinlerde HT prevalansı % 33,7 şeklinde bulunmuştur. Ayrıca kadın ve erkeklerin ortalama KB değerlerinde artış olduğu belirlenmiştir.¹³⁶ Türk HT Prevalans Çalışması (PatenT)'nin sonuçları, toplumda yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş HT prevalansının % 31,8 olduğunu ortaya koymuştur. HT sıklığı kadınlarda % 36,1, erkeklerde ise % 27,5 şeklinde tespit edilmiştir.

Aynı çalışmada, katılımcılardan % 32,2'sinin daha önce KB'nı hiç ölçtürmediği ve hipertansif hastalardan sadece % 40,7'sinin hastalığının farkında olduğu dikkati çekmiştir. Bu sonuca göre, ülke genelinde HT'ü olan her üç kişiden ikisinin hastalığının farkında olmadığı görülmektedir.²⁴

Bizim çalışmamız sınırlı sayıda hasta popülasyonu ile gerçekleştirildiğinden ve önceden HT tanısı almış hastalar ile yürütülen bir çalışma olduğundan hastalık prevalansı ve farkındalığı değerlendirilememiştir.

Pek çok çalışmada cinsiyetin HT varlığı, farkında olma oranı ve kontrol durumunu çeşitli yönlerde etkilemekte olduğu belirtilmiştir.¹³⁷⁻¹³⁹ PatenT çalışmasında ülkemizde HT prevalansının kadınlarda (% 36,1) erkeklerden (% 27,5) daha yüksek olduğunu göstermiştir.²⁴ Çalışma bulgumuzla uyumludur.

Frijling ve ark. yaptığı bir çalışmada, HT ve diyabet hastalarının eğitim düzeyi düşük olanlar başta olmak üzere sahip oldukları kardiyovasküler riskin oldukça az oranda farkında oldukları bildirilmiş ve hekimlerin koruyucu hekimlik adına daha fazla hastalarını bilgilendirmeleri gerektiği vurgulanmıştır.¹⁴⁰

Arpacı ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada KB kontrolü sağlanmış ve sağlanamamış hastaların eğitim ve gelir düzeyleri karşılaştırılmış, KB kontrol altında olmayanların eğitim düzeylerinin genellikle ilkokul ve ortaokul mezunu olduğu, KB kontrol altında olanların ise ağırlıklı olarak ortaokul ve lise mezunu olduğu saptanmıştır.¹⁴¹ Polikliniğimize başvuran hastaların düşük sosyokültürel düzeye sahip olması nedeniyle, HT hastalığı ile ilgili farkındalığı artırmak ve KB kontrolü sağlamak için koruyucu sağlık hizmetlerinin ve yeni tedavi stratejilerinin uygulanması konusunda üzerimize daha fazla görev düştüğü söylenebilir. Aile hekimliği ilkeleri doğrultusunda polikliniğe başvuran hastaların akut problemleri ile ilgilenirken hastada mevcut olabilecek kronik hastalıkları da irdelenmeli ve hastalar sosyokültürel ve varoluşsal boyutları ile birlikte değerlendirilmelidir.

PatenT çalışması sonucunda elde edilen (çalışmaya katılanların %32,2'sinin hiç KB'nı ölçtürmediği ve hipertansif hastalardan sadece % 40,7'sinin HT hastalığının farkında olduğu) veriler değerlendirildiğinde gerçekte hastaların daha uzun süreli HT hastalığının olabileceği ve HT'a bağlı gelişebilecek komplikasyonlar açısından daha büyük risk taşıdıkları düşünülebilir. HT'un sinsi bir başlangıç göstermesi ve uzun süre asemptomatik seyretmesi sonucunda yaşanan tanı güçlüğü hastaların periyodik sağlık muayenelerine katılımının sağlanması ile engellenebilir.

Kara ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada KB yüksekliğinde kullanılan yöntemler ile antihipertansif ilaçlarla ilgili bilgi alma ve ilaçların yan etkilerini bilme durumu arasındaki ilişki araştırılmış, antihipertansif ilaç alma % 48,1, geleneksel yöntemleri kullanma % 40,2, sadece tansiyon yükseldiği dönemlerde sublingual ilaç alma % 11,7 olarak bulunmuştur.¹⁴² Çalışmalar, HT tanısı konulan veya antihipertansif tedavi alan hastaların yarısından fazlasında (% 50–75) KB kontrolünün sağlanamadığını, yaklaşık üçte birinin tıbbi kontrollerine düzenli olarak devam etmediğini, en az yarısının tedaviye başlanan ilk yıl ilaçlarını almayı bıraktığını ve % 30-50'sinin önerilen tedavi programına

uyumsuz olduğunu ortaya koymuştur.^{143,144} Bu durum HT tanısı konmasındaki güçlükler ek olarak, tanı konuş hastaların dahi çok azının tedaviye uyum sağladığını ve düzenli kontrollere geldiğini göstermektedir.

Hipertansif hastalarda tedaviye uyumu etkileyen faktörlerden biri, hastalık ve tedavi hakkında bilgi eksikliğinin olmasıdır.^{145,146} Bu nedenle hastaların özellikle KB kontrolü ile ilişkili risklere yönelik farkındalığını ve bilgisini artırmak önem taşımaktadır.¹⁴³ Bununla birlikte etkin hasta eğitimi ve danışmanlığının sağlanabilmesi için hastaların KB' nı düşürmek amacıyla uyguladığı yöntemlerin bilinmesi gereklidir.¹⁴⁷ Polikliniğimize başvuran hastaların KB' nı kontrol altına alınabilmesi için ilaç uyumu sağlanarak uygun farmakolojik tedavi alması sağlanabilir. Hastaların bu konuda algılarını olumlu yönde etkilemeye yönelik eğitim programları ve yöntemler kullanılabilir.

Ogedegbe ve ark. Afrika kökenli Amerikalı hipertansif bireylerde ilaca uyumu değerlendirmek için İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeğini geliştirmiştir. Bu ölçek ile yapılan araştırmada ilaca uyum oranı yüksek olan bireylerde KB değerleri düşük bulunmuştur.¹⁴⁸

Connell ve ark. tarafından yapılan çalışmada hastaların KB yönetiminin; sağlık bilgisi, tedavinin etkinliği ile ilişkili inançlar, hastalıkla ilgili yaşanan deneyimler ve sosyokültürel özelliklerden etkilendiği ortaya konulmuştur. Ayrıca bazı hastaların önerilen tedavi programını değiştirdiği ve bitkisel ürünler kullandığı tespit edilmiştir.¹⁴⁹

Çalışma bulgularımıza göre, hastaların poliklinikleri daha çok ilaç yazdırmak için kullandığı sonucuna varılabilir. Ayrıca hastaların HT'un komplikasyonları ve bunu önlemek için düzenli olarak yaptırması gereken kontroller konusunda yeterince bilgi sahibi olmadıkları düşünülebilir.

Yine çalışma kapsamındaki HT hastalarından aile ve çevresinde HT'dan ölen ya da sakat kalan birisinin olmadığını bidirenlerin yüksek oranda bulunması (% 78,9) HT hastalarının hastalıkları ile ilgili olumsuz düşünceleri ve düşük farkındalıkları ile ilişkili olabilir.

PatenT çalışması ile ülke genelinde çalışmaya alınan tüm bireylerin ortalama sistolik KB 127,9±21,1 mmHg (erkeklerde 126,2±17,4 mmHg, kadınlarda 129,8±24,2 mmHg), ortalama diyastolik KB ise 81,4±12,7 mmHg (erkeklerde 80,8±11,0 mmHg, kadınlarda

82,0±14,3 mmHg) olarak hesaplanmış. Ortalama sistolik KB'nın her iki cinste yaşla birlikte artış gösterdiği ve 80 yaştan sonra azaldığı görülmüştür. Ortalama sistolik KB 18–29 yaş grubu hariç, kadınlarda tüm yaş gruplarında erkeklerden daha yüksek bulunmuştur ve aradaki fark 40 ile 79 yaşlar arasında anlamlı düzeyde bulunmuştur. ($p<0.001$). Ortalama diyastolik KB'da her iki cinste yaşla birlikte artış göstermekte ve 70 yaştan sonra azalma eğilimi göstermektedir.²⁴ Bulgularımızla karşılaştırıldığında HT hastalığının yaşla birlikte artması ve 70 yaşından sonra inişe geçmesi paralellik göstermesine karşın çalışmamızda erkeklerde daha yüksek KB değerleri elde edilmiştir.

Randomize kontrollü çalışmaların yakın zamanda yapılan bir meta-analizinde, dinamik aerobik dayanıklılık egzersizinin istirahat halindeki sistolik ve diyastolik KB'nı 3,0/2,4 mmHg ve gündüz ambulator KB'nı 3,3/3,5 mmHg azalttığı sonucuna varılmıştır. İstirahat sırasında KB'ndaki azalma, hipertansif grupta (–6,9/–4,9 mmHg) normotansif gruptakilere (–1,9/–1,6 mmHg) kıyasla daha belirgin olduğu sonucuna varılmıştır.¹⁰⁰ Dinamik aerobik dayanıklılık egzersizi tüm bireylerde KB'nı azaltmakla birlikte HT hastalarının sistolik ve diyastolik KB'da daha etkili azalma sağlamaktadır.

HT Önleme Faz II Çalışmasında (Trial of Hypertension Prevention Phase II), sodyum alımının 100 mmol/gün azaltılması (günde 6 gr tuz alımına eşdeğerdir) tek başına veya kilo kaybı ile birlikte HT'dan % 20 korunma sağladığı gösterilmiştir. TONE (The Trial of Nonpharmacologic Interventions in the Elderly) çalışması günlük tuz alımının ortalama 40 mmol/gün azaltılmasıyla antihipertansif ilaç ihtiyacında % 30'luk azalma olduğunu bildirilmiştir.⁹² Bulgumuza göre hastaların % 49,5'inin HT tanısı almasına rağmen tuz kısıtlı diyet uygulamamasının, düşük KB kontrolü ve KB kontrolünün sağlanabilmesi için çoklu antihipertansif ilaç kullanım ihtiyacıyla ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Paradoksal olarak, birkaç epidemiyolojik çalışmada, sigara içenler arasında KB düzeylerinin içmeyenlerdekiyle aynı veya daha düşük olduğu bulunmuştur.⁷⁸ Bununla birlikte, ambulator KB'nın izlendiği çalışmalarda, hem tedavi edilmeyen hipertansif hem de normotansif sigara içicilerinde, sigara içmeyenlere kıyasla daha yüksek günlük KB değerleri gösterilmiştir.^{79,80} Sigarayı bırakmanın, hipertansif hastalarda KV risklerin azaltılması ve antihipertansif tedaviyle daha iyi KB'ı kontrolü sağlanabilmesi için önerilebilecek en etkili yaşam tarzı değişikliği olması, HT hastalarının sigara

alışkanlıklarının sorgulanmasının ve hastalara sigarayı bırakma konusunda danışmanlık verilmesinin önemini göstermektedir.

Avustralya Ulusal Kalp Vakfı Uzman Çalışma Grubu'nun (Expert Working Group of the National Heart Foundation of Australia) yayınladığı güncel bir sistematik derlemede stresin tanımına değişik psikososyal faktörler eklenmiş ve onların koroner kalp hastalığı ve KB üzerindeki etkileri ayrı olarak analiz edilmiştir. Sonuç olarak koroner kalp hastalığı ve HT'un nedenleri ve prognozuyla depresyon, sosyal izolasyon ve sosyal destek kalitesinin azlığı arasında bağımsız bir nedensel ilişki olduğu hipotezini destekleyen yeterli kanıt olduğu sonucuna varmışlardır.¹⁰¹ Bu durum Aile Hekimliği'nin "sağlık sorunlarının fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal boyutları ile ele alınması" ilkesinin önemini ortaya koymaktadır.

Birinci basamak sağlık kuruluşuna 52 esansiyel hipertansif hasta ile yapılan bir çalışmada, hastalar ikişer haftalık aralıklarla takibe alınıp, ortalama KB, Beden Kitle İndeksi, kullanılan ilaçlar, fiziksel aktivite düzeyleri açısından değerlendirilmişlerdir. Daha sonra, HT ve sağlıklı yaşam biçimleri konusunda eğitilip, çalışmanın başlangıcı, birinci ve ikinci ay sonunda hedef KB değerlerine ulaşma yönünden değerlendirilmişlerdir. Başlangıçta tedavi almalarına rağmen, hedef KB değerlerine ulaşma oranı % 27 iken, birinci ve ikinci ayın sonunda bu oranların, sırasıyla, % 37 ve % 46' ya ulaştığı sonucuna varmışlardır.¹⁵⁰

Aynı hastalığa sahip olsa bile hastadan hastaya oldukça değişken şekilde rahatsızlığın ortaya çıkması, hastalıkların etkin tedavisinde yaşanan problem çeşitliliğini artırmaktadır. Son yıllarda sağlık psikologları bu problemleri anlamak ve cevap vermek için hastaların rahatsızlıklarına yönelik kendi ifadelerini ve modellerini oluşturduklarını göstermişlerdir.¹³ Araştırmacılar fiziksel semptomlar ile hastalık temsili arasında sıklıkla simetri olduğunu fark etmişlerdir.¹¹⁸ Hem hasta olma modeli hem de hastalık modelinin birlikte değerlendirildiği birey merkezli yaklaşım ile HT hastalarında daha etkin KB kontrolü sağlanabilir.

Birçok çalışma, hastalıkları hakkında negatif algı geliştiren hastalarda (örneğin durumlarıyla ilişkili bir çok semptom, daha ciddi sonuçlar, uzun zamansal inanışlar),

başlangıçtaki durumun tıbbi ciddiyetinden bağımsız olarak, gelecekteki yetersizlikleriyle ve daha yavaş iyileşmeleriyle ilişkili olduğunu göstermiştir.¹²⁷⁻¹²⁹

Yakın zaman içerisinde tanı konmuş 1000'nin üzerinde genel poliklinik hastasıyla yapılan çalışmada, güçlü hastalık kimliği, uzun zaman inanışları, hastalığın hissedilen ciddi sonuçları hakkında bilgi sahibi olmanın ilerdeki sağlık bakımı kullanımı ile ilişkili, önceki sağlık bakımı kullanımından ve doktorun sağlık probleminin ciddiyetini belirlemesinden ise bağımsız olduğu bulunmuştur.¹³⁰

2002 yılında yapılan bir çalışma ise kalp krizi geçiren ve standart bakım alan hastaların farklı algılarına yönelik uygulanan bilişsel ve davranışsal müdahaleleri karşılaştırılarak iyileşmenin gelişimi araştırmıştır. Müdahalenin hastaların hastanede kaldığı süre içerisinde hastalık inanışlarında belirgin pozitif değişikliklere neden olduğunu ve kontrol grubuna göre işe geri dönüşlerinin belirgin olarak daha erken olduğunu bulmuşlardır.¹³¹

Son 10 yıldaki artan kanıtlar, negatif hastalık görüşü olan hastaların daha kötü hastalık sonuçlarına sahip olacağını göstermiştir. Bu çalışmalarda hastanın hastalığa uyumunu artırmak için önemli fırsatlar sunmanın hastalık algısını olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmaktadır.^{120,125}

Bu sonuçlardan hastaların, hastalığın akut ya da kronik olması hakkındaki doğru inanışları ile hastalığın duygusal temsilleri ve sonuçları hakkında olumlu inanışlarının paralellik gösterdiği düşünülebilir. Ayrıca son anket verileri değerlendirildiğinde, eğitim durumu yüksekliğinin hastaların hastalık algılarını olumlu yönde etkilemeye yönelik uygulanan grup görüşmelerinden daha fazla faydalanmasını sağladığı sonucuna varılabilir.

Tayland'da HT tanılı kadınlar ile yapılan bir çalışmada hastaların hastalık algısı, sosyodemografik özellikleri ve ilaç alma davranışları değerlendirilmiştir. Eğitim düzeyi ile HT kontrolü arasında pozitif bağlantı olduğu gösterilmiştir. Hastalık algısının sonuçlar alt ölçeği ile hastalık kimliği ve süre (akut/kronik) alt ölçekleri arasında pozitif, hastalık kimliği ile tedavi kontrolü arasında negatif, ilaç alma davranışı ile süre (akut/kronik), tedavi kontrolü ve sosyal destek arasında pozitif ilişki olduğunu saptamışlardır.¹⁵¹

Beck ve ark. tarafından Colorado'da grup görüşmesine katılan ve kronik hastalığı olan 400 yaşlı hasta ile yapılan iki yıllık randomize klinik çalışmalarda, kontrol grubu ile

karşılaştırıldığında hastaneye yatışlarda % 39'dan % 27'ye düşüş olduğu saptanmıştır. Ayrıca hekim aranmasında azalma ile birlikte hemşire aranma sayılarında artış ve her bir hastanın acil servis ziyaretlerinde % 53'den % 35'e düşüş olmuştur. Aynı zamanda birinci basamak başvurularında azalma olduğu da tespit edilmiştir.¹¹³

İyi kontrol edilemeyen tip 2 diyabetli bir başka hasta grubunda, total kolesterol/HDL oranında % 32 azalma, HbA1C seviyesinde % 30 düşüş ve sağlık giderlerinde % 7 azalma olduğu görülmüştür.¹¹⁴

Randomize klinik çalışmalar, grup görüşmesi ile kaynak kullanımının azaldığı, hastalık spesifik standartların ve bakımın arttığı ve yüksek hasta memnuniyetinin sağlandığı ile ilgili klinik ve sistemik faydaları göstermiştir.^{112,113,115}

Çoğu uzun süreli HT tanılı hastalar düşük KB kontrolü altındadır ve yeni tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyar. Yeni bakım modellerinden grup görüşmesi, hastalıklarının yönetimine katılım gösteren hasta sayısının artması ile KB regülasyonunda iyileşmeye katkı sağlayabilir.¹¹⁶

Biz çalışmamızda grup görüşmelerini hastalık algısını olumlu yönde etkileyerek HT hastalarının KB' nı kontrol altına alabilmek için kullandık. Hastaların tedaviye katılımını ve özyönetimini teşvik ederek başarılı sonuçlar aldık. Bu bağlamda grup görüşmeleri diyabet, kalp yetmezliği, depresyon gibi diğer kronik hastalıklarda da uygulanabilir ve hastaların algılarını olumlu yönde etkileyerek maliyet etkin sonuçlar sunabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın dikkat çeken özelliklerinden birisi, hastalarımızın çoğunluğunun nispeten yeni tanı almış (< 6 yıl) ve ikli kombinasyon ilaç tedavisi kullanan hastalar olmalarıdır. Buna rağmen hastalarımızın çoğunlukla sadece ilaç yazdırmak için polikliniğe başvuruyor olmaları, hastalıklarının ciddiyeti hakkındaki farkındalıklarının düşük olduğu şeklinde yorumlanabilir. Düşük farkındalık düzeyi, kan basıncı regülasyonundaki düşük oranı da açıklayabilir. Toplumda en sık görülen kronik hastalıklardan biri olan hipertansiyon yönetiminde hastanın bilgilendirilmesinin ve sürekli takibinin önemi birkez daha anlaşılmaktadır.

- Polikliniğimizde olduğu gibi çoğu HT'lu hastalar kötü KB kontrolü altındadır ve yeni tedavi yöntemlerine ihtiyaç duyarlar. Yeni bakım modellerinden grup görüşmesi KB regülasyonunda iyileşmeye katkı sağlayabilir.
- Grup görüşmeleri özellikle hastaların yaşam tarzı değişikliklerine adaptasyonlarının sağlanması için uygulanabilir.
- Grup görüşmeleri HT hastalığı dışında diğer kronik hastalıklarda da hastaların hastalık algılarını olumlu yönde etkilemeye ve tedaviye uyumlarını artırmaya yönelik bir yöntem olarak kullanılabilir.
- Grup görüşmeleri HT, diyabet gibi kompleks hastalıklarda, hastaların öz-yönetimin artışının teşvik edilmesi ve grup üyelerinin birbirlerine sağladıkları destek ile sağlık eğitimi artırılması neticesinde hastaya ve sağlık sunucusuna avantaj sunabilir.
- Grup görüşmeleri, kronik hastalıklarda daha geniş kapsamlı olarak uygulandığında hastaların bakım standartlarını yükseltebilir, acil poliklinik başvuruları ve hastanede yatış süreleri kısaltılabilir, sonuçta ülke genelinde kronik hastalık yükünü ve kaynak kullanımını azaltarak maliyet etkin sonuçlar elde edilebilir.

7.KAYNAKLAR

1. **World Health Organization.** Erişim: <http://www.who.int/about/governance/en/>.
Erişim tarihi: 29.11.2009.
2. **Kocaman N, Özkan M, Armay Z, Özkan S.** Hastalık algısı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* **2007** ; 8:271-280.
3. **Brown GB, Byrne C et al.** The meaning of illness questionnaire: Reliability and validity, *Nursing Research*, **1988**. 37(6):368- 373.
4. **Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, et al.** Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J Psychosom Res* **1998**; 44:573-585.
5. **Marshall GN.** A multidimensional analysis of internal health locus of control beliefs: separating the wheat from the chaff? *J Pers Soc Psychol* **1991**; 61:483-490.
6. **Williams B, Healy D.** Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: explanatory model or exploratory map? *Soc Sci Med* **2001**; 53:465-476.
7. **Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, et al.** The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* **2004**; 57:557-564.
8. **Hampson SE, Glasgow RE, Zeiss AM.** Personal models of osteoarthritis and their relation to self management activities and quality of life. *J Behav Med* **1994**; 17:143-158.
9. **Jessop DC, Rutter DR.** Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychol Health* **2003**; 18:595-612.
10. **Llewellyn CD, Miners AH, Lee CA, Harrington C, Weinman J.** The illness perceptions and treatment beliefs of individuals with severe haemophilia and their role in adherence to home treatment. *Psychol Health* **2003**; 18:185-200.
11. **Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N, Buckley J.** Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: longitudinal study. *Br Med J* **1996**; 312:1191-1194.
12. **Buick DL.** Illness representations and breast cancer: Coping with radiation and chemotherapy. KJ Petrie, J Weinman (eds), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*, Amsterdam, Harwood Academic Pub., **1997**, p.379-409.
13. **Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R.** The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* **1996**; 11:431-445.
14. **Mili F, Helmick C, Zack M, Moriarty D.** Health related quality of life among adults reporting arthritis: analysis of data from the Behavioral Risk Factor Surveillance System, US, 1996-99. *J Rheumatol* **2003**;30:160-166.

15. **Haggerty C, Schulz R, Ness R.** Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* **2003**;102:934–939.
16. **Wehler M, Reulbach U, Nichterlein R, et al.** Health-related quality of life in chronic pancreatitis: a psychometric assessment. *Scand J Gastroenterol* **2003**;38:1083–1089.
17. **Cheng L, Cumber S, Dumas C, Winter R, Nguyen K, Nieman L.** Health related quality of life in pregeriatric patients with chronic diseases at urban, public supported clinics. *Health Qual Life Outcomes* **2003**;1:63.
18. **Wheelock C, Savageau JA, Silk H, Lee S.** Improving the health of diabetic patients through resident-initiated group visits. *Fam Med.* **2009** Feb;41(2):116–119.
19. **T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi.** Ulusal Hastalık Yüğü Ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Rapor. **2004**: 463-467 (Elektronik)
Erişim: http://www.toraks.org.tr/pdf/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf
Erişim Tarihi: 22.01.2010.
20. **Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al.** The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *JAMA.* **2003**;289:2560–2572.
21. **Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC.** Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA.* **2004**;291:335–342.
22. **Legorreta AP, Liu X, Zaher CA, et al.** Variation in managing asthma: experience at the medical group level in California. *Am j Manag Care.* **2000**;6:445–453.
23. **Young AS, Klap R, Sherbourne CD, et al.** The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* **2001**; 58:55–61.
24. **Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, et al,** and for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey) in 2003. *Journal of Hypertension* **2005**; 23(10):1817-1823.
25. **Kastarinen M, Antikainen R, Peltonen M, et al.** Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Finland during 1982-2007 *Journal of Hypertension* **2009**; 27(8): 1552-1559.
26. **Chockalingam A, Campbell NR, Fodor JG.** Worldwide epidemic of hypertension. *Can J Cardiol* **2006**;22(7):553-555.
27. **Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J.** Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet* **2005**;365:217-223.
28. **Krakoff LR.** Hipertansiyon geçmişi. Kozan Ö. *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama.* 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, **2009**; 3-14.
29. **Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration.** Effects of different blood-pressure-lowering regimens on major cardiovascular events: results of prospectively-designed overviews of randomised trials. *Lancet* **2003**;362:1527–1535.
30. **Verdecchia P, Reboldi G, Angeli F, et al.** Angiotensin-converting enzyme inhibitors and calcium channel blockers for coronary heart disease and stroke prevention. *Hypertension* **2005**; 46:386-392.

31. **Terpstra WF, May JF, Smit AJ, Graeff PA, Meyboom-de Jong B, Crijns HJ.** Effects of amlodipine and lisinopril on intima-media thickness in previously untreated, elderly hypertensive patients (the ELVERA trial). *J Hypertens* **2004**; 22:1309–1316.
32. **Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration.** Blood pressure dependent and independent effects of agents that inhibit the renin-angiotensin system. *J Hypertens* **2007**; 25:951–958.
33. **Kannel WB, Garrison RJ, Dannenberg AL.** Secular trends in blood pressure in normotensive persons: The Framingham Study. *Am Heart J* **1993**; 125:1154–1158.
34. **Dannenberg AL, Garrison RJ, Kannel WB.** Incidence of hypertension in the Framingham Study. *Am J Public Health* **1998**; 7:676–679.
35. **Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J.** Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. *J Hypertens* **2004**; 22:11–19.
36. **Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J.** Global burden of hypertension: Analysis of worldwide data. *Lancet* **2005**; 365:217–23.
37. **Erdine S.** How well is hypertension controlled in Europe. *J Hypertens* **2000**; 18:1348–9.
38. **Müller DN, Luft FC.** Direct renin inhibition with aliskiren in hypertension and target organ damage. *Clin J Am Soc Nephrol* **2006**; 1:221–228.
39. **Onat A, Sansoy V, Hergenç G, Soydan İ, Adalet K.** TEKHARF **2005** Sayfa:60–71.
40. **World Health Report 2002:** Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland: World Health Organization, **2002**.
41. **Mancia G, Grassi G.** Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflaması. Kozan Ö. *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, **2009**; 15–22.
42. **Guidelines Committee.** 2003 European Society of Hypertension/European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* **2003**; 21:1011–1053.
43. **Guidelines Committee.** 2007 European Society of Hypertension/European Society of Cardiology Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* **2007**; 25:1751–1762.
44. **Seedat YK** Malignant-accelerated hypertension. In: **Manica G, Chalmers J, Julius S, Saruta T, Weber M, Ferrari A, Wilkison I, eds.** *Manual of Hypertension*. London: Churchill Livingstone, **2002**; 623–634.
45. **Reaven GM, Lithell H, Landsberg L.** Hypertension and associated metabolic abnormalities. *New Engl J Med* **1996**; 334:374–381.
46. **Kannel WB.** Blood pressure as a cardiovascular risk factor. *J Am Med Assoc* **1996**; 275:1571–1576.
47. **Çağlı EK, Aras D.** Secondary Hypertension Diagnosis and Treatment. *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* **2009**; 2(4):31–40.

48. **Newhouse SJ, Huq SM, Arunachalam G, Caulfield MJ, Munroe PB.** Hipertansiyon Genetiği. **Kozan Ö.** *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, **2009**: 47-65.
49. **Pearse KA, Dasso P.** Cardiovascular Problems. **Paulman PM, Paulman AA, Harrison JD.** *Taylor's Manual of Family Medicine*, 3rd Ed, Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, a Walter Kluwer business, **2008**: 283-345.
50. **Macfadyen RJ.** Hipertansiyonda Kalp ve Kardiyak Hastalıkların Araştırılması. **Kozan Ö.** *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, **2009**: 229-254.
51. **Kannel WB.** Risk stratification in hypertension: new insights from the Framingham Study. *Am J Hypertens* **2000**;13(Suppl 1):S3–S10.
52. **Yap YG, Duong T, Bland JM, Malik M, Torp-Pederson C, Kober L, Connolly SJ, Gallagher MM, Camm AJ.** Prognostic value of blood pressure measured during hospitalization after acute myocardial infarction: an insight from survival trials. *J Hypertens* **2007**;25:307–313.
53. **Domanski MJ, Mitchell GF, Norman JE, Exner DV, Pitt B, Pfeffer MA.** Independent prognostic information provided by sphygmomanometrically determined pulse pressure and mean arterial pressure in patients with left ventricular dysfunction. *J Am Coll Cardiol* **1999**;33:951–958.
54. **Pepine CJ, Handberg EM, Cooper-DeHoff RM, Marks RG, Kowey P, Messerli FH, Mancina G, Cangiano JL, Garcia-Barreto D, Keltai M, Erdine S, Bristol HA, Kolb HR, Bakris GL, Cohen JD, Parmley WW. INVEST Investigators.** A calcium antagonist vs a non-calcium antagonist Hypertension treatment strategy for patients with coronary artery disease. The International Verapamil-Trandolapril Study (INVEST): a randomized controlled trial. *JAMA* **2003**;290:2805–2816.
55. **Hankey GJ.** Preventable stroke and stroke prevention. *J Thromb Haemost* **2005**;3:1638–1645.
56. **Amstrong WF, Back DS, Carey LM, Froelich J, Lowell M, Kazerooni E.** Clinical and Echocardiographic Findings in Patients with Suspected Acute Aortic Dissection. *Am Heart J* **1998**;136(6):1051-1060.
57. **Sinclair AM, Isles CG, Brown I, Cameron H, Murray GD, Robertson JW.** Secondary hypertension in a BP clinic. *Arch Intern Med* **1987**; 147:1289–1293.
58. **Mailloux LU, Haley WE.** Hypertension in the ESRD patient: pathophysiology, therapy, outcomes, and future directions. *Am J Kidney Dis* **1998**; 32:705–719.
59. **Klag MJ, Whelton PK, Randall BL, Neaton JD, Brancati FL, Ford CE, Shulman NB, Stamler J.** BP and end-stage renal disease in men. *N Engl J Med* **1996**; 334:13–18
60. **Mohammed Youshaudhin, George L. Bakris.** Hipertansiyon ve Böbrek. **Kozan Ö.** *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, **2009**: 255-268.
61. **Robinson TG.** Hipertansiyon ve Beyin. **Kozan Ö.** *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, **2009**: 269-283.
62. **Skoog I, Lernfelt B, Landahl S, Palmertz B, Andreasson LA, Nilsson L, Persson G, Oden A, Svanborg A.** 15-year longitudinal study of blood pressure dementia. *Lancet* **1996**;347:1141–1145.

63. **Van Dijk EJ, Breteler MM, Schmidt R, Berger K, Nilsson LG, Oudkerk M, Pajak A, Sans S, de Ridder M, Dufouil C, Fuhrer R, Giampaoli S, Launer LJ, Hofman A.** CASCADE Consortium The association between blood pressure, hypertension, and cerebral white matter lesions: cardiovascular determinants of dementia study. *Hypertension* **2004**;44: 625–630.
64. **Vermeer SE, Hollander M, van Dijk EJ, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MM.** Rotterdam Scan Study. Silent brain infarcts and white matter lesions increase stroke risk in the general population: the Rotterdam Scan Study. *Stroke* **2003**;34:1126–1129.
65. **Vermeer SE, Prins ND, den Heijer T, Hofman A, Koudstaal PJ, Breteler MM.** Silent brain infarcts and the risk of dementia and cognitive decline. *N Engl J Med* **2003**;348:1215–1222.
66. **Sierra C, de La Sierra A, Mercader J, Gomez-Angelats E, Urbano- Marquez A, Coca A.** Silent cerebral white matter lesions in middle-aged essential hypertensive patients. *J Hypertens* **2002**;20:519–524.
67. **World Health Organisation.** The World Health Report 2000. Geneva: World Health Organisation, **2000**.
68. **Rashid P, Leonardi-Bee J, Bath P.** Blood pressure reduction and secondary prevention of stroke and other vascular events. A systematic review. *Stroke* **2003**; 34:2741–2749.
69. **Farmer M, White L, Abbott R et al.** Blood pressure and cognitive performance. The Framingham study. *Am J Epidemi* **1987**; 126:1103–1114.
70. **Kumral K, Kumral E.** Hipertansif Ensefalopati: I, *Santral Sinir Sisteminin Damarsal Hastalıkları*. Ege Üniversitesi Basımevi, **1993**:433-436.
71. **Wagener HP, Clay GE, Gipner JF.** Classification of retinal lesions in the presence of vascular hypertension. *Trans Am Ophthalmol Soc* **1947**;43:55–73.
72. **Peck-Lin LİP.** Hipertansiyon ve Göz. **Kozan Ö.** *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, **2009**: 303-311.
73. **De Buyzere M, Clement DL.** Hipertansiyon ve Periferik Dolaşım. **Kozan Ö.** *Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama*. 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, **2009**: 285-301.
74. **Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook SW, Williams B, Ford GA.** Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomised controlled trials. *J Hypertens* **2006**;24:215–233. .
75. **Groppelli A, Giorgi DM, Omboni S, Parati G, Mancia G.** Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens* **1992**;10: 495–499.
76. **Grassi G, Seravalle G, Calhoun DA, Bolla GB, Giannattasio C, Marabini M, Del Bo A, Mancia G.** Mechanisms responsible for sympathetic activation by cigarette smoking in humans. *Circulation* **1994**;90:248–253.
77. **Narkiewicz K, van de Borne PJ, Hausberg M, Cooley RL, Winniford MD, Davison DE, Somers VK.** Cigarette smoking increases sympathetic outflow in humans. *Circulation* **1998**;98:528–534
78. **Seltzer CC.** Effect of smoking on blood pressure. *Am Heart J* **1974**;87: 558–564.

79. Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Zampi I, Battistelli M, Gattobigio R, Sacchi N, Porcellati C. Cigarette smoking, ambulatory blood pressure and cardiac hypertrophy in essential hypertension. *J Hypertens* **1995**;13:1209–1215.
80. Bang LE, Buttenschon L, Kristensen KS, Svendsen TL. Do we undertreat hypertensive smokers? A comparison between smoking and non-smoking hypertensives. *Blood Press Monit* **2000**;5:271–274.
81. Mundal R, Kjeldsen SE, Sandvik L, Erikssen G, Thaulow E, Erikssen J. Predictors of 7-year changes in exercise blood pressure: effects of smoking physical fitness pulmonary function. *J Hypertens* **1997**;15: 245–249.
82. Primatesta P, Falaschetti E, Gupta S, Marmot MG, Poulter NR. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England. *Hypertension* **2001**;37:187–193.
83. Omvik P. How smoking affects blood pressure. *Blood Press* **1996**;5: 71–77.
84. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *Br Med J* **1994**; 309:901–911.
85. Manson JE, Tosteson H, Ridker PM, Satterfield S, Hebert P, O'Connor GT, Buring JE, Hennekens CH. The primary prevention of myocardial infarction. *N Engl J Med* **1992**;326:1406–1416.
86. Wilson K, Gibson N, Willan A, Cook D. Effect of smoking cessation on mortality after myocardial infarction: meta-analysis of cohort studies. *Arch Intern Med* **2000**;160:939–944.
87. Tsevat J, Weinstein MC, Williams LW, Tosteson AN, Goldman L. Expected gains in life expectancy from various coronary heart disease risk factor modifications. *Circulation* **1991**;83:1194–1201.
88. Puddey IB, Beilin LJ, Rakie V. Alcohol, Hy pertension and the cardiovascularsystem: a critical appraisal. *Addiction Biol* **1997**;2:159–170.
89. Wannamethee SG, Shaper AG. Patterns of alcohol intake and risk of stroke in middle-aged British men. *Stroke* **1996**;27:1033–1039.
90. Cappuccio FP, Gomez GB. Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve İlaçsız Tedavi. **Kozan Ö. Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama.** 1. Baskı, İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd Şti, **2009**: 383-403.
91. Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Blood pressure response to changes in sodium and potassium intake: a metaregression analysis of randomised trials. *J Hum Hypertens* **2003**; 17: 471–480.
92. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH Jr, Kortis JB, Kumanyika S, Lacy CR, Johnson KC, Folmar S, Cutler JA. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). *TONE Collaborative Research Group. JAMA* **1998**; 279: 839–846.
93. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, Obarzanek E, Conlin PR, Miller ER 3rd, Simons-Morton DG, Karanja N, Lin PH. DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* **2001**;344:3–10.

94. **Appel LJ, Moore TJ, Obarzenek E, Volmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, Bray GA, Vogt TM, Cutler JA, Windhauser MM, Lin PH, Karanja N.** A clinical trial of the effects of dietary pattern on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *N Engl J Med* **1997**; 336:1117–1124.
95. **U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health,** NIH Publication No. 06-5834 December **2006**.
96. **Daniels SR, Kimball TR, Khoury P, Witt S, Morrison JA.** Correlates of the hemodynamic determinants of blood pressure. *Hypertension* **1996**;28:37–41.
97. **Stamler J.** Epidemiologic findings on body mass and blood pressure in adults. *Ann Epidemiol* **1991**;1:347–362.
98. **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**;42:878–884. .
99. **Joint National Committee.** The sixth report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Arch Intern Med* **1997**; 157:2413–2446.
100. **Cornelissen VA, Fagard RH.** Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertension* **2005**;46:667–675.
101. **Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, Hickie IB, Hunt D, Jelinek VM, Oldenburg BF, Peach HG, Ruth D, Tennant CC, Tonkin AM.** “Stress” and coronary heart disease psychosocial risk factors. *Med J Aust* **2003**; 178:272–276.
102. **Van Montfrans GA, Karemaker JM, Wieling W, Dunning AJ.** Relaxation therapy and continuous ambulatory blood pressure in mild hypertension: a controlled study. *BMJ* **1990**; 300:1368–1372.
103. **Pran E, Amir M, Yaniv N.** Evaluating the response of mild hypertensives to biofeedback-assisted relaxation using a mental stress test. *J Behav Ther Exp Psychiatry* **1996**;27:157–167.
104. **Ramsay L, Williams B, Johnston G, MacGregor G, Poston L, Potter J, Poulter N, Russell G.** Guidelines for management of hypertension: report of the third working party of the British hypertension society. *J Hum Hypertens* **1999**; 13:569–592.
105. **Lowell JR.** On a certain condescension in foreigners. In: **Matthews B, ed.** *The Oxford Book Of American Essays*, New York: Oxford University Press; **1914**.
106. **Scott JC, Beck A, Williams P, et al.** A randomized trial of group outpatient visits for clinically ill order HMO members: The cooperative health care clinic. *J Am Geriatr Soc.* **1997**; 45:543–549.
107. **Houck S, Kilo C, Scott JC.** Group visits 101. *Fam Pract Manage.* May **2003**:66–68.
108. **Wellington M.** Stanford health partners: rationale and early experiences in establishing physician group visits and chronic disease self-management workshops. *J Ambul Care Manag* **2001**;24:10–16.
109. **Lorig KR, Holman HR.** Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* **2003**;26:1–7.
110. **Wheelock C., Savageau JA, Silk H, Lee S.** Improving the Health of Diabetic Patients Through Resident-initiated Group Visits. *Fam Med* **2009**;41(2):116–119.

111. **Jaber R, Braksmajer A, Trilling JS.** Group visits: a qualitative review of current research. *J Am Board Fam Med* **2006**;19:276–290.
112. **Scott JC, Conner DA, Venhor I, et al.** Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: A 2-year randomized trial of the cooperative health care clinic. *J Am Geriatr Soc* **2004**; 52:1463–1470.
113. **Beck, A., Scott, J., & Williams, P, et al.** A randomized trial of group outpatient visits for chronically ill older HMO members: the Cooperative Health Care Clinic. *J Am Geriatr Soc* **1997**;45:543-549.
114. **Masley S, Sokoloff J, Hawes C.** Planning group visit for high-risk patients. *Fam Pract Manag* **2000**; 33–37.
115. **Clancy DE, Cope DW, Magruder KM, Huang P, Salter KH, Fields AW.** Evaluating group visits in an uninsured or inadequately insured patient population with uncontrolled type 2 diabetes. *Diabetes Educ* **2003**;29: 292-302.
116. **Mary K. Goldstein MD.** Group Visits to Improve Hypertension Management VA Palo Alto Health Care System HSR&D COE Palo Alto, CA Funding Period: April 2003 - August **2006**.
117. **Leventhal H, Meyer D, Nerenz D.** The common sense representation of illness danger. In: **Rachman S (ed).** *Contributions to medical psychology*, vol. 2. New York: Pergamon Press, **1980**:17-30.
118. **Leventhal H, Benyamani Y, Brownlee S et al.** Illness representations: theoretical foundations. In: **Petrie KJ, Weinman J (eds).** *Perceptions of health and illness*. Amsterdam: Harwood Academic **1997**:19–47.
119. **Weinman J, Yusuf G, Berks R, Rayner S, Petrie KJ.** How accurate is patients' anatomical knowledge and is it condition specific? *BMC Family Practice* **2009**; 10–43.
120. **Petrie KJ, Weinman J.** Why illness perceptions matter. *Clin Med* **2006**; 6:536–539.
121. **Petrie KJ, Wessely S.** Modern worries, new technology, and medicine. *BMJ* **2002**;324:690–691.
122. **Weinman J, Petrie KJ, Sharpe N, Walker S.** Causal attributions in patients and spouses following a heart attack and subsequent lifestyle changes. *Br J Health Psychol* **2000**; 5:263–273.
123. **Armay Z, Özkan M, Kocaman N, Özkan S.** Hastalık Algısı Ölçeği'nin Kanser Hastalarında Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri* **2007**;10:192-200.
124. **Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ et al.** The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* **2002**;17:1–16.
125. **Donkin L, Ellis CJ, Powell R, et al.** Illness perceptions predict reassurance following negative exercise testing result. *Psychol Health* **2006**;21:421–430.
126. **Marteau TM, Weinman J.** Self-regulation and the behavioural response to DNA risk information: a theoretical analysis and framework for future research. *Soc Sci Med* **2006**;62:1360–1368.
127. **Botha-Scheepers S, Riyazi N, Kroon HM, et al.** Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis Cartilage* **2006** (in press).

128. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, et al. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol* **2000**; 142:899-907.
129. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman JA, et al. Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* **1999**; 26:1686-1693.
130. Frostholm L, Fink P, Christensen KS, et al. The patients' illness perceptions and the use of primary health care. *Psychosom Med* **2005**; 67:997-1005.
131. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med* **2002**; 64:580-586.
132. Önal EA, Tümerdem Y. Yaşlılıkta hipertansiyon. *Geriatry* **2001**; 4 (4): 141-145.
133. Saounatsou M, Patsi O, Fasoi G, Stylianou M, Kavga A, Economou O, et al. The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. *Public Health Nurs* **2001**; 18(6): 436-42.
134. Dağlı N, Arıoğlu S. Geriatrik popülasyonda hipertansiyon tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi* **2004**; 35: 7-11.
135. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A. International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet* **2008**; 371(9623):1513-8.
136. Soydan İ. Hipertansiyon İle İlgili TEKHARF Çalışması Verileri ve Yorumları. Ed.: Onat A. TEKHARF: In: Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı: Halkımıza İlişkin Temel Veri Üretiminden Evrensel Tıbbi Katkıya. İstanbul. Argos Yayıncılık, **2005**, s. 60-71.
137. He J, Muntner P, Chen J et al. Factors Associated with hypertension control in the general population of the United States. *Arch Intern Med* **2002**;162:1051-1058.
138. Çöl M, Özyurda F. Park sağlık Ocağı Bölgesinde 40 yaş üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı. *Ank Üniv Tıp Fak Mecm* **1992**;5:247-262.
139. Plasencia A, Ostfeld AM, Gruber SB. Effects of sex on differences in awareness, treatment, and control of high blood pressure. *Am J Prev Med* **1988**;4:315-326.
140. Frijling BD, Lobo CM, Keus IM, Jenks KM, Akkermans RP, Hulscher ME, et al. Perceptions of cardiovascular risk among patients with hypertension or diabetes. *Patient Educ Couns* **2004**;52(1):47-53.
141. Arpacı M, Kardeşoğlu E, Yiğiner Ö, Özmen N, Cingözbayı BY, Cebeci BS. Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin karşılaştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* **2008**; 7(4):333-338.
142. Kara B, Uzun Ş, Yokuşoğlu M, Uzun M. The effect of medicine knowledge on the methods applied for lowering blood pressure in patients with hypertension. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* **2009**; 8(3):231-238.
143. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Hill MN. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. *J Gen Intern Med* **2005**; 20(3): 219-225.

144. **Rose LE, Kim MT, Dennison CR, Hill MN.** The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *J Adv Nur* **2000**; 32(3): 587-94.
145. **Bailey BJ, Carney SL, Gillies AH, McColm LM, Smith AJ, Taylor M.** Hypertension treatment compliance: what do patients want to know about their medication? *Prog Cardiovasc Nurs* **1997**; 12(4): 23-8.
146. **Ünalın PC, Çifçili S, Uzuner A, Akman M.** Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. *Türk Aile Hek Derg* **2005**; 9(4):153-158.
147. **Baybuğa MS, Bulut H, Kapucu S.** Hipertansiyon tanısı alan bireylerin kan basıncını düşürmeye yönelik uyguladıkları yöntemler. *Sağlık ve Toplum* **2005**; 15(4):73-77.
148. **Ogedegbe G, Mancus CA, Allegrante JP, Charlson ME.** Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol* **2003**; 56:520-529.
149. **Connell P, McKevitt C, Wolfe C.** Strategies to manage hypertension: a qualitative study with black Caribbean patients. *Br J Gen Pract* **2005**; 55:357-361.
150. **Gögen S, Özdemir Y.** Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Hipertansif Hastaların Takibi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* **2005**; 4(1):8-15.
151. **Leelacharas S.** Illness representations in Thai women diagnosed with hypertension and relationships to medication-taking behavior University of Michigan, **2005**, 201 pages; 3192702 Erişim: <http://gradworks.umi.com/31/92/3192702.html> Erişim tarihi: 22.01.2010.

8.EKLER

8.1. EK-I. Hasta Bilgi Formu

1. Adı Soyadı (hasta protokol no):

2. Doğum tarihi:

3. Cinsiyeti: 1) Kadın 2) Erkek

4. Medeni durumu: 1-Evli 2- Bekar 3-Boşanmış 4-Eşi vefat etmiş

5. Öğrenim durumu: 1-Okur-yazar değil 4-Ortaokul mezunu

2-Okur-yazar

5-Lise mezunu

3-İlkokul mezunu

6-Üniversite mezunu

6. Sosyal güvence

1-Var

2- Yok

7. Meslek

8. Kaç yıldır hipertansiyon tanısı ile takip edildiğiyılay

9. Kullandığı antihipertansifler ve dozları

1-

2-

3-

4-

10.Kullandığı diğer ilaçlar ve dozları

1-

2-

3-

4-

11. Hipertansiyon hastalığı nedeniyle yılda kaç kez bir hekime kontrole gidiyor?

12. Bunlardan kaçısı sadece ilaç yazdırmak için?

13. Ailesinde ya da yakın çevresinde hipertansiyon nedeniyle ölen veya sakat kalan var mı?

14. Sürekli ilaç kullanmak zorunda olduğunuz bir hastalığınız var mı?

1-Hayır

2-Evet.....

Kaç yıldır?.....

3-Evet.....

Kaç yıldır?.....

4-Evet.....

Kaç yıldır?.....

15. Bakımınızdan sorumlu olan kişi ya da kişiler kimler?

1- Kendisi

2- Aile üyesi (yakınlığı)

3- Bakıcı

16. Hipertansiyon için ilaç raporunuz var mı?

1-Evet

2- Hayır

17. KB: sağ kol:..... sol kol:..... Dominant kol

1. ölçüm

2. ölçüm

3. ölçüm

18. Günlük aktiviteleri dışında düzenli egzersiz (haftada en az 3 gün ve en az 30 dk.)

1-Evet

2- Hayır

19. Alkol

1- Hiç içmiyorum

2- Sosyal içiciyim

3- Kadın için 1 erkek için 2 içki (1 içki = 1 kadeh şarap = 1 şişe bira (33cc) = ½ tek rakı =1 şat)

4- Daha fazlası

20. Sigara

1-Hiç içmedim

2-İçtim bıraktım

a) 100' den az

b) 100' den fazla

3- Halen içiyorumpaket/yıl

21. Tuzsuz yemeye dikkat ediyor musunuz? Evet Hayır

22. İş yaşantınızdaki stres düzeyiniz için kaç puan verirsiniz?(1.en düşük 5.en yüksek).....

23. Ev yaşantınızdaki stres düzeyiniz için kaç puan verirsiniz?(1.en düşük 5.en yüksek).....

8.2. EK-2. Hastalık Algısı Ölçeği

İsim:

Tarih:

TANSİYON HASTALIGINIZ HAKKINDA SİZİN GÖRÜŞLERİNİZ

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

	Hastalığının başlangıcından bu yana bu belirtiyi yaşadım		Bu belirti hastalığımla ilgili			Bu belirti aldığım ilaçla ilgili		
Ağrı	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Boğazda yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Bulantı	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Soluk almada güçlük	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Kilo kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Yorgunluk	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Eklem sertliği	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Gözlerde yanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Hırıltılı soluma	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Baş ağrıları	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Mide yakınmaları	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Uyku güçlükleri	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Sersemlik hissi	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Güç kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Libido kaybı	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Erektile Disfonksiyon	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Kızarma	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum

Çarpıntı	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum
Uyuşma karıncalanma	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Bilmiyorum	Evet	Hayır	Bilmiyorum

—Yüksek kan basıncı veya ilaçla ilişkili başka bir belirti düşünüyorsanız lütfen aşağıdaki tabloya yazınız.

—Belirtilerinizin yüksek kan basıncı ya da kullandığınız ilaçla ilgili olup olmadığına evet, hayır veya bilmiyorum yanıtlarından birini seçerek cevaplayınız.

Belirti		Bu belirti hastalığımla ilgili				Bu belirti aldığım ilaçla ilgili		
		Evet	Hayır	Bilmiyorum		Evet	Hayır	Bilmiyorum
		Evet	Hayır	Bilmiyorum		Evet	Hayır	Bilmiyorum
		Evet	Hayır	Bilmiyorum		Evet	Hayır	Bilmiyorum

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

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

HASTALIK HAKKINDAKİ GÖRÜŞLER	1	2	3	4	5
1. Tansiyon hastalığım kısa sürecek					
2. Tansiyon hastalığım muhtemelen geçici olmaktan çok kalıcı					
3. Tansiyon hastalığım uzun sürecek					
4. Tansiyon hastalığım çabuk geçecek					
5. Yaşamımın geri kalan süresini tansiyon hastalığı ile geçireceğimi düşünüyorum					
6. Ciddi bir hastalığım var					
7. Tansiyon hastalığımın yaşamımın üzerinde ciddi etkileri var					
8. Tansiyon hastalığım yaşamımı çok fazla etkilemiyor					
9. Tansiyon hastalığım diğer insanların bana bakış açılarını ciddi olarak etkiliyor					
10. Tansiyon hastalığımın ciddi maddi sonuçları var					
11. Tansiyon hastalığım yakınlarıma da zorluk yaratıyor					
12. Belirtilerimi kontrol etmek için yapabileceğim çok şey var					
13. Yaptığım şeyler tansiyon hastalığımın iyiye ya da kötüye gidişinde belirleyici olabilir					
14. Tansiyon hastalığımın seyri bana bağlı					
15. Yaptığım hiçbir şey tansiyon hastalığımı etkileyemez					
16. Tansiyon hastalığımı etkileyebilme gücüm var					
17. Yaptıklarım tansiyon hastalığımın sonucunu etkilemeyecek					
18. Tansiyon hastalığım zamanla iyileşecek					
19. Tansiyon hastalığımın iyileşmesi için yapılabilecek çok az şey var					
20. Tedavim hipertansiyon hastalığımın iyileşmesinde etkili olacak					
21. Tansiyon hastalığımın olumsuz etkileri tedavim ile ortadan kalkabilir					
22. Tedavim hastalığımı kontrol edebilir					

23. Benim durumuma hiçbir şey yardım edemez
24. Tansiyon hastalığının belirtileri beni şaşırtıyor
25. Tansiyon hastalığım bana anlamsız geliyor
26. Tansiyon hastalığımı anlamıyorum
27. Tansiyon hastalığıma hiçbir anlam veremiyorum
28. Tansiyon hastalığımı gayet net anlayabiliyorum
29. Tansiyon hastalığının belirtileri güden güne farklılık gösteriyor
30. Tansiyon hastalığının belirtileri bazen var bezen yok
31. Tansiyon hastalığım önceden bilinemez (öngörülemmez)
32. Tansiyon hastalığının daha iyi olduğu ve daha kötü olduğu dönemleri oluyor
33. Tansiyon hastalığımı düşündüğüm zaman çökkün oluyorum
34. Tansiyon hastalığımı düşündüğüm zaman üzgün oluyorum
35. Tansiyon hastalığım beni öfkeli yapıyor
36. Tansiyon hastalığım beni endişelendirmiyor
37. Tansiyon hastalığı beni kaygılandırıyor
38. Tansiyon hastalığım beni korkutuyor

TANSİYON HASTALIGIMIN NEDENLERİ

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

1. Kesinlikle böyle düşünmüyorum
2. Böyle düşünmüyorum
3. Kararsızım

4. Böyle düşünüyorum
5. Kesinlikle böyle düşünüyorum

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

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

Bana göre en önemli

nedenler:

- 1.
- 2.
- 3.

Armay, Z.. (2006). Reliability and Validity Study of the Turkish version of Illness Perception Questionnaire-R. Istanbul University, Institute of Health Science, Preventive Oncology Department, Unpublished Masters Thesis. Istanbul.

Contact: zeyneparmay@psikiyatriktip.com

Tel: +902122740444

Fax: +902122740444

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Orhan Acehan

Doğum Tarih ve Yeri : 1981, Adana

Medeni : Evli

Adres :Toros mah. 84 SK. Akgül 6 s. Kat:7 no:14
Çukurova/ Adana

Telefon : 0322-2335654/05054547652

E. posta : orhanacehan@mynet.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi

Mezuniyet Derecesi :

Görev Yerleri : 2004–2006 Kahramanmaraş-Afşin 112
2006-2009 Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği
A.D

Dernek Üyelikleri : Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Mezunlar
Derneği

Yabancı Dil : İngilizce