

Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi *

Yasemin GÜN, Medet KORKMAZ

Özet

Giriş: Hipertansiyon, Dünya Sağlık Örgütüne göre dünyadaki her sekiz ölümden birinin sorumlusu olup en öldürücü üçüncü hastalıktır. Amaç: Bu çalışma, hipertansiyon tanısı almış hastaların yaşam kalitesi, tedavi uyumları ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma Isparta Uluborlu İlçe Devlet Hastanesinde Ekim 2011, Ocak 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini tedavi ya da kontrol için başvuran ve çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 165 gönüllü birey oluşturmuştur. Veri toplama araçları olarak, “Sosyo-Demografik Özellikler Formu”, “Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanması için etik kurul izni dâhil gerekli izinlerin tümü alınmıştır. **Bulgular:** Bulgularımıza göre orta öğretim grubu, beslenme açısından okur-yazar ve ilköğretim gruplarından daha uyumsuzdur. İlginç bir şekilde en düşük beslenme uyumu yüksek öğretim grubuna aittir. Fazla kilolu, 1. ve 2. derece obez olan grupların total uyum düzeylerinin birbirlerinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmış ancak, 3. derece obez grubun uyum düzeyinin diğer grupların hepsinden daha düşük olduğu saptanmıştır. SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon skorlarının tamamı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). **Sonuç:** Sonuç olarak hastaların sadece %15,8’inin tedaviye tam uyumlu olduğu, tedaviye uyumda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumun yanı sıra yaşam kalitelerinin etkili olduğu belirlenmiştir. Hipertansif hastaların tedavi ve bakımında bu faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. **Anahtar Sözcükler:** Hipertansiyon, Tedavi uyumu, Yaşam kalitesi Treatment adaptation and Quality of life of hypertensive patients

Treatment adaptation and Quality of life of hypertensive patients

Abstract

Background: Hypertension is responsible for one of every eight deaths, and it is third most deadly disease of the world according to the World Health Organization. **Objectives:** This study was made as a descriptive type in order to examine the quality of life of patients who diagnosed with hypertension, compliance with treatment, and the factors affecting it. **Methods:** Research was made at Uluborlu Town Hospital between October 2011 to January 2012. Sample of the research are 165 voluntary individuals who applied to a policlinic for treatment or control and also meets the criteria for participating in the study. Data collection tools used in this study is; Socio-demographic form, Hill Bone Hypertension Treatment Compliance Scale (HBHTCS) and SF-36 Quality of Life Scale. All of necessary permits included ethics committee approval for the implementation of research was taken. **Results:** According to our findings secondary education group are incompatible than literacy and primary education groups in terms of nutrition. Interestingly, the lowest dietary compliance belongs to a group of higher education. Overweight, first and secondary obese patients’ compliance levels are gradually higher than each other but compliance level of third degree obese group were lower than all other groups. All of the SF-36 scores such as physical functioning, role-power physical function, pain, general health, vitality and social functioning scores were higher in men compared to women. **Conclusion:** As a result, it was determined that only 15.8% of patients is fully compliant with treatment, age, gender, education level, marital status, as well as the quality of life to be effective in adaptation to the treatment. These factors should be considered in the treatment and care of hypertensive patients.

Key Words: Hypertension, Adaptation of treatment, Quality of life.

Geliş tarihi: 10.02.2013

Kabul tarihi: 10.04.2014

Kardiyovasküler hastalıklar tüm dünyada yüksek oranda morbitide ve mortaliteye yol açan hastalıklardır (Macedo ve ark., 2005; Yıldız ve Küçükazman, 2008). Hipertansiyon, Dünya Sağlık Örgütü’ (DSÖ) ne göre dünyadaki her sekiz ölümden birisinin ve erişkin ölümlerin %6’sının sorumlusu olup en öldürücü üçüncü hastalıktır. Bu oranlar gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında benzerdir. Ölüm nedenleri arasında önemli bir rolü olan hipertansiyon, büyük ölçüde önlenabilir bir risk faktörüdür (Hacıhasanoğlu, 2009; Yıldız ve Küçükazman, 2008). DSÖ, dünyada yaklaşık bir milyar kişide hipertansiyon olduğunu ve her yıl hipertansiyona bağlı 7 milyon ölüm görüldüğünü bildirmektedir. Dünyada 2000 yılı itibarıyla erişkin nüfusun %26’sında hipertansiyon olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29’a çıkacağı hesaplanmaktadır (Whitword, 2003).

Amerika Bileşik Devletlerinde (ABD) yaklaşık 50 milyon hipertansiyon hastası vardır (Chobanian ve ark., 2003). Ülkemizde ise erişkin nüfusta hipertansiyon prevalansı ortalama %30, 50 yaş ve üzeri nüfusta ise %45-50’dir (Arisoy, 2003). Türk hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından gerçekleştirilen Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması verilerine göre, ülkemizde her üç kişiden birinde hipertansiyon olduğu belirlenmiştir (Önal ve Tümerdem, 2001). Özellikle yaşın artmasıyla birlikte hipertansiyon prevalansının da arttığı bildirilmektedir

(Arıcı ve ark., 2008; Chobanian ve ark., 2003; Kearney, Welton, Reynolds ve Whelton, 2004; Whelton ve Muntner, 2004).

İnme, konjestif kalp yetmezliği, miyokard infarktüsü, periferik vasküler hastalık ve son dönem böbrek yetmezliği gibi kardiyovasküler hastalıklar için hipertansiyon en yaygın bilinen düzeltilebilir risk faktörüdür. Kan basıncının kontrolü bu olumsuz sonuçların önlenmesi için çok önemlidir. Ancak hipertansiyon çoğunlukla asemptomatiktir. Bu yüzden çoğu hipertansiyonlu hasta bir doktora muayene olmaz (Murray ve Lopez, 1997; Ong, Cheung, Man, Lau ve Lam, 2007). Hipertansiyon tedavisinde en önemli sorun, hipertansiyonu olan kişilerin tedaviye uyum gösterememeleridir. Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk önemli bir sorundur. DSÖ, hipertansiyon tanısı almış hastaların yarısının tanıdan sonraki bir yıl içerisinde hipertansiyon ile ilgili hizmet almayı bıraktığını; tıbbi izlemi sürdürenlerin ise yalnızca yarısının reçete edilen ilaçları aldığını bildirilmektedir (Arıcı, 2002; Hacıhasanoğlu, 2009; Okan, 2010).*

* Bu araştırma makalesi, 3-7 Ekim 2012 tarihinde Belek/Antalya’da yapılan 14. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi’nde poster bildirisi olarak sunulmuştur. Çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından desteklenmiştir.

Hipertansiyon “sessiz katil” olarak adlandırılmaktadır, çünkü diğer birçok tıbbi durumun aksine kan basıncı yüksek olan hastalar yıllarca asemptomatik kalır ve aniden miyokart enfarktüsü ya da inme gibi ciddi yan etkiler ile karşılaşır. Klinisyenler, asemptomatik hastaları hipertansiyonun kabul edilen uzun dönem sonuçları hakkında eğitmek, olası yan etkilere karşı düzenli ilaç tedavilerini yapmaları konusunda motive etmek ve önemli uzun dönem maliyetlerini azalmak için mücadele etmektedirler. Çok sayıda araştırmacı, sistemik arteriyel hipertansiyonu olan hastaların yaşam kalitesi ile ilgili çalışmalar yürütmektedir. Yaşam kalitesinin evrensel olarak kabul edilen bir tanımını yapmanın zor olduğu göz önünde bulundurularak günümüzde hipertansiyon hastalarının yaşam kalitelerini ölçmek üzere geliştirilmiş altın standart denilebilecek bir ölçek bulunmadığı belirtilmektedir (Stein ve ark., 2002).

Pek çok epidemiyolojik araştırma, hipertansiyon tedavisi ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelerken, toplum tabanlı çalışmalarda hipertansiyonu olanların yaşam kalitelerinin normal toplum popülasyonuna göre daha düşük düzeylerde olduğu ortaya konmuştur. Bunun yanında hipertansiyon ile birliktelik gösterebilen yandaş hastalık (Diyabetes mellitus, kalp yetmezliği, astım, inme, v.b.) varlığının da sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini önemli derecede etkilediği de gösterilmiştir (Göçgeldi ve ark., 2008). Bu çalışmada özellikle kadınların ve eğitim düzeyi düşük olan bireylerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu bulunmuştur.

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. “Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi (SYK)” ise bir birey ve grubun bedensel ve ruhsal sağlık algısıdır ve bir bütün olarak yaşam kalitesi ve onun belirleyicilerinin gerek bedensel, gerekse ruhsal sağlığı etkilediği açıkça gösterilmiş olan yönlerini içerir. Esas olarak kişinin sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerden etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Göçgeldi ve ark. 2008). SF-36 ve onun kısaltılmış modeli olan SF-12'nin dünya çapında kronik hastalıklarda yaşam kalitesini ölçmek için en yaygın kullanılan ölçekler olduğu belirtilmektedir (Trevisol ve ark., 2011). Bu nedenle bu çalışmada hastaların yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesinde SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kullanıldı.

Uyum, hastanın davranışının; ilaçlarını kullanmak, diyeti uygulamak veya diğer yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirmek anlamında klinik önerilerle uyuma boyutudur. Uyumsuzluk ise, ilaç tedavisine bağlı kalmamak, reçetesini yazdırmamak veya programına koymamakla başlayabilir. Uyumsuzlukla ilgili hastalar ya iyi takip edilmediklerinden, ya da iyi anlatılıp öğretilmediğinden tedaviyi doğru alamazlar, kendilerini iyi veya aksine kötü hissettiklerinden ilaç almanın yararına inanmazlar, yeterli dozda almayı unuturlar, ya da bilinçli olarak ilaçlarını almazlar. Ayrıca, kontrollere düzenli gitmemek, sigara içmek, fiziki aktivite yetersizliği, fazla kalori alımı, yağ ve sodyumdan zengin diyet gibi sağlıksız alışkanlıkları sürdürmek uyumsuzluğun yaygın ve önemli şekilleridir (Hacıhasanoğlu, 2009).

Amerika'da “Ulusal Yüksek Kan Basıncı Eğitim Programları” sayesinde hedeflenen kan basıncına ulaşıldığı

ve hipertansif hastaların kan basınçlarının düştüğü, bunun bir sonucu olarak hipertansiyon prevalansının, inmelerin ve koroner kalp hastalıklarının azaldığı bildirilmiştir (Jones, 2002).

Hacıhasanoğlu ve Gözüm, Türkiye de ve dünyada etkin kan basıncı yönetimini etkileyen en önemli faktörün hasta uyumu olduğunu belirtmiş, hasta eğitimi ve ev gözlemi yaptıkları girişimsel çalışmada tedavi uyumu, hipertansiyon yönetimi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve beden kitle indeksinde önemli ve olumlu gelişmeler sağlanmışlardır (Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2011).

İlaç tedavisine uyumu artırmada hasta ve ailesinin eğitimi önemlidir. Ancak eğitim dışındaki diğer girişimlerin de faydalı olduğu görülmüştür (Elliott, 2003). Tedavide uyumu artırmanın en iyi yollarından biri, tedavi stratejilerine ilişkin kararlara hastanın da katılmasıdır. Ayrıca hastalar düzenli olarak kan basınçlarını izlemeleri konusunda cesaretlendirilmeli, hastalara ve ailelerine hastalık hakkında eğitim verilmeli, hastanın her kontrole geldiğinde ilaç tedavisi ve non-farmakolojik tedavisi değerlendirilmeli, sağlık bakım profesyonelleri tarafından özellikle tedavinin ilk 3 ayı aşkın bir sürede telefonla görüşülerek hastayı uyum konusunda cesaretlendirmelidir. DSÖ raporuna göre; iyi eğitilmiş hemşireler ve yaşam biçimi değişikliklerinin uygulanmasında deneyimli sağlık elemanlarının tedaviye uyumun artırılmasına büyük katkı da bulunacakları beklenmektedir (Hacıhasanoğlu, 2009).

Araştırma Sorusu

Hipertansiyon yönetiminde başarılı olmak, düzenli kan basıncı kontrolünü, ilaç tedavisine uyumu ve uygun yaşam tarzı değişikliklerini gerektirmektedir. Tedaviye uyumun artması ile hipertansiyonun kontrol altına alınması, hastalık ile ilişkili semptomların yaşanmasını azaltarak yaşam kalitesini artırabilir. Bu çalışmada, “Hipertansiyon hastalarında tedavi uyumu ile yaşam kalitesi arasında bir ilişki var mıdır? Sorusuna yanıt aranmıştır. Çalışmada ayrıca hem tedavi uyumunun hem de yaşam kalitesinin bazı sosyodemografik özelliklere bağlı olarak değişim gösterip göstermediği de incelenmiştir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Çalışma Isparta ili Uluborlu ilçe devlet hastanesinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Isparta Uluborlu ilçe devlet hastanesine tedavi ya da kontrol için Ekim 2011, Ocak 2012 tarihleri arasında başvuran ve hipertansiyon tanısı alan hastalar evreni oluşturmaktadır. Çalışmaya kabul edilme kriterleri, fiziksel ve bilişsel açıdan veri toplama formlarını cevaplamaya uygun olmak, gönüllülük, iletişim sorunu olmamak, 18 yaşından büyük olmak ve en az 6 ay önce esansiyel hipertansiyon tanısı almış olmaktır. Örnekleme seçiminde herhangi bir seçim yöntemi kullanılmamış, belirtilen süre içerisinde ulaşılabilen ve kabul kriterlerini karşılayan bütün hastalar çalışmaya alınmıştır. Çalışma yapılan bölgenin küçük bir yerleşim yeri olması nedeniyle aynı hastaların tekraren gelmeye başlamaları üzerine veri toplama aşaması sonlandırılmış, böylece 165 birey örnekleme oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından oluşturulan “Sosyo Demografik Özellikler Veri Toplama Formu”, “Hill-Bone

Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği” ve “SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği” formları kullanılarak toplanmıştır. Formlar yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Hastaların kan basınçları, en az yarım saat dinlenmiş, oturur pozisyonda, sağ kolu desteklenerek sfigmomanometrik olarak kalibresi yapılmış ANEROİD tansiyon aleti ile ölçülmüştür. Sistolik kan basıncı (SKB) birinci Korotkoff fazına denk gelen ses esnasındaki ve diyastolik kan basıncı (DKB) beşinci Korotkoff fazına denk gelen ses esnasındaki değerler olarak kaydedilmiştir. Korotkoff seslerinin tanımlanması ve kan basıncı ölçümlerine oskültasyonun eklenmesi 1905 yılında olmuştur (Akgül, 2008; Booth, 1977).

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

Kim, Hill ve Levine tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik güvenilirliği Karademir ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yapılmıştır (Kim et al., 2000; Karademir ve ark., 2009). Ölçeğin total puanı dışında görüşme, medikal ve beslenme alt boyutları vardır. Ölçek 4’lü likert tipi 14 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar (0) “Hiçbir zaman”, (1) “Bazen”, (2) “Çoğu zaman” ve (3) “Her zaman” seçeneklerini içermektedir. Ölçeğin 6. sorusu hariç olmak üzere diğer maddelerinin tümü olumsuz soru şeklindedir. Altıncı soru ters kodlanarak, değerlendirmede total puan için tüm soruların, medikal alt boyutu için 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. soruların, beslenme alt boyutu için 3, 4 ve 5. soruların, görüşme alt boyutu için ise 6, 7 ve 8. soruların toplamı alınır. Ölçek total puanı madde sayısı ile bağlantılı olarak 0 ile 42 arasında değişir. Ölçeğin total, medikal, beslenme ve görüşme alt boyutu uyum puanlarının yorumlanması ile ilgili olarak puanlara bakılır; eğer birey tüm sorulara en olumlu yanıtları vererek toplamda “0” puan almış ise tam uyumlu olarak değerlendirilir. Sıfırdan farklı puanlar ise uyumsuzluğun düzeyini yansıtır. Sorular olumsuz soru şeklinde olduğu için puan yükseldikçe uyum azalır (Kim et al., 2000; Karademir ve ark., 2009). Karademir ve arkadaşları tarafından (2009) ölçeğin bütünü için 0.83 olarak belirtilen Cronbach alfa değeri, bu çalışmada 0,741 olarak bulunmuş, ülkemizde randevu sistemi henüz yeterli olmadığı için, görüşme alt boyutu değerlendirme dışında bırakılarak medikal, beslenme ve total uyum değerlendirilmiştir.

SF-36 Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği

Yaşam kalitesi ölçekleri içinde jenerik ölçek özelliğine sahip ve geniş açılı ölçüm sağlayan Kısa Form 36; Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Ware, 1992). Yaşam kalitesini değerlendirmede geçerli ve oldukça sık kullanılan bir ölçek olan SF 36’nın Türkçe geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçek fiziksel fonksiyon, fiziksel rol kısıtlılıkları, sosyal fonksiyon, ağrı, mental sağlık, emosyonel rol kısıtlılıkları, vitalite ve sağlığın genel olarak algılanmasına yönelik sekiz alt boyuttan oluşmuştur. Ölçeğin her alt boyutu için ayrı ayrı puanlar elde etmek olanaklıdır. Alt boyut puanları 0-100 arasında değişmektedir. Puanlar pozitif yönelimlidir. Artan puan yaşam kalitesinde iyiliği göstermektedir. Koçyiğit ve

arkadaşlarının yaptığı güvenilirlik çalışmasında ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları ayrı ayrı hesaplanmış ve 0.7324-0.7612 arasında olduğu saptanarak Türkçe için güvenilir ve geçerli olduğu, kronik fiziksel hasta gruplarında kullanılabilirliği belirtilmiştir (Koçyiğit, 1999). Bu çalışmada her alt boyut için yeniden değerlendirilen Cronbach alfa değerlerinin 0,604 ile 0,972 arasında değiştiği saptanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Hastaların bireysel hastalık özellikleri bağımsız değişken, Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları bağımlı değişken olarak değerlendirilmiştir. Kan basıncı ölçümünde EHS/ECS 2007 kılavuzundaki kan basıncı değerleri dikkate alınmış, hastaların beden kitle indeksi hesaplanmış ve BKİ ile ilgili olarak DSÖ’nün sınıflandırması göz önünde bulundurulmuştur. İstatistiksel analizler için Statistical Package for social Sciences (SPSS) 17.0 programından yararlanılmıştır. Değerlendirmede Hill–Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ile ilgili veriler normal dağılım göstermediği için nonparametrik testler (Kruskall Wallis ve Mann Whitney U) ve ayrıca Spearman Korelasyon analizi yapılmıştır. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeğinin skorları normal dağılım gösterdiği için parametrik testler olan One-way ANOVA analizi, bağımsız gruplarda T testi ve Spearman ve Pearson Korelasyon analizleri uygulanmış, bağımsız değişkenler arasında ki-kare analizi, ortalama, standart sapma ve yüzdelerin hesaplanması işlemleri yapılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın küçük bir bölgede ve ilçe sınırları içerisinde yapılması, sonuçlarının genele uyarlanmasını güçleştirmektedir. Veri toplama sürecinde hastalara sadece poliklinikte ulaşıldığı için kan basınçları yalnızca bir kez ölçülmüştür. Ayrıca çalışma kapsamına alınan hastaların bir kısmının başka kronik hastalıkları da bulunduğundan sonuçların etkilenme ihtimali bulunmaktadır. Hasta uyumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi inceleyen ileriki çalışmalarda bu durumlar göz önünde bulundurulabilir.

Araştırmanın Etik Yönü

Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulundan izin alınmıştır. Isparta İl Sağlık Müdürlüğü’nden, araştırmaya alınma kriterlerine uygun hastalara çalışmanın amacı açıklanarak kendilerinden ve araştırmada kullanılan ölçek sahiplerinden mail yoluyla yazılı izinleri alınmıştır.

Bulgular

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması 65.21±11.77 olup örneklemimizin %28. 5’ini 61-70 yaş arası hastalar oluşturmaktadır. Hastaların çoğunun (%63.6) kadın, %70.9’ nun evli, %64.8 inin okuryazar- ilköğretim mezunu, %98.8’ nin bir sosyal güvenceye sahip ve %33.3 nün emekli olduğu görülmektedir. Araştırmamıza katılan hastalarının %54.5’inde hipertansiyondan başka hastalıkların var olduğu saptanmıştır (tablo 1).

Tablo 1. Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler		n	%	Hastalık Özellikleri		n	%
Yaş	50 ≤	17	10.3	Diğer Hastalıklar	Hastalık yok	20	12.1
	51-60	43	26.1		DM	46	27.9
	61-70	47	28.5		KKH	29	17.6
	71-80	40	24.2		Hipertroidi	15	9.1
	81 ≥	18	10.9		Hiperlipidemi	35	21.1
Toplam		165	100.0	Akciğer Hast.	10	6.1	
Cinsiyet	Kadın	105	63.6	Diğer Hast.	10	6.1	
	Erkek	60	36.4	Toplam	165	100.0	
	Toplam	165	100.0	1 yıldan az	14	8.5	
Medeni Durum	Evli	117	70.9	1- 5 yıl	49	29.6	
	Bekâr	48	29.1	6-10 yıl	47	28.5	
	Toplam	165	100.0	11-20 yıl	45	27.3	
Eğitim Durumu	Okuma Yazma Yok	20	12.1	20 yıl üzeri	10	6.1	
	Okur Yazar- İlköğretim	107	64.8	Toplam	165	100.0	
	Ortaöğretim	26	15.8	Optimal	70	42.5	
	Yükseköğretim	12	7.3	Normal	36	21.8	
	Toplam	165	100.0	Yüksek normal	5	3.0	
Sosyal Güvence	Var	163	98.8	Kan Basıncı	1. evre HT	24	14.5
	Yok	2	1.2		2. evre HT	7	4.3
	Toplam	165	100.0		3. evre HT	8	4.8
Meslek	Memur	9	5.5		İzole sistolik HT	15	9.1
	Serbest Meslek	8	4.8		Toplam	165	100.0
	Ev Hanımı	92	55.7				
	Emekli	55	33.3				
	Diğer	1	0.6				
	Toplam	165	100.0				

Hastaların %29.7'sinin 1-5 yıl, %28.5'inin 6-10 yıl ve %27.3'ünün 11-20 yıldır hipertansiyon hastası oldukları, %42'sinin kan basıncının optimum, %22'sinin normal düzeyde, %9'unun izole sistolik hipertansif olduğu belirlenmiştir (tablo 1).

Tablo 2. Hill-Bone HT^a Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.

Sosyo-Demografik Özellikler		^b HBHTUÖ Skorları					
		Beslenme Skoru		Medikal Skoru		Total Skoru	
		\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd
Beden Kitle İndeksi	Zayıf (n: 1)	3.0	-	6.0	-	9.0	-
	Normal (n: 31)	1.4	1.6	3.2	4.7	4.5	4.8
	Fazla Kilolu (n: 62)	1.7	1.7	3.5	3.5	5.2	4.3
	1. Derece Obez (n: 52)	1.8	2.2	2.5	3.5	4.3	4.7
	2. Derece Obez (n: 12)	0.8	1.2	1.3	1.9	2.0	2.9
	3. Derece Obez (n: 7)	1.9	2.3	6.4	9.4	8.3	11.0
	^c Ki-kare - p		4.60-0.47		11.07-0.05		11.44- 0.04
Cinsiyet	Kadın (n: 105)	1.36	1.76	2.67	3.34	4.03	3.87
	Erkek (n: 60)	2.00	1.94	3.88	5.10	5.88	6.22
	U-p	2549.50-0.03		2727.50-0.15		2573.50-0.05	
Eğitim Durumu	Okuma yazma yok (n: 20)	1.9	2.4	2.6	2.0	4.5	3.7
	Okuryazar-İlköğretim (n: 107)	1.3	1.7	3.3	4.8	4.6	5.6
	Orta öğretim (n: 26)	2.2	1.9	3.2	3.0	5.4	3.5
	Yüksek öğretim (n:12)	2.8	1.1	1.8	1.6	4.7	2.4
	^c Ki-kare - p		17.70	0.00	1.33	0.72	5.00
Medeni Durumu	Evli (n:117)	1.72	1.86	3.52	4.55	5.24	5.36
	Bekâr (n:48)	1.27	1.80	2.12	2.43	3.39	3.33
	U-p	2383.50-0.11		2345.00-0.09		2213.50-0.03	
Kan Basıncı	Optimal (n: 70)	1.4	1.6	2.1	3.4	3.5	4.0
	Normal (n: 36)	1.7	1.9	2.8	2.5	4.5	3.1
	Yüksek Normal (n: 5)	0.4	0.9	4.6	3.8	5.0	3.7
	1. Evre HT (n: 24)	1.9	2.2	3.4	3.3	5.3	3.8
	2. Evre HT (n: 7)	1.0	1.8	3.4	2.4	4.4	3.2
	3. Evre HT (n: 8)	2.4	1.9	5.5	6.5	7.9	8.0
	İzole Sistolik HT (n: 15)	2.1	2.1	6.2	7.6	8.3	9.3
	^c Ki-kare - p		8.25-0.22		17.65-0.01		13.42-0.04

Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı	Arada Sırada (n: 81)	1.8	2.1	3.4	4.6	5.2	5.8
	Her gün (n: 10)	2.6	2.5	2.5	2.8	5.1	3.6
	Doktora Gidince (n: 13)	1.3	1.4	1.9	2.8	3.2	3.2
	Kötü Hissedince (n: 9)	0.0	0.0	3.8	6.8	3.8	6.8
	Haftada Bir (n: 38)	1.4	1.4	2.4	2.7	3.8	3.3
	Ayda bir (n: 14)	1.8	1.6	4.4	3.5	6.1	3.7
	^c Ki-kare - p	14.16-0.01		6.62-0.25		8.76-0.12	
Hipertansiyon Süresi	1 Yıl ve Altı (n: 14)	1.3	1.7	2.9	3.5	4.1	3.5
	1-5 yıl (n: 49)	1.9	1.9	4.6	5.5	6.5	6.7
	6-10 Yıl (n: 47)	1.3	1.5	2.2	2.6	3.5	3.1
	11-20 Yıl (n: 45)	1.8	2.3	3.0	3.9	4.8	4.5
	21 Yıl ve üzeri (n: 10)	0.7	1.1	1.3	1.6	2.0	2.4
	^c Ki-kare -p	4.99-0.29		10.30-0.04		10.94-0.03	
Total ve alt boyut skorlarının birbirleri, beden kitle indeksi ve yaş ile ilişkisi.							
Spearman Rho	Total Uyum Skoru	Beslenme Uyum Skoru		Medikal Uyum Skoru			
	^d r _s	p	r _s	p	r _s	p	
Beden Kitle İndeksi	-0.094	0.231	-0.016	0.840	-0.094	0.230	
Yaş	-0.048	0.539	-0.165	0.034	0.021	0.786	
Total Uyum Skoru	-	-	0.638	0.000	0.878	0.000	
Beslenme Uyum Skoru	-	-	-	-	0.254	0.001	

a. HT: Hipertansiyon, b. HBHTUÖ: Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği, c. Kruskal Wallis Testi Ki-Kare Değeri, d. Spearman rho değeri

Hill–Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinde hastaların uyumu tam uyumludan uyumsuzu doğru değişmekte, “0” puan alanlar tam uyumlu olarak değerlendirilmekte, skor yükseldikçe uyum düzeyi azalmaktadır.

Beslenme, medikal ve total alt boyut skorlarının yaş gruplarına ve kontrole gitme sıklığına; beslenme ve medikal alt boyut skorlarının beden kitle indeksi ve medeni duruma; total ve medikal alt boyut skorlarının cinsiyete ve eğitim durumuna; beslenme alt boyut skorlarının ise hipertansiyon süresine göre dağılımları arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (p>0.05) (tablo 2).

Hill–Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği total skorunun beden kitle indeksine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (X²: 11.441/p: 0.043). Değerler incelendiğinde fazla kilolu, 1. ve 2. derece obez olan grupların total uyum düzeylerinin birbirlerinden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra, 3. derece obez grubun uyum düzeyi diğer grupların hepsinden daha düşüktür (tablo 2).

Beslenme uyumu skorunun cinsiyete (U: 2549.50-p: 0.03) ve eğitim durumuna (X²: 17.70. p: 0.00) göre dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Okuma yazması olmayan grubun beslenme uyumu düzeyi okur-yazar olan gruptan daha düşüktür. Orta öğretim grubu beslenme açısından bu iki gruptan daha uyumsuzdur. İlginç bir şekilde en düşük beslenme uyumu yüksek öğretim grubuna aittir (Yüksek skor=yüksek uyumsuzluk). Erkeklerin beslenme uyumu düzeylerinin kadınlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (tablo 2).

Medeni duruma göre total uyum skorlarının dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır evli olanların total uyum düzeylerinin bekâr olanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (U: 2213.500, p: 0.032) (tablo 2).

Kan basıncı grubuna göre total (X²: 13.419 p: 0.037) ve medikal uyum (X²: 17.647 p: 0.007) skorlarının dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Sonuçlar farkın kaynağının kan basıncı optimal olan grup olduğunu ve bu grubun total ve medikal uyum düzeyinin diğer tüm gruplardan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek

olduğunu göstermektedir. Hill–Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin sadece beslenme alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasındaki farklar anlamlı (p<0.05) olup, kan basıncını “kendimi kötü hissedince ölçtürürüm” diyen grubun beslenme uyumu düzeylerinin diğer tüm gruplardan daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Tablo 2’de görüldüğü gibi bu grubun beslenme uyumu puan ortalaması sıfır olup, grup beslenme uyumu açısından “tam uyumlu” olarak değerlendirilmiştir (tablo 2).

Total ve medikal uyum skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımları (X²: 10.936 P: 0.027) arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Total uyum skorları; hipertansiyon süresi “1-5 yıl” olan grup ile “6-10 yıl” olan grup (p: 0.011 U: 808.000) ve “21 yıl ve üzeri” olan grup arasında (p: 0.007 U: 113.000), “11-20 yıl” olan grup ile “21 yıl ve üzeri” olan grup arasında (p: 0.043 U: 133.000) anlamlıdır. Hipertansiyon süresi 1-5 yıl olan grubun total uyum düzeyi, hipertansiyon süresi 1 yıl ve altı olan grup hariç olmak üzere, diğer gruplardan daha düşüktür. Ayrıca hipertansiyon süresi 11-20 yıl olan grubun total uyum düzeyi 21 yıl ve üzeri olan gruba göre daha düşük bulunmuştur (tablo 2).

Hipertansiyon süresine göre medikal uyum alt boyut skorları arasındaki farklar ile ilgili olarak yapılan ikili karşılaştırmalarda, hipertansiyon süresi “1-5 yıl” olan grup sırasıyla “21 yıl ve üzeri olan grup” (p: 0.015 U: 125.500) ve “6-10 yıl” olan grubun (U: 789.50 p: 0.007) medikal uyum skorları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Burada da hipertansiyon süresi 1-5 yıl olan grubun medikal uyum düzeyi “yüksek derecede uyumsuzluk” olarak yorumlanmıştır.

Hill–Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin total ve alt boyut skorlarının birbirleri, beden kitle indeksi ve yaş ile olan ilişkisi Spearman Korelasyon analizi ile değerlendirildi. Sonuçlara göre, yaş ile beslenme uyumu skoru arasında negatif anlamlı korelasyon bulunduğu saptandı (rs: -0.165; p: 0.034). Yaş arttıkça beslenme uyum skorunun azaldığı dolayısı ile uyum düzeyinin arttığı bulundu. Total uyum skoru ile beslenme ve medikal uyum skorları arasında pozitif yönlü anlamlı korelasyon bulunduğu saptandı (Sırasıyla: rs: -0.638, p: 0.000 - rs: -

0.878, p: 0.000). Total beslenme ve medikal uyum skorlarının birbirleri ile kuvvetli bir korelasyon içinde birlikte artıp azaldığı saptandı. Beden kitle indeksinin ise ölçek skorları ile anlamlı bir korelasyonu olmadığı saptandı (tablo 2).

SF-36 sosyal fonksiyon skorlarının yaş gruplarına göre dağılımı arasındaki farkın (F: 4.012 p: 0.004), 51-60 yaş grubunda, 71-80 ve 81 ve üzeri yaş grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, beden kitle indeksine göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark bulunmadığı saptanmıştır (p>0.05) (tablo 3).

SF-36 fiziksel fonksiyon (t:-3.466 p: 0.001), rol güç fiziksel fonksiyon (t: -2.726 p: 0.007), ağrı (t: -4.877 p: 0.000), genel sağlık (t: -2.453 p: 0.015), vitalite (t: -1.988, p: 0.049) ve sosyal fonksiyon (t: -2.879, p: 0.005) skorlarının cinsiyete göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlıdır. Skorların tamamı erkeklerde kadınlara göre daha yüksektir. Rol güç ve mental sağlık alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05) (tablo 3).

Tablo 3. SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği skorlarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı.

Sosyo-Demografik Özellikler		SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ SKORLARI															
		Fiziksel Fonksiyon		Rol Güç Fiz. Fonksiyon		Ağrı		Genel Sağlık		Vitalite		Sosyal Fonksiyon		Rol Güç		Mental Sağlık	
		\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd
Yaş	50 yaş ≤ (n: 17)	64.4	30.2	75.0	43.3	68.5	29.5	49.2	26.3	53.8	23.2	77.2	18.9	68.6	44.8	60.7	18.8
	51-60 yaş (n: 43)	66.6	27.6	63.1	46.1	69.4	27.3	60.6	22.0	56.9	23.8	75.6	21.8	69.0	45.7	62.9	20.5
	61-70 yaş (n: 47)	58.1	30.9	70.7	42.1	64.4	24.3	63.0	17.8	55.1	18.0	67.6	21.4	71.6	42.8	64.5	17.1
	71-80 yaş (n: 40)	55.3	29.0	57.5	50.1	59.8	23.4	57.3	17.2	54.4	17.4	62.2	18.0	70.8	45.4	65.1	17.5
	81 yaş ≥ (n: 18)	48.3	27.5	43.1	49.9	54.3	27.9	55.9	21.3	55.8	16.2	58.3	23.9	44.4	51.1	66.7	16.9
	F-p	2.06-0.09		1.60-0.18		1.50-0.21		1.70-0.15		0.12-0.98		4.01-0.00		1.33-0.26		0.32-0.87	
Cinsiyet	Kadın (n: 105)	53.1	28.5	55.7	48.4	56.9	24.2	55.9	21.0	53.0	18.7	64.8	21.8	62.5	47.5	64.03	17.40
	Erkek (n: 60)	69.1	28.8	75.8	40.1	76.2	24.7	63.8	18.4	59.3	21.0	74.6	19.7	76.1	40.8	64.1	19.5
	t-p	-3.47-0.00		-2.73-0.01		-4.88-0.00		-2.45-0.02		-1.99-0.05		-2.88-0.01		-1.86-0.07		-0.03-0.97	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil n: 20	42.0	25.6	50.0	51.3	49.1	23.7	48.6	19.8	50.3	16.4	60.6	19.1	60.0	50.3	59.4	18.6
	Okuryazar-İ.Ö. n:107	55.3	28.8	57.7	47.9	61.5	24.8	60.1	20.3	53.7	19.2	65.8	21.7	65.1	46.6	65.6	17.0
	Orta öğretim (n: 26)	76.4	26.5	83.7	33.1	80.5	25.4	60.4	20.1	64.0	21.3	79.8	20.6	82.1	35.6	64.0	20.5
	Yüksek öğretim n: 12	80.8	20.4	87.5	29.2	74.7	22.8	60.6	19.7	59.2	21.6	79.2	13.4	69.4	46.0	58.0	21.5
	F-p	9.12-0.00		4.01-0.01		7.50-0.00		1.92-0.13		2.59-0.06		5.20-0.00		1.18-0.32		1.16-0.33	
Medeni Durumu	Evli (n: 117)	64.7	28.2	67.9	44.6	67.5	26.0	60.1	20.1	57.1	20.5	72.3	20.6	71.8	43.2	63.8	19.0
	Bekâr (n: 48)	44.6	28.0	51.0	49.2	55.3	24.2	55.5	20.8	50.9	17.1	58.6	20.8	56.9	49.6	64.7	16.0
	t-p	4.18-0.00		2.15-0.03		2.80-0.01		1.32-0.19		1.85-0.07		3.88-0.00		1.92-0.06		-0.27-0.79	
Kan Basıncı	Optimal (n: 70)	54.4	31.1	56.4	48.3	60.3	25.2	55.2	19.8	51.9	18.9	67.7	22.1	61.0	48.1	64.0	18.6
	Normal (n: 36)	67.4	27.6	77.8	40.9	70.9	24.7	62.1	18.9	62.2	17.9	75.3	18.8	79.6	39.3	66.2	16.8
	Yüksek Normal n: 36	51.0	17.5	60.0	54.8	57.0	24.2	52.8	17.0	40.0	24.2	50.0	19.8	66.7	47.1	42.4	28.1
	1. Evre HT (n: 24)	58.3	28.9	67.7	46.9	66.0	27.7	63.8	21.8	54.0	22.1	66.1	24.6	72.2	44.7	64.8	17.5
	2. Evre HT (n: 7)	45.7	27.6	46.4	46.6	37.6	19.8	45.0	17.1	47.9	20.2	50.0	17.7	57.1	46.0	57.7	16.3
	3. Evre HT (n: 8)	54.4	31.7	43.8	49.6	54.1	19.8	52.8	24.7	52.5	19.6	65.6	16.0	54.2	50.2	62.5	17.5
	İzole Sis. HT n: 15	71.3	26.1	70.0	42.5	80.5	23.8	71.0	17.8	67.3	14.3	74.2	17.6	73.3	45.8	69.1	14.8
	F-p	1.56-0.16		1.33-0.25		3.42-0.00		2.52-0.02		2.93-0.01		2.47-0.03		0.92-0.48		1.67-0.13	

SF-36 fiziksel fonksiyon skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (F: 9.115 p: 0.00), bu farkın eğitim durumu “orta öğretim” ve “yükseköğretim” olan grup ile diğer gruplar arasında anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bu iki grubun ortalamaları birbirine yakın olup diğerlerinden yüksektir (tablo 3).

Eğitim durumuna göre rol güç fiziksel fonksiyon alt boyut skorları arasındaki farkın (F: 4.014 p: 0.00) kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Post Hoc LSD (Least Significance Difference) analizi sonucunda farklılık oluşturan grupların eğitim durumu “okuma yazması yok” olan grup ile eğitim düzeyi “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” olan gruplar olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Burada okuma yazması olmayan grubun ortalaması en düşük değerde olup “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” grupları yakın olmakla beraber daha yüksek değerler almıştır (tablo 3).

Tablo 3. SF-36 yaşam kalitesi ölçeği skorlarının bazı sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı-Devam

Sosyo-Demografik Özellikler		SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ SKORLARI															
		Fiziksel Fonksiyon		Rol Güç Fiz. Fonksiyon		Ağrı		Genel Sağlık		Vitalite		Sosyal Fonksiyon		Rol Güç		Mental Sağlık	
		\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd	\bar{x}	Sd
Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı	Ara-Sıra (n: 81)	60.4	29.5	68.2	43.8	65.1	25.6	58.6	18.2	56.8	17.9	68.8	21.6	68.7	44.8	67.6	15.7
	Her gün (n: 10)	51.0	31.2	52.5	50.6	62.2	28.7	50.3	27.5	47.5	26.5	76.3	12.4	60.0	51.6	59.6	22.7
	Doktora Gidince (13)	51.2	33.3	34.6	47.4	51.3	19.5	53.1	21.0	56.5	21.8	55.8	15.8	43.6	49.8	58.2	14.8
	Kötü Hissedince (n: 9)	64.4	25.2	77.8	44.1	81.0	25.2	74.0	14.1	46.1	25.7	77.8	23.2	81.5	37.7	65.3	31.0
	Her hafta (n: 38)	56.4	29.7	61.2	48.9	61.1	26.2	57.4	21.4	54.2	14.7	67.1	21.8	69.3	46.1	59.7	16.1
	Ayda bir (n: 14)	65.7	28.6	62.5	48.8	66.9	28.9	64.9	23.3	60.4	28.9	68.8	26.3	73.8	43.7	63.7	23.5
	F-p	0.62-0.68		1.49-0.20		1.58-0.17		1.90-0.10		1.01-0.41		1.56-0.17		1.02-0.41		1.47-0.20	
HT Süresi	0. 5-1 Yıl (n: 14)	54.6	35.9	78.6	42.6	66.4	26.9	58.8	26.0	55.0	19.6	75.9	19.9	85.7	36.3	62.3	18.2
	1-5 yıl (n: 49)	58.0	29.1	58.2	48.0	62.9	29.6	55.7	22.8	54.3	18.4	68.1	23.0	61.2	47.8	63.1	17.4
	6-10 Yıl (n: 42)	66.8	27.4	73.4	41.5	68.0	22.3	63.0	17.2	59.4	20.3	72.6	20.6	73.0	42.1	70.6	15.9
	11-20 Yıl (n: 45)	56.0	30.0	62.2	48.2	62.0	26.2	59.2	18.8	53.2	20.8	63.6	21.6	71.1	44.7	58.9	20.1
	21 Yıl ve Üzeri (n: 10)	45.0	25.5	20.0	35.0	54.6	22.2	52.0	18.9	51.5	18.9	60.0	15.4	30.0	48.3	63.6	15.9
F-p	1.61-0.17		3.45-0.01		0.72-0.58		1.08-0.37		0.75-0.56		1.85-0.12		2.86-0.03		2.62-0.04		
Korelasyon	SF- 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği skorları ile yaş ve beden kitle indeksi korelasyonu																
		r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
	Beden Kitle İndeksi	-0.11	0.17	-0.09	0.25	-0.15	0.04	-0.06	0.47	-0.10	0.21	-0.04	0.64	-0.04	0.64	0.00	0.98
Yaş	-0.24	0.00	-0.15	0.05	-0.19	0.02	-0.01	0.94	-0.03	0.74	-0.30	0.00	-0.10	0.19	0.08	0.31	

Yapılan analizlerde ağrı skorların eğitim durumuna göre dağılımları arasındaki anlamlı fark (F: 7.498, p: 0.00) olduğu, “okuma yazma yok” grubunun ağrı skorunun daha düşük olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça ağrı skorunun da artması dikkat çekmektedir. Sosyal fonksiyon alt boyut skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasındaki anlamlı farkın (F: 5.200, p: 0.00) yine eğitim durumu “orta öğretim” olan grup ile “okuma yazması yok” olan ve eğitim durumu “okuyazar- ilköğretim” olan grup arasında olduğu saptanmıştır (p<0.05). Eğitim düzeyi daha yüksek olan grupların daha yüksek sosyal fonksiyon skoru ortalamalarına sahip oldukları tespit edilmiştir (tablo 3).

SF-36 Genel sağlık, vitalite, rol güç ve mental sağlık alt boyut skorlarının eğitim durumuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (p>0.05) (tablo 3).

Fiziksel fonksiyon (t: 4.17 p: 0.00), rol güç fiziksel fonksiyon (t: 2.14, p: 0.03), sosyal fonksiyon (t: 3.87, p: 0.00) ve ağrı alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımları (t: 2.79, p: 0.00) arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu, skorların evlilerde yüksek olduğu saptanmıştır (tablo 3).

Genel sağlık, vitalite, rol güç ve mental sağlık alt boyut skorlarının medeni duruma göre dağılımları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilememiştir (p>0.05). Fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, rol güç ve mental sağlık alt boyut skorlarının kan basıncı grubuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır (p>0.05) (tablo 3).

Ağrı skorlarının kan basıncı grubuna göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş (F: 3.419 p: 0.003), farkın “2. Evre hipertansiyon” grubu ile

“normal” kan basıncı ve” izole sistolik hipertansiyon” grubu arasında anlamlı olduğu saptanmıştır. 2. evre hipertansiyon olan grubun ağrı skoru anlamlı farklılık gösteren diğer iki gruptan oldukça düşük bulunmuştur (tablo 3).

Genel sağlık skorlarının kan basıncı grubuna göre dağılımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (F: 2.519, p: 0.023). Farkın “izole sistolik kan basıncı” grubu ile “optimal” kan basıncı grubu, “2. evre hipertansiyon” grubu ve “3. evre hipertansiyon” grubu arasında olduğu bunun yanı sıra “1. evre hipertansiyon” ile “2. evre hipertansiyon” arasındaki farkın da anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). İzole sistolik hipertansiyon grubunun genel sağlık ortalaması diğerlerinden yüksektir. 1. evre hipertansiyon grubunun skorları ise 2. evre hipertansiyon hastalarınınkinden yüksek bulunmuştur (tablo 3).

Vitalite skorlarının kan basıncı gruplarına göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı (p: 0.010 F: 2.934) ve kan basıncı normal olan grubun vitalite skorlarının “optimal” veya “yüksek normal” olan gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca “izole sistolik hipertansiyon” grubunun vitalite skorları, “optimal”, “yüksek normal”, “1. evre hipertansiyon” ve “2. evre hipertansiyon” gruplarının skorlarından daha yüksektir (tablo 3).

Sosyal fonksiyon skorlarının kan basıncı grubuna göre dağılımları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (F: 2.467-p: 0.026). “Yüksek normal” grubunun sosyal fonksiyon skorları “normal” ve “izole sistolik hipertansiyon” grubundan, “2. evre hipertansiyon” grubunun sosyal fonksiyon skorları ise “optimal”,

“normal” ve “izole sistolik hipertansiyon” grubundan anlamlı derecede daha düşüktür (tablo 3).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin hiçbir alt boyut skorunun kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($P > 0.05$) (tablo 3).

Hipertansiyon süresine göre rol güç fiziksel fonksiyon skorları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($F: 3.450, p: 0.010$). Yapılan Post Hoc analizi sonucunda hipertansiyon süresi “21 yıl ve üzeri ” olan grubun rol güç fiziksel fonksiyon skorlarının, hem “0.5-1 yıl ” hem de “6-10 yıl” olan grubun skorlarından anlamlı derecede daha düşük olduğu saptanmıştır. Rol güç skorlarının ($F: 2.85- p: 0.02$) “0.5-1 yıl” grubunda “21 yıl ve üzeri” grubuna göre, mental sağlık skorlarının ise ($p: 0.03 F: 2.61$) “6-10 yıl” grubunda “11-20 yıl” grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu anlaşılmıştır ($p < 0.05$) (tablo 3).

Ağrı skoru ile beden kitle indeksi ($r: -0.15 p: 0.04$) ve yaş ($r: -0.18 p: 0.01$) arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ancak çok zayıf bir ilişki vardır. Fiziksel fonksiyon alt boyut skoru ile yaş arasında negatif yönde anlamlı ve yine çok zayıf bir ilişki bulunmuştur ($r: -0.24 p: 0.00$). Sosyal fonksiyon alt boyut skoru ile yaş arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki saptanmıştır ($r: -0.30 p: 0.00$) (tablo 3).

Tartışma

Hipertansiyon tanısı alan hastaların çoğunun (%63.6) kadın olduğu belirlenmiştir. Altun ve arkadaşlarının yapmış oldukları Türk hipertansiyon prevalans çalışmasına göre de; hipertansiyon prevalansı kadınlarda (%36.1) erkeklere göre (%27.5) daha yüksek bulunmuştur (Altun ve ark. 2005). Dalak’ın çalışmasında hipertansif bireylerin %52.7’sinin kadın ve %47.3’ünün erkek olduğu belirlenmiştir (Dalak, 2010). Bu sonuçlar çalışmamızda elde edilen bulgularla benzerlik göstermektedir. Kadınlarda hipertansiyonun daha yaygın olmasının nedeni olarak postmenapozal değişikliklerin etkisiyle östrojenin azalması, beden yağ dağılımının değişmesi (obezite) ve bu sebeple kadınların tuza daha duyarlı hale gelmeleri gösterilmektedir (Yurdakul ve AYTEKİN, 2010). Çalışmamızda hastaların çoğunun kadın olması aynı nedenlerle açıklanabilir.

Diğer sosyo-demografik özellikler incelendiğinde, hastaların %70.9’ nun evli, %64.8’inin okuryazar-ilköğretim mezunu, %98.8’ nin bir sosyal güvenceye sahip ve %33.3 nün emekli olduğu saptanmıştır. Parabaş’ın çalışmasında hastaların %12.8’i okuryazar, %40.5’i okuryazar değil, %33’ü ilköğretim, %7.5’i ortaokul ve %6.8’de ise lise ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu belirtilmiştir (Parabaş, 2009). Bu çalışmanın sonucu bizim sonuçlarımızla benzerdir. Arpacı ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada KB kontrolü sağlanmış ve sağlanamamış hastaların eğitim ve gelir düzeyleri karşılaştırılmıştır. KB kontrol altında olmayanların eğitim düzeylerinin genellikle ilköğretim ve ortaokul mezunu olduğu, KB kontrol altında olanların ise ağırlıklı olarak ortaokul ve lise mezunu olduğu saptanmıştır (Arpacı ve ark., 2008). Çalışma kapsamına alınan hastaların çoğunun eğitim düzeyi düşüktür. Kırsal kesim sayılabilecek küçük bir ilçe sınırları içinde yürütülen bu çalışmaya katılan bireylerin %89.7’sinin 50 yaş üstü bireyler olması dikkate alındığında eğitim düzeylerinin düşük olması beklenen bir durumdur.

Hastaların %42’sinin kan basıncının “optimum”, %22’sinin “normal”, %9’unun “izole sistolik hipertansif” olduğu, %15’nin 1. Evre, %4’ünün 2. evre hipertansiyon

ve %5’inde 3. evre hipertansiyon olduğu belirlenmiştir. PATENT çalışmasında hipertansif (yeni veya eski tanı, tedavi alan veya almayan) grupta, kan basıncı dağılımında değerlerin %8. 1’inin 140/90 mmHg’nin altında, %51. 7’sinin Evre 1, %24. 6’sının Evre 2 ve %15. 6’sının Evre 3 düzeyinde olduğu belirtilmiştir (Altun ve ark., 2005). Çalışmamızla Altun ve arkadaşlarının çalışması arasında önemli farklılık görülmektedir. Ortaya çıkan bu farkın nedeni olarak örneklem grubumuzun daha küçük ve bölgesel bir çalışma olması gösterilebilir.

Ülkemizde yapılan TEKHARF çalışmasında kadınların %38’inin, erkeklerin ise %28’inin antihipertansif tedavi aldıkları saptanmıştır. Tedavi alan erkeklerin %60’ının, ve kadınların %42’sinin kan basınçlarının kontrol altında bulunduğu belirlenmiştir (Onat ve ark., 2004). Ogedegbe ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ilaca uyum oranı yüksek olan bireylerde KB değerlerinin düşük olduğu bulunmuştur (Ogedegbe, Mancus, Allegrante ve Charlson, 2003). Bu çalışmada hastaların sadece %15.8 inin tam uyumlu olduğu görülmüştür. Çalışmamızda yaş ile uyum ölçeği skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış fakat yaş arttıkça medikal ve beslenme uyumunun azaldığı saptanmıştır. Çingil’in çalışmasında hipertansiyon tedavisinde yaşın genç olmasının tedaviye uyumu etkilediği belirtilmiştir (Çingil, Delen ve Aksuoğlu, 2009). BKİ ile ölçek total skoru arasında anlamlı bir ilişki vardır. BKİ arttıkça tedaviye uyumun azaldığı saptanmıştır. Beden kitle indeksi artışı ile birlikte uyumun azalması hipertansiyon tedavisinde önemli bir yeri olan diyetin önemini ortaya koymaktadır. Diyetine dikkat etmeyen bireyler aynı zamanda uyumsuz bireylerdir ve BKİ artışı ile birlikte uyum düzeylerinin de düşük olması beklenen bir durumdur.

Hill–Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği total ve medikal uyum skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamlı bir farklılık oluşmadığı, erkeklerin beslenme uyumunun kadınlardan daha az olduğu görülmüştür. Literatürde bezer bulgulara rastlanmıştır. Akgül’ün çalışmasında kadın ile erkek arasında hedef kan basıncı değerlerine ulaşmada belirgin bir fark gözlenmezken tedaviye uyumda kadınların göreceli olarak daha iyi durumda olduğu belirtilmiştir (Akgül, 2008). Bu çalışma bulgularına göre okuma yazması olmayan grubun beslenme skor ortalaması, okur-yazar olan gruptan daha yüksektir. Orta öğretim grubu bu iki gruptan daha yüksek skor almış, en yüksek skoru ise yüksek öğretim grubunun aldığı saptanmıştır. Okuma yazması olmayan grubun okuryazar olan gruptan daha yüksek skor aldığı göz ardı edilirse eğitim düzeyi arttıkça uyumun azalması dikkat çekicidir. Akgül’ün çalışmasında eğitim düzeyi düşük hastaların hastalık hakkında bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu ve kontrole gelme sıklığının yüksek olmasına bağlı olarak tedaviye daha uyumlu oldukları belirtilmiştir (Akgül, 2008). Beslenme uyumunun yükseköğretim grubunda düşük çıkmasının bir diğer nedeni yüksek eğitilmiş kişilerin çoğunun çalışıyor olmaları ve çalışma koşulları nedeniyle uyum sorunları yaşamaları olabilir.

Medeni duruma göre Hill–Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının dağılımı değerlendirildiğinde, ölçek total skorlarının istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği görülmüş buna göre evlilerin tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır. Anadol’un çalışmasında medeni duruma göre uyum skorları anlamlı değişiklik göstermemektedir (Anadol, 2008). Bizim çalışmamızdaki bu fark örneğinin küçük ve kırsal bir

bölgeden seçilmesinden kaynaklanmış olabilir. Nitekim bölgedeki insanların çoğu tarım veya hayvancılık ile uğraşmaktadır. Bunun ile ilgili olarak evli olan bireylerin bireysel ve ailevi sorumlulukları ve iş yoğunlukları uyum için gerekli özeni gösteremelerine yol açabilir. Bu konu ileriki çalışmalarda incelenebilir.

Hill–Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin kan basıncına göre dağılımları incelendiğinde ölçek total ve medikal uyum skorlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış ($p<0.05$), hipertansif sınıflandırma yükseldikçe ölçek total ve medikal uyumun düştüğü görülmüştür. Lambert ve arkadaşlarının çalışmasında, diyastolik kan basıncı (DKB) ölçümüyle ölçek arasında pozitif anlamlı bir ilişki görülmüştür. Ayrıca medikal uyum ve DKB arasında da anlamlı ilişki bulunmuştur (Lambert ve ark., 2006). Bizce de total ve medikal uyum düzeyleri azaldıkça hastaların daha yüksek kan basıncı grubunda yer almaları beklenen bir durumdur.

Total, beslenme ve medikal uyum skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kan basıncını “hiç ölçtürmem” diyen grubun, total ve medikal uyum skorları en yüksektir ve dolayısı ile de uyumu en düşük olan gruptur. Kan basıncını “kendimi kötü hissedince ölçtürürüm” diyen grup beslenme uyumu skorunda tam uyumludur (: 0.00 sd: 0.0). Çalışmamızda kan basıncını ölçtürme sıklığının hipertansiyon tedavisine uyumu etkilediği görülmüştür ancak bu sonuçlara göre genelleme yapılmamalıdır. Örnekleme sayısının daha büyük olduğu ve farklı bölgelerde yapılacak olan çalışmalarla, genele uyarlanabilen sonuçların elde edilebileceği düşünülmektedir.

Kontrolle gitme sıklığının tedaviye uyumu etkilediği, literatürdeki çalışmalarda belirtilmektedir (Akgül, 2008; Arpacı ve ark., 2008). Fakat bu çalışmada kontrolle gitme sıklığı ile Hill–Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği alt boyut skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Bu sonucun önemli nedenlerinden birisi, çalışmamıza katılan hastaların çoğunun polikliniğe, hastalığı ile ilgili bilgi almak ya da muayene olmak amacıyla değil sadece ilaç yazdırmak amacıyla başvurmaları olabilir.

Hipertansiyon süresinin tedaviye uyumu etkileyip etkilemediğini incelemek amacıyla yapılan analizde total ve medikal uyum skorlarının hipertansiyon süresine göre dağılımları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bir yıl ve daha az süredir hipertansiyon tanısı almış hastalarda uyumun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir. Akgül’ün çalışmasında tedavi süresi uzadıkça hastaların tedaviye uyumunun arttığı belirtilmiştir. Akgül’e göre hipertansiyon süresi arttıkça, eklenen komorbid durumlar ve hipertansiyona bağlı semptomların artması tedaviyi hasta için kaçınılmaz hale getirmekte bu da hastaların ilaçlarını daha düzenli kullanmasına yol açmaktadır (Akgül, 2008). Yine çalışmamızla benzer sonucu elde etmiş ve 0-6 ay ve bir yıldır hipertansiyon tanısı olan hastaların tedaviye en uyumsuz grup olduğunu ifade etmiştir (Akgül, 2008). Bunun aksine Kyngäs hipertansiyon hastalarında uyum ve ilişkili faktörleri incelediği çalışmasında hastalık süresi ile uyum arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını belirtmiştir (Kyngäs, 1999). Bu çalışmada, hastalık ile yeni tanışmış olan grubun uyumsuz olmasının, hastalığı henüz kabullenememiş olmaları veya erken dönemde

buldukları nedeniyle henüz hipertansiyon ile ilgili semptomları yoğun olarak yaşamadıkları ile ilgili olabileceğini düşünüyoruz. Nitekim Hacıhasanoğlu hipertansiyonda belirtilerin olmamasının hasta uyumunda etkili olduğunu belirtmektedir (Hacıhasanoğlu, 2009). Hastalığın erken döneminde olan grubun daha düşük düzeyde uyum göstermesinde etkili olabilecek bir diğer faktör ise, klinikteki hasta bilgilendirmesi olabilir. Yapılan bazı çalışmalarda özellikle hekimler tarafından hasta bilgilendirmesine yeterli zaman ayrılmadığı, zaman ayrılrsa bile çoğunlukla ilaçlara yönelik bilgilendirme yapıldığı, hastalar tarafından özellikle sorulmadıkça bilgi verilmediği ve bu durumun hipertansiyon hastasının uyumunu olumsuz etkilediği bildirilmektedir (Gascón ve ark., 2004).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal fonksiyon alt boyut skorlarının yaş gruplarına göre dağılımları arasında anlamlı fark olduğu görülmüştür (F: 4.012, p: 0.004). Tablo 3’te yaş ilerledikçe sosyal fonksiyon skor ortalamasının düştüğü saptanmıştır. Bardage ve arkadaşlarının yaptığı toplum tabanlı bir çalışmada, hipertansif hastalarda yaşam kalitesi düzeyleri araştırılmış; yaş arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğünü ifade edilmiştir (Bardage ve Isacson, 2001). Li ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada SF-36 ölçeğinin bütün alt ölçek skorları için ileri yaşlarda genç yaştaakilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu ifade edilmiştir (Li ve ark., 2005). Aydemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlıklı ilgili yaşam kalitesi puanlarının ileri yaşlarda daha düşük olduğu, Göçgeldi ve arkadaşlarının çalışmasında yaş arttıkça ölçek puanlarının anlamlı derecede düştüğü belirtilmiştir (Aydemir ve ark., 2005; Göçgeldi ve ark., 2008).

SF-36 fiziksel fonksiyon, rol güç fiziksel fonksiyon, ağrı, genel sağlık, vitalite ve sosyal fonksiyon skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, skorların tamamının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu, rol güç ve mental sağlık alt boyut skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde Göçgeldi ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansif kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçek puanlarının erkeklere göre genel sağlık alt boyutu hariç olmak üzere bütün alt boyutlarda istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir (Göçgeldi ve ark., 2008). Literatürde hipertansif kadınlardaki yaşam kalitesi puanlarının düşük olduğunu ifade eden çalışmalar mevcuttur (Aydemir, Özdemir ve Köroğlu, 2005; Bardage ve Isacson, 2001; Li ve ark., 2005). Bu durumun kadınların erkeklere göre daha duygusal olmaları ve yaşam şartlarının kadınlar üzerinde daha çok negatif etki oluşturmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca erkeklerin skorlarının tümünün kadınlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda erkeklerin kadınlardan daha yüksek yaşam kalitesine sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Rol güç fiziksel fonksiyon skorları okuma yazması olmayan grupta en düşük değerde olup “ortaöğretim” ve “yüksek öğretim” grupları yakın olmakla beraber daha yüksek değerler almıştır. Li ve arkadaşlarına göre eğitim seviyesi arttıkça çoğu yaşam kalitesi skoru da artmaktadır (Li ve ark., 2005). Bardage ve arkadaşlarına göre de eğitim seviyesi arttıkça fiziksel fonksiyon ve vitalite skorlarında artış olmaktadır (Bardage ve Isacson, 2001). Göçgeldi ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi skorlarının da arttığı, bu artışın istatistiksel olarak

anlamli olduğu belirtilmiştir (Göçgeldi ve ark., 2008). Eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin artmasında eğitim düzeyi ile genellikle paralel artış gösteren gelir durumu artışının etkisi olabilir.

Medeni duruma göre fiziksel fonksiyon, rol güc fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon ve ağrı skorları arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamli olduğu bulunmuş evlilerin skorlarının bekârlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bardage ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmamızla benzerlikler vardır (Bardage ve Isacson, 2001). Göçgeldi ve arkadaşlarının çalışmasında bütün alt ölçeklerde dul/boşanmış olanlar evli ve bekârlara göre daha düşük puanlar almış olup, aradaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamli olduğu belirtilmiştir (Göçgeldi ve ark., 2008). Evlilerin yaşam kalitelerinin genel olarak daha yüksek olmasında sosyal desteklerinin daha fazla olmasının etkili olabileceği düşünölmektedir. Genel sağlık, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güc ve mental sağlık skorlarının cinsiyete göre dağılımları arasında anlamli bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının fiziksel fonksiyon, rol güc fiziksel fonksiyon, vitalite, sosyal fonksiyon, rol güc ve mental sağlık alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Ağrı ve genel sağlık alt boyut skorlarının kan basıncı ölçtürme sıklığına göre dağılımları arasında ise anlamli fark bulunmuştur. Kan basıncını hiç ölçtürmem diyen hastaların ağrı ve genel sağlık ölçek ortalamaları diğer gruplara göre yüksektir. Bu grubun hipertansiyon belirtilerini günlük hayatta çok fazla hissetmiyor olmaları, hastalığın yaşam kalitesine etkisini azaltıyor olabilir.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği alt boyut skorlarının beden kitle indeksine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Bununla beraber ölçek ortalamalarına bakılınca genel olarak beden kitle indeksi arttıkça yaşam kalitesinin azaldığı görölmektedir. Göçgeldi ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmamızdan biraz farklılık göstererek SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin bazı alt boyut puanlarının beden kitle indeksine göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamli fark olduğu görölmüştür (Göçgeldi ve ark., 2008). Bu çalışmada farklılık saptanamamış olmasının nedeni, örnekleminizin yine görece homojen, küçük bir ilçede yaşayan, çoğu hayvancılık ve tarım olmak üzere benzer işlerle meşgul olan bir gurup olması ile açıklanabilir.

Hipertansiyon süresi 0.5– 1 yıl arasında olan hastaların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görölmüştür. Bu grupta yaşam kalitesi puanlarını yüksek olmasının, henüz hastalığa bağlı etkilerin yeterince ortaya çıkmamış olması ile ilgili olabilir.

Bu çalışmada yaş, medeni durum ve cinsiyete bağlı olarak yaşam kalitesinin önemli düzeyde değiştiği görölmüştür. Göğen ve Özdemir'in yaptığı çalışmada, hastaların başlangıçta tedavi almalarına rağmen, hedef KB değerlerine ulaşma oranının %27 iken, birinci ve ikinci ayın sonunda bu oranların, sırasıyla, %37 ve %46'ya ulaşabildiği sonucuna varılmıştır (Göğen ve Özdemir, 2005). Çalışmamızın sonuçlarına göre sadece tıbbi tedavinin hipertansiyon ile mücadelede yeterli olmadığı, yaş, cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumunun tedaviye uyumda etkili olduğu ve dolayısıyla yaşam kalitesini de etkilediği saptanmıştır. Bu durumda değiştirilebilir faktörlerden en önemlisi olan eğitim üzerine

yoğunlaşılarak hipertansiyon hastalarının uyumu ve beraberinde yaşam kalitesi artırılabilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Çalışmamızda hastaların sadece %15.8 inin tam uyumlu olduğu, BKİ arttıkça tedaviye uyumun azaldığı, erkeklerin beslenme uyumunun kadınlardan daha az olduğu, evlilerin tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu, hipertansiyon sınıflandırma yükseldikçe ölçek total ve medikal uyum düzeyinin düştüğu, kan basıncını ölçtürme sıklığının uyumu olumlu etkilediği, tedavi süresi uzadıkça uyumun arttığı saptanmıştır. Ayrıca yaş ilerledikçe sosyal fonksiyon skor ortalamasının düştüğu, SF-36 skorlarının tamamının erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu, evlilerin SF-36 skorlarının bekârlara göre daha yüksek olduğu ve eğitim seviyesi arttıkça çoğu yaşam kalitesi skorunun da arttığı bulunmuştur. Sınırları belirli ve görece homojen bir guruba ait olan çalışma sonuçlarımızın, bu tür yerlerde hizmet vermekte olan sağlık profesyonellerine özellikle hasta eğitimi önceliklerinin ve eğitim verilecek gurupların belirlenmesinde, ayrıca uyumu arttırmak üzere yeni stratejiler geliştirilmesinde önemli katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

Kaynaklar

- Akgöl, C. (2008) Hipertansiyon hastalarında antihipertansiyon uyumunun değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpařa Tıp Fakóltesi, İstanbul, Türkiye.
- Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, Ç. Et al. (2005) Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the patent study) in 2003. *Journal of Hypertension*; 23: 1817-1823.
- Anadol, Z. (2008) hipertansiyon hastalarda ilaç uyumu ve hastanın yaşamına etkileri. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakóltesi, Aile Hekimliđi Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye.
- Arıcı, A., Altun, B., Erdem, Y., Derici, Ü., Nergizoğlu, G., Turgan, Ç. ve ark. (2008) Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması Özeti: Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Erişim:26.05.2008. <http://www.turkhipertansiyon.org/> - 24k.
- Arıcı, M., Çağlar, ř. (2002) Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar. *Hacettepe Tıp Dergisi*; 33 (1): 4-9.
- Arısoy, E.S. (Ed.) (2003) Hipertansiyon. T.C. Sağlık bakanlığı birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberi, Ankara: 37-44.
- Arpacı, M., Kardeşoğlu, E., Yiğiner, Ö., Özmen, N., Cingözbay, B.Y., Cebeci, B.S. (2008) Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin karşılaştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*; 7 (4):333-338.
- Aydemir, O., Özdemir, C., Köroğlu, E. (2005) The impact of comorbid conditions on the SF-36: primary-care-based study among hypertensives. *Archives of Medical Research*; 36: 136-141.
- Bardage, C., Isacson, D.G.L. (2001) Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology*; 54 (2) 172-181.
- Booth, J. (1977) A short history of blood pressure measurement. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 70: 793-799.
- Brashers, V.L. (2010) Alterations of cardiovascular function, In: Mccance, K.L., Huether, S.E., Brashers, V.L., Rote, N.S. (Eds.) *Pathophysiology: the biologic basic for disease in adults and children*, (6 th ed., pp. 1149-1156), Missouri, Mosby.
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, J.L., et al. (2003) Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *The JNC 7 report. Hypertension*; (42):1206-1252.
- Çingil, D., Delen, S., Aksuoğlu, A. (2009) Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım

- durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi, Archives of the Turkish Society of Cardiology; 37(8):551-556.
- Dalak, H. (2010) Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, Türkiye.
- Elliott, W.J. (2003) Optimizing medication adherence in older persons with hypertension. International Urology and Nephrology. 35(4): 557-562.
- Gascón, J.J., Sánchez-Ortuño, M., Llor, B., Skidmore, D. Saturno, P.J. For the Treatment Compliance in Hypertension Study Group. (2004) Why hypertensive patients do not comply with the treatment, Results from a qualitative study. Family Practice, 21: 125-130.
- Göçgeldi, E., Babayiğit, M.A., Hassoy, H., Açıklık, C.H., Taşçı, İ., Ceylan, S. (2008) Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi; 50: 172-179.
- Gögen, S., Özdemir, Y. (2005) Birinci basamak sağlık kuruluşunda hipertansif hastaların takibi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 4 (1):8-15.
- Hacıhasanoğlu, R. (2009) Hipertansiyon da tedavi uyumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8 (2): 167-172.
- Hacıhasanoğlu, R., Gözüm, S. (2011) The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting, Journal of Clinical Nursing. 20, 692-705.
- Jones, DW. (2002) The National High Blood Pressure Education Program Thirty Years and Counting. Ed. Hall JE. Hypertension. 39: 941-942.
- Karademir, M. Koseoğlu, İ.H., Vatansver, K., Akker, M.V.D. (2009) Validity and reliability of the Turkish version of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings, European Journal of General Practice, December, Vol. 15, No. 4 : Pages 207-211.
- Kearney, P.M., Welton, M., Reynolds, K., Whelton, P.K. (2004) Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. Journal of Hypertension; 22: 11-19.
- Kim, M.T., Hill, M.N., Bone, L.R., Levine, D.M. (2000) Development and testing of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. Progress in Cardiovascular Nursing, 15(3):90-6.
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Fişek, G., Ölmez, N., Memiş, A. (1999) Kısa Form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. İlaç ve Tedavi; 12: 102-6.
- Kyngäs, H. (1999) Compliance of patients with hypertension and associated factors. Journal of Advanced Nursing, 29(4), 832-839.
- Lambert, E.V., Steyn, K., Stender, S., Everage, N., Fourie, J.M., Hill, M. (2006) Cross-cultural validation of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale in a south African, primary healthcare setting, Ethnicity & Disease; 16: 286-291.
- Li, W., Liu, L., Puente, J.G., Li, Y., Jiang, X., Jin, S., et al. (2005) Hypertension and health related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in china. Journal of Hypertension; 23: 1667-1676.
- Macedo, M.E., Lima, M.J., Silva, A.O., Alcantara, P., Ramalhinho, V., Carmona, J. (2005) Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the pap study. Journal of Hypertension; 23: 1661-1666.
- Murray, C.J., Lopez, A.D. (1997) Global mortality, disability and the contribution of risk factors: global burden of disease study. Lancet; 349:1436-1442.
- Ogedegbe, G., Mancus, C.A., Allegrante, J.P., Charlson, M.E. (2003) Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. Journal of Clinical Epidemiology; 56: 520-529.
- Okan, A. (2010) Bolu valiliği yaşlı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkındalığı ve evde bakım uygulamaları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Türkiye.
- Onat, A., Türkmen, S., Karabulut, A., Yazıcı, M., Can, G., Sansoy, V. (2004) Türk Yetişkinlerinde Hiperkolesterolemi ve Hipertansiyon Birlikteliği: Sıklığına ve Kardiyovasküler Riski Öngördürmesine İlişkin TEKHARF Çalışması Verileri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi; 32:533-541.
- Ong, K.I., Cheung, B.M.Y., Man, Y.B., Lau, C.P., Lam, K.S.L. (2007) Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among United States adults 1999-2004. Hypertension; 49: 69-75.
- Oparil, S., Weber, M.A. (2006) Hypertension: A companion to Brenner and rector's the kidney. Ed by Suzanne W.B. Saunderson Company, p. 1-2.
- Önal, E., Tümerdem, E. (2001) Yaşlılıkta hipertansiyon. Turkish Journal of Geriatrics; 4: 141-145.
- Parabaş, N. (2009) Konya ili Hadim İlçe merkezindeki 40 yaş ve üzeri popülasyonda hipertansiyon prevalansı ve farkındalık durumu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, Türkiye.
- Pınar R. (1997) Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Sendrom Dergisi, 9(9):117-24.
- Stein, J.D., Brown, G.C., Brown, M.M., Sharma, S. Hollands, H. Stein, H.D. (2002) The Quality of Life of Patients With Hypertension, The Journal of Clinical Hypertension, Vol. IV, No. III, p.181-188.
- Trevisol, D.J., Moreira, L.B., Kerkhoff, A., Fuchs, S.C., Fuchs, F.D. (2011) Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies, Journal of Hypertension, 29:179-188.
- Whelton, P.K., He, J., Muntner, P. (2004) Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in North America, North Africa and Asia. Journal of Human Hypertension; 18:545-551.
- Whitword, A. (2003) World Health Organization (WHO) /international society of hypertension (ISH) statement on management of hypertension. Journal of Hypertension; 21 (11):1983-1992. Erişim: 11. 06. 2012. www.Who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension/en/-19k.
- Yıldız, M., Küçükazman, M. (2008) Hipertansiyon epidemiyolojisi. Güncel İç Hastalıkları Dergisi. 2008; 1: 1-3.
- Yurdakul, S., Aytekin, S. (2010) Kadınlarda hipertansiyon. Archives of the Turkish Society of Cardiology; 38 (1) 25-31.