

Esansiyel Hipertansiyonu Olan Hastaların Yaşam Biçimi, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumunun İncelenmesi

Investigation of Lifestyle, Life Quality and Treatment Compliance of the Patients with Essential Hypertension

Gülden ATAN,^a
Elanur YILMAZ KARABULUTLU^b

^aİç Hastalıkları Hemşireliği,
Yüzüncü Yıl Üniversitesi
Sağlık Yüksek Okulu, Van
^bİç Hastalıkları Hemşireliği,
Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum

Geliş Tarihi/Received: 30.10.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 08.06.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Gülden ATAN
Yüzüncü Yıl Üniversitesi
Sağlık Yüksek Okulu,
İç Hastalıkları Hemşireliği, Van,
TÜRKİYE/TURKEY
guldenatan@yyu.edu.tr

ÖZET Amaç: Bu çalışmada, hipertansiyon hastalarında yaşam biçiminin yaşam kalitesine ve tedavi uyumuna etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Eylül 2010-Ocak 2012 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran, en az üç aydır esansiyel hipertansiyon tanısı olan, bilişsel işlevleri etkileyecek hastalığı olmayan, 18 yaş ve üzerindeki gönüllü 220 hasta örnekleme alınmıştır. Veriler; araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak ve hasta dosya kayıtları incelenerek toplanmıştır. Veriler soru formu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; SPSS for Windows 15 paket programı, yüzdelik, ortalama, standart sapma, bağımsız iki örneklem T testi, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis varyans analizi ve Cronbach-alfa katsayısı kullanılmış, olarak düzeyi p<0,05 alınmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların; %90'ı sigara, %98,2' alkol ve %82,3'ü kahve içmektedir. Hastaların yeme alışkanlıkları incelendiğinde; %53,2'si normal tuzlu yemekte, %26,8'i az ve sık yemeye özen göstermekte, %18,6'sı düzenli meyve ve sebze tüketmekte ve %19,1'i ağır ve yağlı yiyeceklerden kaçınmaktadır. Hastaların %19,1'i de fiziksel aktivite yapmaktadır. Az ve sık yemeye özen gösteren, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınan, fiziksel aktivite yapan, tuzsuz yemek yiyen, düzenli meyve ve sebze tüketen, düzenli olarak kahve içen hastaların fiziksel ve mental sağlık puanları ile tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Hipertansiyon hastalarının yaşam biçimi yaşam kalitelerini ve tedaviye uyumlarını etkilemektedir. Bu nedenle hipertansiyon hastalarına, yaşam kalitelerinin iyileştirilmesi ve tedaviye uyumlarının sağlanması için tanı konulduktan hemen sonra, sağlıklı yaşam şekli davranışı kazandırma eğitimlerinin verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam kalitesi; tedavi uyumu; hipertansiyon; yaşam biçimi

ABSTRACT Objective: The aim of the research was to determine the effect of their way of life on quality of life and medication adherence in hypertension patients. **Material and Methods:** The study included a total of 220 voluntary patients over the age of 18, who were diagnosed with essential hypertension for at least three months, with no disease to affect cognitive functions who were admitted to cardiology polyclinic in a university hospital between September 2010 and January 2012. Data was collected through face-to-face interviews following necessary explanations by the researcher and by the analysis of patient records. The question form, SF-36 quality of life scale and Medication Adherence Self-Efficacy Scale were used for data collection. SPSS for Windows 15 package program, percentage, means, standard deviations, independent-samples T, Man-Whitney U tests, Kruskal-Wallis variance, Pearson correlation coefficient analyses and Cronbach- α coefficient were used for statistical analysis. p<0.05 level was found to be statistically significant. **Results:** It was found that, 90% of the patients included in the study don't smoke, 98.2% don't use alcohol and 82.3% don't drink coffee. Looking at the eating habits of patients, 53.2% follows a normal salt diet, 26.8% of them are careful to eat small but frequently, 18.6% consume fruits and vegetables, and 19.1% avoid fatty and heavy foods. Of the patients, 19.1% perform physical activities. It was determined that the patients who are careful to eat small but frequently, avoiding fatty and heavy foods, perform physical activities, follow a low-salt diet, consume fruits and vegetables and drink coffee regularly have higher physical and mental health scores and adherence to treatment. **Conclusion:** The way of lifestyle followed by patients with hypertension affect their quality of life and adherence to treatment. Therefore, it is recommended that a training should be given to patients with hypertension for gaining a healthy lifestyle behavior immediately after diagnosis in order to improve their quality of life and adherence to treatment.

Key Words: Quality of life; medication adherence; hypertension; life style

doi: 10.5336/nurses.2013-37975

Copyright © 2016 by Türkiye Klinikleri

Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2016;8(1):17-25

Hipertansiyon prevalansı yüksek olması nedeni ile ölüm nedeni olarak ulusal düzeyde altıncı sıralarda yer almaktadır.¹ 2000 yılı itibarıyla dünyada erişkin nüfusun %26,4'ünün hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı öngörülmektedir.² Türkiye'de 2005 yılında yapılan [Prevalence awareness and treatment of hypertension in Turkey (PatenT)]'nda olarak hipertansiyon prevalansı %31,8 bulunmuştur. Prevalans kadınlarda %36,1 iken, erkeklerde %27,7 olarak rapor edilmiştir. Ülkemizde her üç kişiden bir'inde hipertansiyon olduğu, hipertansiyonun kadınlarda erkeklerden daha sık gözlendiği, hipertansiyon görülme sıklığı yüksek olmasına rağmen, hastaların sadece %40,7'sinin bunun farkında olduğu ve %31,1'inin hipertansiyon tedavisi aldığı belirtilmiştir. Hipertansiyon tedavisi alanların sadece %20,7'sinin kan basıncının kontrol altında olduğu saptanmıştır.²

Hipertansiyon; mr boyu devam eden, tıbbi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi edilen kronik bir hastalıktır.³ Hipertansiyon tedavisinde hastanın tedaviye uyumu ve tedaviyi sürdürme, kan basıncı kontrolünün sağlanması da çok önemli iki faktördür.⁴ Hastanın ilaç tedavisine uyumu, hastalığın başarılı yönetiminde kritik bir yere sahip olmasına rağmen günümüzde oldukça geniş bir oranda tedaviye uyumsuzluk yaşanmaktadır. Dünya Sağlık rgt (DSÖ)'nün yayımladığı son uyum raporunda, dünya genelinde hastaların ilaçlarını aksatmadan alma oranı %50 olarak açıklanmıştır.⁵

Hipertansiyon uzun yıllar belirtisiz ve komplikasyonsuz seyredabilmekte ve ciddi komplikasyonlar uzun yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir. Belirtisiz dönemde hastaya tedaviyi benimsetmek güç olmaktadır. Bu nedenle yüksek kan basıncı tedavisinde hasta uyumu büyük önem kazanmaktadır.⁶ Yapılan çalışmalarda, hastalığının farkında olup, ciddiyetine inanan hipertansif bireylerde tedaviye uyumun daha iyi olduğu saptanmıştır.^{7,8}

Hipertansiyon tedavisinde yaşanan sorunların başında, hastaların tedaviye ömür boyu devam edileceğinin bilincinde olmamaları ve tedaviye başlandıktan sonra kontrollerini düzenli

yaptırmamaları gelmektedir.⁹ Sağlık bakım sunucuları ve hemşireler, hasta ile işbirliği içinde, hastanın tedavisine uyumunu yükseltmelidirler.¹⁰

Hipertansiyon hastalarının genellikle zaman içinde günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve bu durum kısıtlamalara neden olmaktadır. Ayrıca, hipertansif birey kronik bir hastalığa sahip olma psikolojisi yaşamakta ve yaşam tarzında değişiklik yapmakta zorlanmaktadır.¹¹ Hipertansiyonun tedavisinde antihipertansif ilaç kullanımı ve yaşam biçim alışkanlıklarındaki değişiklikler bireyin yaşamında birtakım olumsuzluklara yol açmaktadır. Tüm bu nedenler de hipertansif bireyin ve ailesin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir.¹² Hipertansiyon hastalarının iyilik hli ve yaşam kalitesinin incelendiği bir araştırmada, hipertansif hastalarda diyet, egzersiz vb. gibi yaşam tarzı değişikliklerin ve tıbbi tedavinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceği belirtilmiştir.¹³

Başarılı hipertansiyon yönetimi, hastanın kendi kan basıncı kontrolünü sağlaması ve izlemesi, önerilen yaşam biçimi değişikliklerini dikkate almasıyla mümkündür. Kan basıncını kontrol etmenin birincil amacı, kronik sağlık sorunlarına neden olabilecek obezite, aşırı alkol tüketimi, sigara kullanma, sedanter yaşam biçimi, sağlıksız diyet ve stres gibi risk faktörlerini ve sağlık sorunlarını kontrol altına almak; böylece kullanılacak antihipertansif ilaç sayısını ve dozunu azaltmak, bireyin yaşam kalitesini yükseltmektir.¹⁴

Hipertansiyon hastalarında bakımında hemşirelik bakımının amacı, yan etkisiz ve az maliyetle kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutma üzerine odaklanmalıdır. Bu amaca ulaşmak için hemşire, hastanın ilaçlarını önerilen şekilde kullanması, yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirmesi ve hastalığın sürecini izleme, ilaçların ya da hastalığın komplikasyonlarının değerlendirilmesi için hastanın düzenli sağlık kontrollerine gelmesi konusunda hasta ve ailesini desteklemeli ve gerekli eğitimi vermelidir.¹⁵

Bu alışma, esansiyel hipertansiyonu olan hastaların yaşam biçimlerinin, yaşam kaliteleri ve tedaviye uyumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu çalışma, “tanımlayıcı araştırma” olarak yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE TARİHİ

Araştırmanın verileri Eylül 2010-Ocak 2012 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğinde toplanmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini; bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran tüm esansiyel hipertansiyon hastaları oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise; belirtilen tarihler arasında bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğine kontrol amacıyla başvuran, en az üç aydır esansiyel hipertansiyon tanısı olan, bilişsel işlevleri etkileyecek rahatsızlık veya kronik hastalığı olmayan, yaşı 18 ve üzeri olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden 220 hasta oluşturmuştur.

ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Veriler araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle ve hasta dosya kayıtları incelenerek toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından ilgili kaynak incelenerek hazırlanan soru formu, SF-36 yaşam kalitesi ölçeği ve İlaça Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (İBÖS) kullanılmıştır.

Soru Formu

Soru formu, hastaların tanıtıcı özelliklerini, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerini ve yaşam tarzı özelliklerini belirlemeye yönelik 35 soru içermektedir. Hastaların sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını belirlemeye yönelik olarak özellikle kalp hastalıklarından primer ve sekonder korunmada önemli olan yeme alışkanlıkları, fiziksel aktivite yapma durumu, sigara/ alkol/kahve tüketme durumu sorgulanmıştır.¹⁶ Yeme alışkanlıklarını belirlemek için hastalara “Yemeklerinizi ne kadar tuzlu tüketirsiniz?”, “Düzenli olarak her gün meyve ve sebze tüketir misiniz?” “Az ve sık yemeye özen gösterir misiniz?”, “Ağır ve çok yağlı yiyeceklerden

kaçınır mısınız?” soruları soruldu. Egzersiz yapma durumunu belirlemek için “Düzenli olarak haftada en az üç gün egzersiz yapar mısınız?”, sorusu soruldu. Sigara içme durumunu belirlemek için “Sigara kullanır mısınız?” diye soruldu ve “Evet” diyenlerden günlük kaç tane içtiklerini ifade etmeleri istendi. Düzenli olarak her gün en az bir tane içenler, “sigara kullanıyor” olarak değerlendirildi. “Alkol kullanıyor musunuz?” sorusuna “Evet” diyenlere günde kaç kadeh içtikleri soruldu ve düzenli olarak her gün en az bir kadeh içenler alkol kullanıyor olarak değerlendirildi. “Kahve içiyor musunuz?” sorusuna “Evet” diyenlere günde kaç fincan kahve içtikleri soruldu ve düzenli olarak her gün en az bir fincan kahve içenler “kahve içiyor” olarak değerlendirildi.

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz Etkililik Ölçeği (İBÖS)

Ogedegbe ve ark. tarafından 2003 yılında geliştirilen (İBÖS)’nin Türkçe’ye uyarlanması 2005 yılında Gözüm ve Hacıhasanoğlu tarafından yapılmıştır.^{17,18} İBÖS, hipertansif hastalarda ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililiği algısını belirlemek amacıyla kullanılmıştır. Hipertansif hastaların kullandıkları antihipertansifleri düzenli kullanmalarını etkileyen faktörleri sorgulayan İBÖS 26 ifadeden oluşmakta ve bireyin bu ifadeye katılmındaki öz-etkililik/güven düzeyini değerlendirmektedir. Ölçekten 26-78 arasında toplam puan elde edilmektedir. Puanın yükselmesi bireyin antihipertansif tedaviye uyumunun iyi olduğunu göstermektedir.¹⁸ Türkçe uyarlamasının güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak bulunmuştur.

SF 36 Yaşam kalitesi Ölçeği

Bu çalışmada, yaşam kalitesini değerlendirmek üzere kullanılan SF-36 yaşam kalitesi ölçeği, Ware tarafından 1989 yılında geliştirilmiş, klinik uygulama ve araştırmalarda, sağlık politikalarının değerlendirilmesinde ve genel populasyon incelemelerinde kullanılmak üzere düzenlenmiş, 14 yaş ve üzerindeki bireylerin kendi kendilerine ya da bir araştırmacının yardımı ile cevaplayabilecekleri bireysel değerlendirme ölçeğidir. Otuz altı ifade içeren ölçek, sekiz sağlık kavramı (fiziksel

fonksiyon, fiziksel rol, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık algısı, sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık ve iki ana (fiziksel boyut ve mental boyut) başlığı değerlendiren çok boyutlu ölçek şeklindedir. Fiziksel ana boyutu; fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, zindelik/yorgunluk, ağrı, genel sağlık algısı alt boyutlarının toplanıp beş'e bölünmesi ile Mental ana boyutu iptali ise; sosyal fonksiyon, emosyonel rol, mental sağlık, zindelik/yorgunluk, genel sağlık algısı alt boyutlarının toplanıp beş'e bölünmesi ile yapılmaktadır. Zindelik/yorgunluk ve genel sağlık algısı her iki ana boyuta da girmektedir. SF-36, her sağlık alanının puanı yükseldikçe sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi artacak şekilde puanlanmıştır. Ölçekteki sağlıkla ilişkili yaşam alanlarının ölçek puanları, en düşük puandan en yüksek puana kadar 0- 100 arasında değişen değerler almaktadır.¹⁹

SF-36, ilk kez 1995 yılında Pınar tarafından diyabet hastaları, kardiyoloji hastaları ve hemodiyaliz hastalarını içeren kronik hastalıklarda güvenilirlik ve geçerliliğı yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Pınar'ın çalışmasında SF-36'nın hemodiyaliz hastalarında test-retest değeri 0,94, iç tutarlılığında Cronbach alfa değeri 0,91 olarak bulunmuştur.²⁰ Bu çalışmada güvenilirlik katsayısı fiziksel sağlık ana boyutu için 0,80 ve mental sağlık ana boyutu için ise 0,83 olarak bulunmuştur.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin değerlendirilmesinde; 220 katılımcıdan elde edilen veriler SPSS for Windows 15 paket programı yardımıyla değerlendirilmiştir.

Değerlendirmede gruplarda varyansların homojen olup olmadığını araştırmak için Kolmogorov Smirnov Z ve Levene testi yapılmıştır. Ayrıca analizlerde yüzdelerli sayılar, ortalama ve standart sapma, bağımsız iki örneklem T- testi, Mann-Whitney U testleri ile Kruskal-Wallis varyans analizi, Cronbach katsayısı kullanılmıştır.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

(İBÖS) ve SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluştururken; hastaların yaşam tarzı özellikleri de araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ilkelerin yanı sıra evrensel etik ilkelere de uyulmuştur. Araştırmaya katılan bireylere araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları konusunda bilgi verilip, araştırmada bilgilendirilmiş onam koşulu etik ilke olarak yerine getirilmiştir. İnsan onuruna saygı ilkesi göz önünde bulundurulmuş ve bu doğrultuda araştırmada gizlilik ilkesine uyulmuştur. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 102 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Ayrıca, Fırat Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden ve Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Ana Bilim Dalı Başkanlığından da gerekli izinler alınmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın bir üniversite hastanesinin kardiyoloji polikliniğinde yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Araştırma bulguları sadece bu gruba genellenebilir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan hastaların %55,9'u erkek, %38,2'si 66-76 arası yaş grubundadır. Katılımcıların %84,5'i evlidir, %40,9'u okur yazar değildir; %5,9'u memur olarak çalışmakta, olan hastaların %10'u işsizdir ve %5'inin geliri 250 TL'den azdır (Tablo 1).

Hastaların %32,3'ü ilk kez hipertansiyon tanısının sağlık ocağında konduğunu ve tansiyon ölçüm nedenini çarpıntı (%23,2) olarak belirtmiştir. Hastaların tamamına yakınında 30 yaş ve üzerinde tanı konduğu ve %40,9'unun bir-beş yıldır hipertansiyon tanısı olduğu görülmüştür. Antihipertansif tedavi olarak %56,8'i birden fazla %35'i ise tek ilaç kullanmaktadır. Hastaların %55,9'unun hipertansiyon kontrollerini yaptırdığı, %66,4'ünün ise hipertansiyonla ilgili eğitim almadığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Hastaların hipertansiyon tanısı konduktan sonra yaşam tarzı alışkanlıkları sorgulandığında; bireylerin %90'ının sigara, %98,2'sinin alkol kullanmadığı ve %82,3'ünün kahve içmediğı belir-

TABLO 1: Hastaların tanıtıcı özellikleri.

Tanıtıcı özellikler	Sayı (n=220)	%
Cinsiyet		
Kadın	97	44,1
Erkek	123	55,9
Yaş (yıl)		
35-54	43	19,5
55-65	70	31,8
66-76	84	38,2
77 ve ↑	23	10,5
Medeni durum		
Evli	186	84,5
Bekar-dul	34	15,5
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	90	40,9
Okur yazar	35	15,9
İlkokul	62	28,2
Lise	18	8,2
Yüksekokul	15	6,8
Meslek		
Ev kadını	93	42,3
Emekli	67	30,5
Memur	13	5,9
İşsiz	22	10,0
Diğer	25	11,3
Gelir düzeyi (TL)		
<250	11	5
250-749	61	27,7
750-999	61	27,7
1000-1499	19	8,6
1500-1999	14	6,4
2000-2999	5	2,3
3000 ve ↑	49	22,3

lenmiştir. Hastaların %53,2'sinin yemekleri normal tuzlu yediği ve %10'unun meyve tüketmediği, %73,2'si az ve sık yemeye özen göstermediği %61,4'ünün ise ağır ve çok yağlı gıdalardan kaçınmadığı saptandı. Hastaların %80,9'u herhangi bir fizik aktivite yapmadığı belirlendi. (Tablo 3).

Hastaların yaşam biçimi alışkanlıklarına göre yaşam kalitesi alanlarından ve tedaviye uyum ölçeceğinden aldıkları ortalama puanlar Tablo 4'te görülmektedir.

Hastaların az ve sık yemeye özen gösterme, ağır ve yağlı yiyeceklerden kaçınma, fiziksel akti-

vite yapma durumları, yemeklerde kullandıkları tuz miktarı, meyve-sebze tüketmeleri ve kahve içme durumlarının yaşam kalitesi alt boyutlarından fiziksel ve mental sağlık boyutu puanlarında istatistiksel fark oluşturduğu saptanmıştır ($p<0,05$)

TABLO 2: Hastaların hastalık ve tedaviye ilişkin özellikleri.

	Sayı (n=22.0)	%
Hipertansiyon tanısının ilk nerede konulduğu		
Sağlık ocağı	71	32,3
Devlet/SSK hastanesi	68	30,9
Üniversite hastanesi	70	31,8
Diğer	11	5
Tansiyon ölçüm nedeni		
Tesadüfen ölçüm	29	13,2
Baş ağrısı	36	16,4
Çarpıntı	51	23,2
Nefes darlığı	13	5,9
Diğer	91	41,3
Hipertansiyon süresi		
<3 ay	7	3,2
3-5 ay	11	5
6-11 ay	12	5,5
1-5 yıl	90	40,9
6-10 yıl	72	32,7
11-15 yıl	19	8,6
16 yıl ve ↑	9	4,1
Hipertansiyon tanısı aldığı yaş		
30 yaş ve altı	5	2,3
>30 yaş	215	97,7
Şu anda kullandığı antihipertansif ilaç sayısı		
Tek	77	35
Kombine/tek	18	8,2
Birden fazla	125	56,8
Antihipertansif ilaç kullanma süresi		
3-5 ay	17	7,7
6-11 ay	12	5,5
1-5 yıl	97	44,1
6-10 yıl	69	31,4
11-15 yıl	15	6,8
16 yıl ve ↑	10	4,5
Hipertansiyon kontrollerini yaptırma durumu		
Evet	123	55,9
Hayır	97	44,1
Hipertansiyon eğitimi alma durumu		
Evet	74	33,6
Hayır	146	66,4

TABLO 3: Hastaların hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yaşam biçimi alışkanlıkları.

Yaşam biçimi alışkanlıkları	Sayı (n=220)	%
Sigara kullanma durumu		
Evet	22	10
Hayır	198	90
Alkol kullanma durumu		
Evet	4	1,8
Hayır	216	98,2
Kahve içme durumu		
Evet	39	17,7
Hayır	181	82,3
Yemeklerde tuz tüketme durumu		
Tuzsuz	32	14,5
Az tuzlu	32	14,5
Normal tuzlu	117	53,2
Çok tuzlu	39	17,8
Meyve ve sebze tüketme durumu		
Evet, düzenli tüketiyorum	41	18,6
Evet, düzensiz tüketiyorum	157	71,4
Hayır, tüketmiyorum	22	10
Az ve sık yemeye özen gösterme durumu		
Evet	59	26,8
Hayır	161	73,2
Ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma durumu		
Evet	85	38,6
Hayır	135	61,4
Fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	42	19,1
Hayır	178	80,9

(Tablo 4). Az ve sık yemeye özen gösteren, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınan, fiziksel aktivite yapan, tuzsuz yemek yiyen, düzenli meyve ve sebze tüketen ve düzenli olarak kahve içen hastaların fiziksel ve mental sağlık puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen sigara içmeyen hastaların da yaşam kalitesi alt boyut puanları, sigara içenlere göre daha yüksek olarak saptanmıştır.

Hastaların az ve sık yemeye özen gösterme, ağır ve yağlı yiyeceklerden kaçınma, fiziksel aktivite yapma durumları, yemeklerde kullandıkları tuz miktarı, meyve ve sebze tüketmeleri, sigara ve kahve içme durumlarının tedaviye uyum ölçüğü-

den alınan ortalama puanlarda istatistiksel fark oluşturduğu saptanmıştır. ($p<0,05$) (Tablo 4). Az ve sık yemeye özen gösteren, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınan, fiziksel aktivite yapan, tuzsuz yemek yiyen, düzenli meyve ve sebze tüketen, sigara içmeyen ve düzenli olarak kahve içen hastaların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Hipertansiyon hastalarının hipertansiyonu etkileyen yaşam biçimi alışkanlıklarındaki değişiklikler konusunda hastaları bilgilendirme ve komplikasyonları önleme, hemşiresinin hipertansiyon tedavi planı geliştirme, değerlendirme ve takibindeki sorumluluklarındandır.²¹

Bu nedenle hipertansiyon hastalarına ait sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, tedavi uyumlarına ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi önemlidir.

Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu'nda tansiyonun kontrol altına alınabilmesi için bazı nonfarmakolojik yaklaşımlar önerilmektedir. Bunlar; sigara içiminin bırakılması, fiziksel aktivitenin artırılması, alkol alımının kısıtlanması, günlük sodyum miktarının günde <6 g tuz (<2,4 g Na) ile sınırlandırılması, potasyum alımının artırılması, psikososyal stresin azaltılması, meyve ve sebze zengin, yağsız ve az yağlı süt ürünleri içeren, toplam ve doymuş yağdan ve kolesterolden fakir, proteini hafifçe artmış bir diyet alınması şeklinde sıralanabilir. Ancak, bu çalışma sonuçları incelendiğinde hastaların az ve sık yemeye özen göstermediği, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınmadığı, fiziksel aktivite yapmadığı, yemeklerde kullanılan tuz miktarını azaltmadığı, düzenli meyve sebze tüketmediği ve genel olarak hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar hastaların yaşam şekli değişimi için ve hasta uyumlarının artırılması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Kan basıncını düşürmek, diğer risk faktörlerini ve klinik durumları kontrol altına almak ve daha sonra kullanılması gerekebilecek

TABLO 4: Hastaların yaşam biçimi alışkanlıklarına göre yaşam kalitesi alanlarından ve tedaviye uyum ölççeğinden aldıkları ortalama puanların dağılımları.

Yaşam biçimi değışiklikleri	Fiziksel sağılık	Mental sağılık	Tedaviye uyum
Az ve sık yemeye özen gösterme durumu			
Evet	27,07±14,66	35,17±17,29	57,98±12,50
Hayır	18,70±14,69	24,66±16,95	46,54±14,32
	t=3,749	t=4,015	t=5,775
	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma durumu			
Evet	27,62±14,77	36,03±17,84	56,38±13,50
Hayır	16,75±13,81	22,09±15,27	45,34±13,89
	t=5,449	MWU:2954,00	t=5,841
	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Fiziksel aktivite yapma durumu			
Evet	36,32±13,77	44,77±17,41	59,30±12,62
Hayır	17,32±13,01	23,40±15,06	47,32±14,29
	t=8,125	t=7,335	t=5,394
	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Yemeklerde tuz tüketme durumu			
Tuzsuz	27,66±14,58	36,29±17,08	61,18±13,36
Az tuzlu	23,71±15,97	29,09±16,48	53,56±15,02
Normal tuzlu	20,86±15,26	27,85±18,17	48,02±13,68
Çok tuzlu	13,43±11,01	17,81±12,69	41,61±12,28
	KW=18,410	KW=24,991	F=13,630
	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Meyve ve sebze tüketme durumu			
Evet, düzenli tüketiyorum	29,99±15,65	39,69±18,83	62,31±12,57
Evet, düzensiz tüketiyorum	18,71±14,20	24,18±16,06	46,82±13,61
Hayır, tüketmiyorum	20,07±14,80	28,27±16,71	45,81±14,09
	KW=17,441	KW=24,870	KW=35,332
	p<0,05	p<0,05	p<0,05
Sigara kullanma durumu			
Kullanıyor	17,67±12,54	23,08±15,25	43,22±10,80
Kullanmıyor	21,31±15,36	27,97±17,85	50,31±14,96
	t=-1,074	t=-1,235	t=-2,794
	p>0,05	p>0,05	p<0,05
Kahve içme durumu			
Evet	29,19±16,66	34,61±17,65	55,23±13,04
Hayır	19,17±14,19	25,94±17,30	48,39±14,83
	t=3,491	t=2,792	t=2,892
	p<0,05	p<0,05	p<0,05

t: Independent sample T testi; KW: Kruskal wallis variance analizi; MWU:Man Whitney U testi; F: Fisher kesin testi.

antihipertansif ilaç sayısını ve dozunu azaltmak için kan basıncı yüksek olan ve ilaç tedavisi gerektiren hastalar da dâhil olmak üzere tüm hastalarda yaşam tarzıyla ilgili önlemler alınması gerektiği vurgulanmaktadır.²² Bu nedenle hemşi-

relerin hastaları uygun yaşam biçimi değışiklikleri ve ilgili önlemler konusunda bilinçlendirilmesi önemlidir. Nitekim yapılan birçok çalışmada da hemşireler tarafından verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili eğitimle-

rin, hipertansiyon hastalarında kan basıncı kontrolünü, tedaviye uyumlarını ve yaşam kalitele- rini artırdığı tespit edilmiştir.²³⁻²⁵

Hipertansiyon hastalarında yaşam biçimi dav- ranışlarının yaşam kalitesine etkisi değerlendiril- diğinde; fiziksel aktivite yapma ve beslenme alışkanlıkları olarak nitelendirilebilecek az ve sık yeme, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma, meyve ve sebze tüketme ile yemeklerde kullanılan tuz miktarı açısından, fiziksel ve mental sağlık puan ortalamalarının farklılaştığı ortaya konul- muştur. Yapılan araştırmalar beslenme alışkanlık- larını düzenlemenin, fiziksel egzersiz yapmanın, sigarayı bırakmanın ve alkol tüketimini sınırlan- dırmanın yaşam kalitesini artırdığını göstermiştir. Bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin, kan basıncının düşmesiyle ilişkili olduğu ileri s- rülmektedir.^{26,27} Bununla birlikte, bu çalışmada si- gara içme açısından fiziksel ve mental sağlık ortalama puanlarının farklılaşmadığı bulun- muştur. Araştırmadan elde edilen bulgular, kahve içen hastaların fiziksel ve mental sağlık puan orta- lamalarının yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Yapılan araştırmalar sonucunda literatürde kahve tüketimi ile hastaların fiziksel ve mental sağlık puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi ortaya koyan çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak kahve içmenin yaşam kalitesindeki yükseltici etkisinin kişiye keyif veren ve rahatlatıcı bir alışkanlık olmasından kay- naklandığı düşünülebilir. Yaşam kalitesinin yk- sek olması ile tedavi uyumunda da arttığı düşünülmektedir.

Hipertansif hastaların yaşam biçimi alışkan- lıklarındaki değişikliklere uyumlarına göre teda- viye uyumları incelendiğinde, az ve sık yiyen, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınan, fiziksel akti- vite yapan, tuz miktarını azaltan, düzenli meyve ve sebze tüketen, sigara kullanmayan hastaların te- daviye uyumlarının daha iyi olduğusaptanmıştır. Kişilerin hastalıkları ile ilgili yaşam şekli alışkan- lıklarında değişiklik (tuz alımının azaltılması, ağır ve çok yağlı yiyeceklerden kaçınma, meyve sebze tüketimi, fiziksel aktivite ve sigara kullanmama) yapmaları sağlıklarına verdikleri önemi göster- mektedir. Sağlığına zen gösteren bireylerin de te-

daviye uyum düzeylerinin yüksek olması beklenen bir durumdur. Nitekim yapılan bazı araştırmalar, si- gara içmeyen bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir.²⁸⁻³¹ Etkili yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte tedaviye uyumun sağ- lanması, özellikle hipertansif hastalarda komplikas- yonların önlenmesinde rol oynamaktadır. Tedaviye uyum sorunlarının çoğu sağlık profesyonellerinin il- gisi ile czmlenebilir. Hastaların uyumsuzluk ne- denleri saptanıp nedene yönelik girişimler uygulandığında uyum artabilir ve problemler azaltı- labilir. Böylece bireylerin yaşam kaliteleri yükselti- lerek toplum sağlığının gelişmesine katkıda bulunulabilir.³²

Yapılan bir çalışmada, hemşireler tarafından hi- pertansif bireylere verilen sağlıklı yaşam biçimi dav- ranışlarını ve tedaviye uyumlarını artırmaya yönelik eğitim sonrasında bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu yönde değişikliklerin olduğu ve hastaların tamamının ilaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullandıkları bildirilmiştir.²⁴ Bu nedenle hi- pertansiyon hastalarının yaşam kalitesinin yüksel- tilmesi ve ilaç uyumunun artırılması için düzenli olarak önerilen yaşam biçimi alışkanlıklarındaki değişiklikler konusunda, hemşirelerin hastaları bi- linlendirmesi ve motivasyonlarını yükseltmesi sağlanmalıdır.

SONUÇ

Bu çalışmada, yaşam biçimi alışkanlıklarında deği- şiklik yapan ve bu değişikliklere uyum sağlayan has- taların hem fiziksel hem de mental alanlarda yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ay- rıca yaşam biçimi alışkanlıklarındaki değişikliklere uyan hastaların tedaviye uyumlarının da yüksek ol- duğu tespit edilmiştir.

Araştırma sonuçları göz önünde bulunduruldu- ğunda; hipertansiyon hastalarına yaşam kalitelerinin arttırılması ve tedaviye uyumlarının sağlanması ko- nularında, hipertansiyon tanısı konulur konulmaz sağlıklı yaşam şekli alışkanlığı kazandırma eğitimle- rinin verilmesi önerilmektedir. Ayrıca, benzer araş- tırmaların daha geniş örneklemelerde yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. nvar N, Mollahaliloğlu S, Yardım N. T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Hastalık Yükü alışması 2004. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 701 1. Baskı. Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. şti; 2007. p.42.
2. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al; Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005;23(10):1817-23.
3. Gulanic M, Klopp A, Galanes S, Myers JL, Gradishar D, Puzas MK. *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions and Outcomes. Publication Data. Ed 9.4. PhD APRN FAAN.USA: Elsevier; 2003. p.33-42.*
4. Kabakçı G. [Quality of life and patient compliance in antihypertensive therapy]. *Folia Hipertansiyon Diyabet Ateroskleroz Dergisi* 2006;6(1):5-6.
5. Herriman E, Cerretani J. Patient non-adherence pervasiveness, drivers, and interventions. *IC Sciences* 2007;2(4):1-6.
6. Tr A. [Primer hipertansiyon]. Sağlam K. Primer Hipertansiyon. 1. Baskı. İstanbul: Gata Basımevi; 2003. p.252-60.
7. Ren XS, Kazis LE, Lee A, Zhang H, Miller DR. Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications. *J Clin Pharm Ther* 2002;27(1):47-56.
8. Lagi A, Rossi A, Passaleva MT, Cartei A, Cencetti S. Compliance with therapy in hypertensive patients. *Intern Emerg Med* 2006;1(3):204-8.
9. Lalić J, Radovanović RV, Mitić B, Nikolić V, Spasić A, Koraćević G. Medication adherence in outpatients with arterial hypertension. *Acta Facultatis Medicae Naissensis* 2013;30(4): 209-18.
10. Bergman-Evans B. AIDES to improving medication adherence in older adults. *Geriatr Nurs* 2006;27(3):174-82.
11. Soydan I. [Lifestyle changes in the treatment of hypertension]. *Türkiye Klinikleri J Cardiol* 2000;13(5):357-9.
12. Tr A. [Nursing Care of Chronic Diseases:Internal Medicine and Nursing Care]. Akdemir N, Birol L, editrler. Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı: İ Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset; 2004. p.193-9.
13. Williams GH. Assessing patient wellness: new perspectives on quality of life and compliance. *Am J Hypertens* 1998;11(11 Pt 2):186-91.
14. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. [Investigation of disease management of individuals with hypertension at home]. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing* 2013;4(5):30-40.
15. Tr A. [National Nursing Congress]. Kum E, Kum N, Uyer G, editrler. 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Sivas: Esnaf Ofset Matbaacılık; 1992;(1):301-7.
16. Tr A. [Hypertension:Chronic Diseases and Care.]. Durma Z, editr. Kronik Hastalıklar ve Bakım. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. p.100-6.
17. Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *J Clin Epidemiol* 2003;56(6):520-9.
18. Gzm S, Hacıhasanoğlu R. Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2009;8(2):129-36.
19. Ware JE Jr, Sherburne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30(6):473-83.
20. Pınar R. [A new concept in health research: Quality of life in chronic patients to test the validity and reliability of a quality of life scale]. *Hemşirelik Blteni* 1995;38(9):85-95.
21. Hacıhasanoğlu R. [Nursing Responsibilities Management of Hypertension]. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(12):154-64.
22. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook SW, et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006;24(2):215-33.
23. Irmak Z, Dzz GT, Bozyer İ. [Effect of an education programme on the lifestyle change and compliance to drug therapy of hypertensive patients]. *Journal of Hacettepe University School of Nursing* 2007;14(2):39-47.
24. Taş F, Bykbeşe MA. [Hypertension awareness and role of the nurse]. *TAF Prev Med Bull* 2013;12(6):729-34.
25. Drevenhorn E, Bengtson A, Allen JK, Slj R, Kjellgren KI. Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2007;6(1):46-53.
26. Banegas JR, Guallar-Castilln P, Rodríguez-Artalejo F, Graciani A, López-García E, Ruilope LM. Association between awareness, treatment, and control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. *Am J Hypertens* 2006;19(7):686-93.
27. Gçgldi E, Babayığit MA, Hassoy H, Aikel CH, Taşçı I, Ceylan S. [Evaluation of the quality of life perceived by hypertensive patients and of the factors affecting the quality of life]. *Gulhane Med J* 2008;50(3):172-9.
28. Demirci Karakurt P, Kara M. [Hypertension and home care]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yksekokulu Dergisi* 2007;10(1):97-104.
29. Kyngs H, Lahdenper T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. *J Adv Nurs* 1999;29(4):832-9.
30. Fodor GJ, Kotrec M, Bacskai K, Dorner T, Lietava J, Sonkodi S, et al. Is interview a reliable method to verify the compliance with antihypertensive therapy? An international central-European study. *J Hypertens* 2005;23(6):1261-6.
31. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, et al. Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic. *Arq Bras Cardiol* 2001;76(5):349-54.
32. Mert H, zakar N, Kuruoğlu E. [A multidisciplinary special study module research: treatment compliance of patients with hypertension]. *Türk Aile Hek Derg* 2011;15(1):7-12.