

# Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi

Ercan Göçgeldi (\*), Mustafa Alparslan Babayiğit (\*), Hür Hassoy (\*\*), Cengiz Han Açikel (\*), İlker Taşçı (\*\*\*), Süleyman Ceylan (\*)

## ÖZET

Bu çalışmada, hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve buna etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Mayıs 2006 ile Nisan 2007 tarihleri arasında GATA İç Hastalıkları Polikliniğine başvuran (n=232) ve İç Hastalıkları Servisinde yatan (n=89) hipertansiyon tanısı almış hastalarda yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan soru formu kullanılmıştır. Birinci bölümde katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin klinik özellikleri ve yandaş hastalık varlığı sorgulanmıştır. İkinci bölümde araştırma grubunun algıladıkları yaşam kalitesini ölçmek amacıyla kısa form-36 (SF-36) genel yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Katılımcıların kısa form-36 ölçek puanları ortalaması  $53.0 \pm 19.3$  olarak bulunmuştur. Çeşitli risk faktörlerini taşıyan hipertansiyon hastalarında sağlıklı ilişkili algılanan yaşam kalitesi, bu risk faktörlerini taşımayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Hipertansiyon hastalarının tedavisi planlanırken hastaların taşıdıkları risk faktörleri dikkate alınmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Algılama, genel yaşam kalitesi ölçeği, hipertansiyon, SF-36, yandaş hastalık, yaşam kalitesi

## SUMMARY

**Evaluation of the quality of life perceived by hypertensive patients and of the factors affecting the quality of life**

The aim of this study was to determine the quality of life perceived by patients diagnosed to have hypertension and the factors affecting the quality of life. This descriptive study was performed on patients followed-up with the diagnosis of hypertension as either outpatient (n=232) or inpatient (n=89) at the Department of Internal Medicine of Gulhane Military Medical Academy between May 2006 and April 2007. A questionnaire constituted by two parts was used to collect data. In the first part, some sociodemographic features of participants, clinical aspects of the disease and availability of comorbidity were questioned. In the second part the scale of short form-36 (SF-36) was used in order to assess the quality of life perceived by the participants. The mean score of the short form-36 scale of the participants was  $53.0 \pm 19.3$ . Health related quality of life perceived by hypertensive patients with various risk factors was lower than that of patients without such risk factors. Risk factors of hypertensive patients should be considered on planning the treatment of these patients.

**Key words:** Perception, general quality of life scale, hypertension, SF-36, comorbidity, quality of life

## Giriş

Hipertansiyon, dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde önde gelen risk faktörlerindedir. İki bin yılı itibariyle 972 milyon insanda hipertansiyon vardır ve bu sayı dünyadaki erişkin nüfusunun % 26.4'üne denk gelmektedir (1).

Türkiye'de yaklaşık 15-16 milyon hipertansiyon hastasının olduğu öngörülmektedir (2). Ulusal çapta yapılmış üç büyük çalışmaya göre genel hipertansiyon prevalansı %33.7 (TEKHARF çalışması), %31.8 (Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Patent çalışması)) ve %41.7 (METSAR çalışması) olarak bulunmuştur (1,3,4). Cinsiyet ayrımı yapılmaksızın bakıldığında, obeziteden sonra en sık rastlanan risk faktörü olan hipertansiyona diyabetes mellitus (DM) ya da koroner arter hastalığının da eşlik etmesi, benzer düzeyde kalp damar hastalığı riskini artırmaktadır (2). Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik Çalışması'na göre hipertansif kalp hastalığının bütün ölümlerin %3'ünü oluşturduğu ve ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıklar içerisinde 6. sırada olduğu görülmektedir (5). Ülke genelinde yaygınlığı, yandaş hastalık ve risk faktörleri ile birlikteliği göz önüne alındığında hipertansiyon ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Yaşam kalitesi; kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması şeklinde tanımlanır. Mutlu olma ve yaşamdan hoşnut olmayı içeren, genel olarak "iyi olma durumu" olarak da kullanılabilen, kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, inançları, sosyal ilişkileri ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen geniş bir kavramdır (6).

"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

\* GATF Halk Sağlığı Anabilim Dalı

\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

\*\*\* GATF İç Hastalıkları Bilim Dalı

**Ayrı basım isteği:** Dr. Mustafa Alparslan Babayiğit, GATF Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Etik-06018, Ankara  
**E mail:** musalpbaba@yahoo.com

**Makalenin geliş tarihi:** 04.03.2008 • **Kabul tarihi:** 19.09.2008

Bu çalışma, 11. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde (Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 23-26 Ekim 2007) poster bildirisi olarak sunulmuştur

sağlığı tarafından belirlenen, klinik girişimlerden etkilenebilen genel yaşam kalitesinin bir bileşenidir. Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin fonksiyonel etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (6).

Hasta-hekim ilişkisine yaşam kalitesi ölçütlerinin entegre edilmesiyle, daha bütüncül bir yaklaşım elde edilmiş, hastanın beklentilerine daha da yaklaşılmış, hasta ile hekim ortak bir zeminde buluşmuş olacaktır (7). Yaşam kalitesi ölçütleri, kişinin günlük yaşamındaki hastalık sürecini ve tedavi alıp almadığını araştırmaya, hastanın bakış açısından hastalık ve tedavinin etkinliğini belirlemeye ve hastalık boyunca hastanın sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını saptamaya yardımcıdır (8). Pek çok araştırmada ilerleyen yaşlarda ve çeşitli kronik hastalıklarda daha çok artış gösteren bu ihtiyaçların yaşam kalitesi ölçütleri yardımıyla ortaya konulduğu görülmektedir (9-15).

Pek çok epidemiyolojik araştırma hipertansiyon tedavisi ile sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelerken (16,17), toplum tabanlı çalışmalarda hipertansiyonu olanların yaşam kalitelerinin normal toplum popülasyonuna göre daha düşük düzeylerde olduğu ortaya konmuştur (18,19). 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 (20-26).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin ölçüm araçları "genel amaçlı" ve "özel amaçlı" ölçekler olarak iki ana kategoriye ayrılmaktadır. Genel amaçlı ölçütler, genel bir işlev kaybı ve genel olarak rahatsızlık spektrumunu içerir. Sıklıkla kullanılan SF-36, SF-12, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL) ve Nottingham Sağlık Profili bu gruba örnek olarak verilebilir (6).

Kısa form 36 (SF-36) yaşam kalitesi ölçeği, Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (27). Ölçek adından da anlaşılacağı gibi 36 madde içermekte, fiziksel ve mental komponentlerden oluşmaktadır. Fiziksel komponent genel sağlık (GS), fiziksel fonksiyon (FF), fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (FR), vücut ağrısı (VA) alt skalalarından, mental komponent ise mental sağlık (MS), emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı (ER), canlılık/vitalite/enerji (CVt), sosyal fonksiyon (SF) alt skalalarından oluşmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir ve "0" kötü sağlık durumunu gösterir. Ölçekte son dört hafta ve son bir hafta içinde sağlıktaki değişim algısını içeren maddeler bulunmaktadır. SF-36 Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları Koçyiğit ve ark. tarafından yapılmıştır (28).

Bu araştırmada hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve buna etki

eden faktörlerin SF (kısa form)-36 genel yaşam kalitesi ölçeği vasıtasıyla belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma Mayıs 2006 ile Nisan 2007 tarihleri arasında bir yıllık dönemde GATF İç Hastalıkları BD Polikliniğine başvuran ve İç Hastalıkları Servisinde yatan hipertansiyon tanısı almış hastalarda yapılmıştır. Polikliniğe başvuran hastalardan 232'si, klinikte yatan hastalardan 89'u olmak üzere toplam 321 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmişlerdir. Araştırmaya dahil olma kriteri olarak, daha önce hipertansiyon tanısı almış olma ve hipertansiyonla ilişkili bir rahatsızlıktan dolayı hastaneye başvurmuş olma kabul edilmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni, katılımcıların SF-36 genel yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar olarak belirlenmiş, bağımsız değişkenler olarak ise katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin klinik özellikler ve yandaş hastalık varlığı alınmıştır.

Araştırmaya önceden hipertansiyon tanısı almış olan ve bu nedenle hastaneye başvuran kişiler dahil edilmiştir. Hastalara yapılacak araştırma hakkında bilgi verildikten ve verecekleri bilgilerin gizliliğine özen gösterileceği, araştırma dışı herhangi bir amaçla kullanılmayacağı belirtildikten sonra, katılmayı kabul edenler araştırmaya dahil edilmiştir.

Veri toplama aracı olarak iki bölümden oluşan bir soru formu kullanılmıştır. Birinci bölümde katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri, hastalığa ilişkin klinik özellikleri ve yandaş hastalık varlığı sorgulanmıştır. İkinci bölümde araştırma grubunun algıladıkları yaşam kalitesini ölçmek amacıyla SF-36 genel yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır (28).

GATA İç Hastalıkları BD Polikliniğine başvuran hastalarda yapılan ön denemenin ardından veri toplama formuna son şekli verilmiştir. Her sabah poliklinik hasta bekleme yeri ziyaret edilmiş, çalışmaya katılmayı kabul edenlerle muayene odasında yüz yüze görüşülmüştür. Günlük yapılan klinik ziyaretleri ile de yatan hastalarla görüşülmüştür. Soru formları gözlem altında katılımcılar tarafından doldurulmuş, çeşitli nedenlerle formu doldurmakta zorluk çeken katılımcılara yardımcı olunmuştur.

Katılımcıların SF-36 ölçeğinden aldıkları "toplam", "her bir alt komponent" ve "her bir skala" ile ilgili puanlar çeşitli sosyodemografik özelliklerine, hastalığının klinik özelliklerine ve yandaş hastalık varlığına göre değerlendirilmiştir.

Vücut kitle indeksleri (kg/m<sup>2</sup>) 18.4 ve altı (Zayıf), 18.5-24.9 (Normal), 25-29.9 (Kilolu), 30-39.9 (Obez),

40 ve üzeri (Morbid obez) olarak gruplandırılmıştır (29).

Verilerin frekans dağılımları, tanımlayıcı ve çapraz tablolar SPSS ("Statistical Package for the Social Sciences") 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin normallik analizleri Kolmogorov-Smirnov uyum iyiliği testi ile değerlendirilmiştir. İkili grup karşılaştırmalarında normal dağılıma uygun olan veriler için t-testi, uygun olmayanlar için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup karşılaştırmaları, normal dağılıma uygun veriler için tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA), uygun olmayanlar için Kruskal Wallis testi ile yapılmıştır. Verilerin alt grup karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

## Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması 51.4±14.9 yıl olup, %50.8'i kadın, %66.5'i evli, %48.9'u ortaokul ve altı öğrenim düzeyine sahiptir. Katılımcılara ait bazı sosyodemografik veriler Tablo I'de sunulmuştur.

Tablo I. Katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri (n=321)			
		Sayı	%
Yaş	20-29	47	14.6
	30-39	22	6.9
	40-49	65	20.2
	50-59	78	24.3
	60 ve üzeri	109	34.0
Cinsiyet	Erkek	163	49.2
	Kadın	158	50.8
Medeni durum	Evli	214	66.7
	Bekar	49	15.3
	Dul/boşanmış	58	18.1
Doğum yeri	Köy/kasaba	118	36.8
	İlçe merkezi	104	32.4
	İl merkezi	99	30.8
Öğrenim durumu	Ortaokul ve altı	157	48.9
	Lise	84	26.2
	Yüksekokul/fakülte	80	24.9
Aylık hane toplam geliri (YTL)	<1000	125	38.9
	≥1000	196	61.1
Hanede yaşayan kişi sayısı	1	45	14.0
	2-4	227	70.7
	5 ve üzeri	49	15.3
Vücut kitle indeksi	Zayıf (18.4 ve altı)	4	1.2
	Normal (18.5-24.9)	72	22.4
	Kilolu (25-29.9)	153	47.7
	Obez (30-39.9)	86	26.8
	Morbid obez (40 ve üzeri)	6	1.9

Katılımcıların %75.6'sı son bir yıl içerisinde iki ve daha fazla kez doktor kontrolünden geçmiştir. Katılımcıların %48.3'ü tek çeşit, %41.9'u iki çeşit antihipertansif ilaç kullandığını, %94.0'ı ilaç dozunun yeterli geldiğini, %78.0'ı ilaçla birlikte tansiyonun normal seyrettiğini söylemektedir. Hipertansif hastaların %36.2'si herhangi bir zamanda kullandığı ilaca karşı yan etki geliştiğini, %29.2'si yan etkiden dolayı tekrar doktora başvurduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %49.2'si halen sigara kullanmadığını beyan etmiştir (Tablo II).

Katılımcıların SF-36 ölçek puanları ortalaması 56.2±21.3 iken, fiziksel komponent puanları ortalaması 54.9±21.1, mental komponent puanları ortalaması 57.7±23.8 olarak bulunmuştur (Tablo III).

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği klinikte yatanlarda (48.8±21.3), kadınlarda (48.5±18.9), boşanmış-dularda (40.9±18.5), köyde doğanlarda (45.4±18.4), ilaç yan etkisi yaşayanlarda (47.3±18.8), ilaç yan etkisinden dolayı doktora başvuranlarda (46.5±19.2), yandaş hastalığı olanlarda (diyabetes mellitus, kalp yetmezliği, akut miyokard enfarktüsü, periferik arter hastalığı, v.b.) (43.9±18.6), 60 yaş üzerindekielerde (46.3±19.1), vücut kitle indeksi 18.5-24.9 aralığı dışında olanlarda (51.7±18.9), aylık hane toplam geliri 1000 YTL'nin altında olanlarda (48.3±19.4), 8 yıl ve altında öğrenim düzeyine sahip olanlarda (46.8±18.0) ve yalnız yaşayanlarda (42.4±19.6) ölçek puanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olarak bulunmuştur (p<0.05) (Tablo IV,V).

SF 36 yaşam kalitesi ölçeğinin bütün alt gruplarında yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşam kalitesi puanlarının düştüğü, bu düşüşün FF, FR, VA, C/VT, SF, DR ve MS

Tablo II. Katılımcılara ait bazı klinik özellikler (n=321)			
		Sayı	%
Son 1 yıl içinde doktor kontrolü sayısı	1	75	24.4
	≥2	233	75.6
Kullanılan antihipertansif ilaç çeşidi	1	151	48.3
	≥2	162	51.7
Kullanılan ilaç dozu konusundaki düşüncesi	Yeterli	297	94.0
	Yetersiz	19	6.0
İlaça rağmen kan basıncı düzeyi	Normal	248	78.0
	Normal değil	70	22.0
İlaça karşı yan etki	Gelişen	115	36.2
	Gelişmeyen	203	63.8
İlaç yan etkisinden dolayı doktora başvuru	Yapan	93	29.2
	Yapmayan	225	70.8
Sigara	Kullanan	163	50.8
	Kullanmayan	158	49.2

**Tablo III. Hipertansif hastaların kısa form (SF)-36 alt ölçek puan ortalamaları**

SF-36 alt ölçekleri	Kadın*	Erkek*	Toplam*
Fiziksel fonksiyon	55.3±28.7	71.2±26.3	63.1±28.7
Fiziksel rol	40.3±42.8	53.6±43.8	46.8±43.8
Vücut ağrısı	49.3±27.0	64.5±22.1	56.8±25.8
Genel sağlık	53.6±9.31	52.9±8.6	53.2±8.9
Fiziksel komponent puan ortalaması	49.6±21.2	60.4±19.5	54.9±21.1
Canlılık	49.9±23.0	59.7±21.9	54.7±22.9
Sosyal fonksiyon	60.0±27.9	70.7±24.3	65.2±26.7
Duygusal rol	45.1±44.7	59.9±43.0	52.4±44.4
Mental sağlık	56.2±21.3	61.8±19.6	58.9±20.6
Mental komponent puan ortalaması	52.6±24.2	62.9±22.3	57.7±23.8
Toplam ölçek puan ortalaması	51.1±21	61.5±19.9	56.2±21.3

\*: Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir

alt ölçekleri için istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo IV,V).

Kadınlar bütün alt ölçeklerde erkeklere göre daha düşük puanlar almış olup, aradaki farklılıklar GS hariç bütün alt ölçekler için istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo IV,V).

Bütün alt ölçeklerde dul/boşanmış olanlar evli ve bekarlara göre daha düşük puanlar almış olup, aradaki farklılıklar bütün alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo IV,V).

Köyde doğanların ilçe ve beldeye göre, öğrenim durumu ortaokul ve altında olanların lise ve fakülteye göre GS hariç bütün alt ölçek puanlarında daha düşük skorlar elde ettiği, aradaki farklılıkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.05$ ) (Tablo IV,V).

Aylık hane toplam geliri 1000 YTL ve altında olanlar ile evde yalnız başına yaşayanlar GS hariç bütün alt ölçek puanlarında daha düşük puanlar elde etmiş olup, aradaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo IV,V).

İç hastalıkları servisinde yatanlar poliklinik hastalarına göre, herhangi bir yandaş hastalığa (DM, HT, kalp yetmezliği, AMI, v.b.) sahip olanlar olmayanlara göre bütün alt ölçeklerde daha düşük puanlar elde etmiş olup, aradaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo IV,V).

Vücut kitle indeksine göre şişman olan hastalar GS hariç bütün alt ölçeklerde daha düşük puanlar elde

etmiş, aradaki puan farklılıkları GS ve DR hariç bütün alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo IV,V).

Antihipertansif ilaç yan etkisi yaşayanlar yaşayanlar yaşayanlara göre ve yan etkiden dolayı tekrar doktora başvuranlar başvurmayanlara göre bütün alt ölçeklerde daha düşük puanlar elde etmiş, farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo IV,V).

## Tartışma

Hipertansif hastalarla ilgili yapılmış sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmalarının çoğu ilaç ve tedavi etkinliğini ortaya koyma amaçlı olmasına karşın (17,30-34), literatürde yaşam kalitesi üzerinde sosyodemografik ve diğer klinik faktörlere odaklanmış çalışmalar da mevcuttur (18,35-37). Çalışmamız hastane tabanlı planlanması bakımından toplumun genelini yansıtmamakla beraber hipertansiyon tanısı almış kişilerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini etkileyen sosyodemografik ve yandaş hastalık, ilaç yan etkisi gibi klinik durumları ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Li ve ark.nın Çin'deki hastanelere başvuranlarda yaptıkları çalışmada, hipertansiyon tanısı almış 4510 kişinin %33'ünün son bir yıl içerisinde doktor kontrolünden geçtiği görülmüştür (38). Çalışmamızda bu oran %75.6 olarak bulunmuştur.

Toplum tabanlı bir kohort araştırmasında 519 hipertansif hastanın %64.2'sinin (333 kişi) tek çeşit, %26.9'unun (140 kişi) iki çeşit antihipertansif kullandığı, hipertansiyon ve ilaç kullanımının klinik açıdan yaşam kalitesinde anlamlı düşümlere sebep olduğu ortaya konmuştur (39). Bizim çalışmamızda bu oranlar sırasıyla %48.3 ve %41.9 olarak bulunmuştur.

Li ve ark. hipertansif hastaların medikal tedaviyi sonlandırma nedenleri içerisinde %7'lik payın yan etkiden kaynaklandığı sonucuna ulaşmışlardır (38). Çalışmamızda da herhangi bir zamanda kullanılan ilaca karşı yan etki gelişme durumu sorgulanmış, yan etki gelişenlerde ve tekrardan doktora başvuranlarda yaşam kalitesi puanları daha düşük olarak saptanmıştır.

Bardage ve ark.nın 5404 kişi üzerinde yaptığı toplum tabanlı bir çalışmada hipertansif hastalarda yaşam kalitesi düzeyleri araştırılmış; yaş arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğü saptanmıştır. FF, RF, VA ve GS alt ölçek puanlarının ileri yaş grubunda genç yaş grubuna göre, SF ve DR puanlarının 75 yaş ve üzerindeki kişilerde daha genç yaştaakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (18). Li ve ark.nın 9703 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada SF-36 ölçeğinin bütün alt ölçekleri için ileri yaşlarda genç yaştaakilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır (40). Burström ve ark.

**Tablo IV. Hipertansif hastaların bazı sosyodemografik özelliklere göre kısa form (SF)-36 fiziksel komponent alt skala puan ortalamalarının karşılaştırılması**

		Fiziksel komponent*	Fiziksel komponent alt skalaları			
			FF*	FR*	GS*	VA*
Yaş <sup>a</sup>	<40	62.8±19.3	75.7±22.4	55.0±43.6	52.6±9.9	68.1±22.5
	40-59	57.2±20.2	67.0±26.3	52.9±42.5	53.1±8.3	56.6±25.6
	≥60	47.0±20.9	50.1±30.2	33.7±42.9	53.8±9.2	50.0±25.9
Cinsiyet <sup>b</sup>	Erkek	60.4±19.5	71.2±26.3	53.6±43.8	52.9±8.6	64.5±22.1
	Kadın	49.6±21.2	55.3±28.7	40.3±42.8	53.6±9.3	49.3±27.0
Medeni durum <sup>a</sup>	Evli	57.1 ±20.5	65.7±27.1	51.2±43.8	53.4±9.0	58.3±25.3
	Bekar	60.6±18.9	75.8±21.0	51.0±44.1	50.2±9.2	65.6±23.5
	Dul/boşanmış	41.4±19.6	42.1±29.7	25.4±37.0	55.4±7.9	42.8±24.5
Doğum yeri <sup>a</sup>	Köy/belde	49.5±21.1	55.8±29.1	37.3±43.2	54.1±9.2	50.6±24.9
	İlçe	60.3±19.6	70.1±25.6	56.2±41.9	52.3±8.5	62.2±25.2
	İl	56.1±21.3	64.6±29.5	48.7±44.5	53.0±9.0	58.5±26.4
Öğrenim durumu <sup>a</sup>	Ortaokul ve altı	47.5±20.0	53.4±28.9	34.5±40.7	54.6±9.9	48.4±25.3
	Lise	59.8±20.3	69.5±27.2	55.3±44.9	51.8±8.0	62.5±24.7
	Fakülte	64.4±18.8	75.6±22.7	62.1±41.9	52.1±7.6	67.3±22.5
Aylık hane toplam geliri <sup>b</sup> (YTL)	<1000	50.2±20.9	67.8±26.4	55.8±42.7	52.1±8.7	60.9±24.9
	≥1000	59.0±20.4	58.4±30.0	36.0±43.2	54.8±9.40	51.1±25.8
Evde yaşayan kişi sayısı <sup>a</sup>	1	44.7±20.9	47.5±29.5	28.3±41.4	56.0±8.6	47.1±26.5
	2-4	57.7±20.5	67.0±27.2	52.5±43.7	52.7±8.9	59.1±24.7
	5 ve üzeri	51.7±20.9	59.7±29.8	37.7±40.5	53.1±9.4	54.8±28.4
Hasta grubu <sup>b</sup>	Klinik	51.1±22.1	58.4±33.4	36.5±42.6	53.1±9.6	55.9±27.6
	Poliklinik	56.4±20.5	65.0±26.4	50.8±43.6	53.7±8.7	57.1±25.1
Vücut kitle indeksi <sup>b</sup>	Normal	61.0±21.9	71.8±27.7	56.3±45.0	52.0±9.6	63.9±26.3
	Şişman	53.3±20.6	60.9±28.5	44.3±43.2	53.6±8.7	54.8±25.4
Yandaş hastalık <sup>b</sup>	Var	45.3±20.5	49.2±29.4	31.9±40.6	52.8±9.0	47.3±25.5
	Yok	62.2±18.6	75.0±22.7	57.2±42.6	54.0±9.1	63.9±23.6
İlaç yan etkisi <sup>b</sup>	Yaşayan	49.1±20.3	55.7±28.2	36.5±42.9	54.6±8.9	49.0±25.4
	Yaşamayan	58.3±21.0	67.1±28.3	52.8±43.6	52.6±9.0	61.4±25.2
Yan etkiden dolayı doktora başvuru <sup>b</sup>	Yapan	47.8±20.1	54.4±28.2	33.3±42.2	55.1±8.7	47.9±25.8
	Yapmayan	57.9±20.9	66.6±28.3	52.5±43.5	52.5±9.0	60.6±25.1

\*: Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir

<sup>a</sup>Kruskal Wallis testi (Alt grup karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır), p<0.05

<sup>b</sup>Mann-Whitney U testi, p<0.05

FF: Fiziksel fonksiyon, FR: Fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, GS: Genel sağlık, VA: Vücut ağırlığı

nın yaptığı çalışmada en genç erkek grup en yüksek yaşam kalitesi skorlarına sahipken, en yaşlı kadın grubun en düşük skorlara sahip olduğu bulunmuştur (41). Aydemir ve ark.nın yaptığı çalışmada da sağlıkla ilgili yaşam kalitesi puanları ileri yaşlarda daha düşük olarak saptanmıştır (42). Çalışmamızda da yaş arttıkça ölçek puanlarının anlamlı derecede düştüğü gözlenmiştir.

Çalışmamızda hipertansif kadınların SF-36 yaşam kalitesi ölçek puanlarının erkeklere göre GS hariç bütün alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Diğer çalışmalarda da hipertansif kadınlardaki yaşam kalitesi puanlarının benzer şekilde düşük olduğu saptanmıştır (18,40-42). Bu durum kadınların içsel durumlarına erkeklerden daha duyarlı olmalarından kaynaklanıyor olabilir (42).

Bardage ve ark.na göre bekarlar SF, DR ve MS alt ölçeklerinde, dul/boşanmış olanlar VA hariç bütün alt ölçeklerde evlilere göre düşük skorlar elde etmiş olup, aradaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (18). Çalışmamızda bütün alt ölçeklerde dul/boşanmış olanlar evli ve bekarlara göre daha düşük puanlar almış olup, aradaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Li ve ark.na göre eğitim seviyesi arttıkça çoğu yaşam kalitesi skorları da artış göstermektedir (40). Bardage ve ark.na göre ise eğitim seviyesi arttıkça FF ve VA alt ölçeklerinde artış olduğu gözlenmiştir (18). Bizim çalışmamızda da benzer olarak eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesi skorlarının arttığı, bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

Bardage ve ark.nın çalışmasında yüksek sosyal statüye sahip olanlarda FF, VA ve GS skorlarında artışlar

**Tablo V. Hipertansif hastaların bazı sosyodemografik özelliklerine göre kısa form (SF)-36 mental komponent alt puan ortalamalarının karşılaştırılması**

		Mental komponent*	Mental komponent alt skalaları			
			MS*	ER*	C/V*	SF*
Yaş <sup>a</sup>	<40	63.4±22.0	64.5±20.4	57.9±42.6	62.2±20.6	69.6±23.1
	40-59	59.7±23.0	58.0±19.3	57.8±45.0	54.7±20.4	69.1±25.2
	≥60	51.5±24.7	56.6±21.9	41.8±43.1	50.1±26.1	57.6±29.1
Cinsiyet <sup>b,c</sup>	Erkek	62.9±22.3	61.8±19.6 <sup>c</sup>	59.9±43.0 <sup>b</sup>	59.7±21.9 <sup>b</sup>	70.7±24.3 <sup>b</sup>
	Kadın	52.6±24.2	56.2±21.3 <sup>c</sup>	45.1±44.7 <sup>b</sup>	49.9±23.0 <sup>b</sup>	60.0±27.9 <sup>b</sup>
Medeni durum <sup>a</sup>	Evlü	59.7±23.5	59.7±20.4	56.9±44.1	55.4±22.8	67.4 ± 26.3
	Bekar	63.1±21.1	66.5±19.9	51.7±44.1	63.5±20.0	70.6±22.0
	Dul/boşanmış	45.6±23.8	50.0±19.4	35.0±42.0	44.9±23.0	52.3±28.5
Doğum yeri <sup>a,d</sup>	Köy/belde	52.3±24.3	54.0± 0.9	45.0±45.1 <sup>a</sup>	50.3±23.5 <sup>a</sup>	59.8±26.8 <sup>a</sup>
	İlçe	60.5±22.8	61.0±19.6	58.6±42.4 <sup>a</sup>	57.2±22.1	67.5±25.6
	İl	61.5±23.1	62.9±20.2	55.2±44.7	57.7±22.5	69.6±26.9
Öğrenim durumu <sup>a,d</sup>	Ortaokul ve altı	50.5±23.5	54.1±21.1 <sup>d</sup>	40.7±43.2 <sup>a</sup>	48.7±24.0 <sup>d</sup>	59.1±26.5 <sup>a</sup>
	Lise	62.7±22.9	63.0±20.0	59.1±43.0	59.5±22.0	69.3±25.6
	Fakülte	66.4±21.1	64.1±18.2	68.3±42.0	61.4±18.5	72.9±25.8
Aylık hane toplam geliri <sup>b,c</sup> (YTL)	<1000	51.9±24.2	61.6±19.7 <sup>c</sup>	60.9±43.2 <sup>b</sup>	57.6±21.6 <sup>c</sup>	68.7±25.5 <sup>b</sup>
	≥1000	62.1±22.9	55.2±21.5 <sup>c</sup>	40.5±43.6 <sup>b</sup>	51.3±24.6 <sup>c</sup>	60.8±27.6 <sup>b</sup>
Evde yaşayan kişi sayısı <sup>a</sup>	1	47.2±24.7	52.0±22.2	31.1±40.4	49.4±24.5	56.3±27.6
	2-4	60.9±23.0	60.8±20.2	58.8±43.9	56.5±22.4	68.1±25.8
	5 ve üzeri	52.6±23.3	56.5±19.6	42.1±42.9	51.5±23.4	60.4±27.9
Hasta grubu <sup>b</sup>	Klinik	52.1±26.4	58.3±22.9	40.8±43.1	52.0±26.9	57.1±30.4
	Poliklinik	59.9±22.4	59.2±19.7	56.8 ± 44.1*	55.8±21.2	68.4±24.5
Vücut kitle indeksi <sup>b,c</sup>	Normal	63.2±23.1	63.4±20.2 <sup>c</sup>	58.7 ± 43.4	59.5±23.4 <sup>b</sup>	71.7±25.4 <sup>b</sup>
	Şişman	56.2±23.8	57.7±20.6 <sup>c</sup>	50.7 ± 44.6	53.4±22.7 <sup>b</sup>	63.5±26.8 <sup>b</sup>
Yandaş hastalık <sup>b</sup>	Var	47.7±23.8	53.2±20.9	36.5 ± 42.4*	48.1±24.9	53.8±28.4
	Yok	65.0±20.6	63.5±19.4	63.1 ± 41.9*	60.8±19.0	73.4±21.4
İlaç yan etkisi <sup>b</sup>	Yaşayan	51.6±23.3	53.9±19.6	45.2±44.1	48.4±22.9	59.8±26.4
	Yaşamayan	60.9±23.6	61.6±20.7	56.1±44.2	58.2±22.2	68.3±26.4
Yan etkiden dolayı doktora başvuru <sup>b</sup>	Yapan	51.1±24.1	53.9±19.8	44.0±45.8	47.3±23.8	60.1±26.4
	Yapmayan	60.2±23.3	60.8±20.6	55.5±43.5	57.7±21.9	67.3±26.6

\*: Değerler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Testi (Alt grup karşılaştırmaları Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır), p<0,05

<sup>b</sup>Mann-Whitney U testi, p<005

<sup>c</sup>t-testi, p<0.05

<sup>d</sup>One way ANOVA (ANOVA test sonucu sonrası Post Hoc olarak Bonferroni düzeltmeli t testi yapıldı), p<0.05

MS: Mental sağlık, ER: Emosyonel fonksiyona bağlı rol kısıtlılığı, CVT: Canlılık/vitalite/enerji, SF: Sosyal fonksiyon

olduğu ve bu artışların istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (18). Diğer çalışmalarda da sosyoekonomik durum arttıkça sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin arttığı görülmektedir (40,41). Çalışmamızda sosyoekonomik durumun belirleyicilerinden olan aylık hane toplam geliri yüksek olanlarda GS hariç bütün alt ölçeklerde yüksek skorlar elde edilmiştir. Çalışma kapsamında sadece hipertansiyon tanısı almış olan hastalar incelendiğinden dolayı genel sağlık düzeyleri arasında farklılık saptanamamış olabilir.

Aydemir ve ark.nın yaptığı çalışmaya göre hipertansiyon komorbidite durumunda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir (42). Bardage ve ark.nın yaptığı çalışmada hipertansif olup aynı zamanda diyabeti olanlarda DR ve MS haricinde

deki bütün alt ölçek skorlarında, anjina pektorisde SF ve DR, enfarkt durumunda GS ve CA, inme öyküsü olanlarda ise FF, GS, CA ve SF alt ölçek skorlarında düşük değerler elde edilmiştir (18). Li ve ark.na göre de hipertansiyon ve diyabet birlikteliğinde yaşam kalitesi skorlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü gözlenmiştir (40). Thommasen ve ark.nın yaptığı çalışmada sahip olunan kronik hastalığın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin en güçlü belirleyicilerinden biri olduğu ortaya çıkmıştır (43). Steward'ın 9385 yetişkin üzerinde yaptığı çalışmada kronik bir hastalığa sahip olanlarda FR, SF, MS ve VA alt ölçeklerinde daha düşük değerler saptanmış, birden çok kronik hastalığa sahip olanlar fonksiyonel iyilik halinde en kötü skorları elde etmişlerdir (44). Thumboo ve

ark. hipertansif hastalarda komorbidite durumunun SF-36 puanlarını düşüren önemli bir etken olduğu sonucuna varmışlardır (45). Arslantaş ve ark.nın çalışmasında hekim tanıli kronik bir hastalığın olması durumu bireylerin –sosyal alan dahil- tüm alanlarda yaşam kalitesini azalttığı sonucuna varılmıştır (46). Wee ve ark.nın çalışmasında, hipertansiyonla birlikte diyabet, kalp hastalığı, iskelet-kas hastalığı gibi kronik bir hastalığa sahip olanlar genel olarak SF-36'nın çoğu alanlarında düşük puanlar elde etmiş, sağlıklı ilişkili yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir (47). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde herhangi bir yandaş hastalığa (DM, HT, kalp yetmezliği, AMI, v.b.) sahip olanlar olmayanlara göre bütün alt ölçeklerde daha düşük puanlar elde etmiş, aradaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Banegas ve ark.nın toplum tabanlı çalışmasında 3567 kişi incelenmiş, obezite, hipertansiyon ve diyabeti olan veya kombinasyonlarına sahip kişilerin fiziksel ve mental ölçek alanları dahil sağlıklı ilişkili kötü bir yaşam kalitesine sahip oldukları gözlenmiştir (48). Aydemir ve ark. da hipertansiyonla komorbid obezite durumunun fiziksel fonksiyon üzerinde negatif etkisi olduğunu ortaya koymuşlardır (7). Çalışmamızda vücut kitle indeksine göre şişman olan hastalar GS hariç bütün alt ölçeklerde daha düşük puanlar elde etmiş, aradaki puan farklılıkları GS ve DR hariç bütün alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Araştırmamız hastane tabanlı olarak planlandığı ve hastaların hastaneye ulaşabilecek sosyal güvence varlığı ve yeterli sağlık bilincine sahip olmalarından dolayı genel popülasyondaki hipertansif hastaları temsil etmemektedir. Araştırmanın bir yıllık süre içinde polikliniğe ve kliniğe başvuran hipertansiyon tanısı almış olan hastalarda gerçekleştirilmesi hedeflenmiştir. Ancak hastalarla tek tek görüşülmesi, her bir görüşmenin ortalama 20-30 dakika sürmesi, bundan dolayı da bazı hastaların çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri nedeniyle olgu sayısı daha fazla artırılmamıştır.

Hipertansiyon hastalarında sağlıklı ilişkili algılanan yaşam kalitesini etkileyen risk faktörleri; klinikte yatıyor olmak, kadın olmak, boşanmış-dul olmak, ilaç yan etkisi yaşamak, yandaş bir hastalığa (DM, kalp yetmezliği, AMI, periferik arter hastalığı, v.b.) sahip olmak, 60 yaş üzerinde olmak, vücut kitle indeksi 25 ve üzerinde olmak, aylık hane toplam geliri düşük olmak (1000 YTL'nin altında), düşük öğrenim düzeyine (8 yıl ve altında) sahip olmak ve yalnız yaşamak olarak sıralanabilir. Hipertansiyon hastalarının tedavisi planlanırken hastaların taşıdıkları bu risk faktörleri dikkate alınmalıdır.

## Kaynaklar

1. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar Ş, and for the 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: 1817-1823.
2. Öngen Z. Çözümü zor bir toplumsal sorun: hipertansiyon. *Klinik Gelişim* 2005; 18: 4-7.
3. Soydan İ, Hipertansiyon ile ilgili TEKHARF çalışması verileri ve yorumu. In: Onat A (ed). *Türk Erişkinlerde Kalp Sağlığı (TEKHARF)*. İstanbul: Argos iletişim, 2003.
4. METSAR araştırmacıları. Türk erişkinlerde metabolik sendrom prevalansı. TKD XX. Ulusal kongresi 2004, Antalya.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü. Final Rapor. Aralık-2004.
6. Eser E. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi* 2006; 1: 1-5.
7. Aydemir Ö. Sağlıklı yaşam kalitesinin klinik uygulamalarda kullanımı. *Sağlıkta Birikim Dergisi* 2006; 1: 9-13.
8. Şenol Y, Türkay M. Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: cevap kayması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006; 5: 382-389.
9. Kızılcı S. Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999; 3: 18-26.
10. Gülşeren L, Hekimsoy Z, Gülşeren Ş, Bodur Z, Kültür S. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12: 89-98.
11. Şekuri C. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kardiyovasküler hastalıklarda kullanımı. *Sağlıkta Birikim Dergisi* 2006; 1: 64-70.
12. Soyuyğit Ş, Erk M, Güler N, Kılınç G. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesinin belirlenmesinde SF-36 sağlık taramasının değeri. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2006; 54: 259-266.
13. Adigüzel D, Gündüz OH, Bodur H, Yücel M. Quality of life in osteoporosis. *Romatizma Dergisi* 2000; 15: 173-179.
14. Leone MA, Beghi E, Righini C, Apolone G, Mosconi P. Epilepsy and quality of life in adults: a review of instruments. *Epilepsy Res* 2005; 66: 23-44.
15. Özgür B, Kürşat S, Aydemir Ö. Hemodiyaliz hastalarının yaşam kalitesi ile anksiyete ve depresyon düzeyleri yönünden değerlendirilmesi. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 2003; 12: 113-116.
16. Banegas JR, Guallar-Castillón 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: 686-693.
17. Coyne KS, Darlene Davis D, Frech F, Hill MN. Health-related quality of life in patients treated for hypertension: a review of the literature from 1990 to 2000. *Clin Ther* 2002; 24: 142-169.
18. Bardage C, Isacson Dag GL. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 172-181.

19. Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BEK. Health status and hypertension: a population-based study. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 1239-1245.
20. Aydemir O, Cenk Ozdemir C, Koroglu E. The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. *Arch Med Res* 2005; 36: 136-141.
21. Rijken M, van Kerkhof M, Dekker J, Schellevis FG. Comorbidity of chronic diseases: effects of disease pairs on physical and mental functioning. *Qual Life Res* 2005; 14: 45-55.
22. Fortin M, Lapointe L, Hudon C, Vanasse A, Ntetu AL, Maltais D. Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 1-12.
23. Xuan I, Kirchdoerfer LJ, Bayer JG, Norwood GJ. Effects of comorbidity on health-related quality-of-life scores: an analysis of clinical trial data. *Clin Ther* 1999; 21: 383-403.
24. Bremner AD. Antihypertensive medication and quality of life-silent treatment of a silent killer? *Cardiovasc Drugs Ther* 2002; 16: 353-364.
25. Lalonde L, O'Connor A, Joseph L, Grover SA. The Canadian Collaborative Cardiac Assessment Group. Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. *Qual Life Res* 2004; 13: 793-804.
26. Fortin M, Bravo G, Hudon C, et al. Relationship between multimorbidity and health-related quality of life of patients in primary care. *Qual Life Res* 2006; 15: 83-91.
27. Bowling A. *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurement Scales*. 2nd ed. Philadelphia: Open University Press, 1997: 57-60.
28. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N ve ark. Kısa Form-36 (KF36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 102-106.
29. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye 2004.
30. Aydemir Ö, Özdemir C, Danacı AE. Silazapril Yaşam Kalitesi Grubu. Hipertansiyonda Silazapril'in yaşam kalitesi üzerine etkisi: çok merkezli açık bir çalışma. [http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik\\_Metinler/linkdetail.aspx?id=2687](http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdetail.aspx?id=2687) son erişim: 02.12.2007)
31. Cayne KS, Davis D, Frech F, Hill MN. Health-related quality of life in patients treated for hypertension: a review of the literature from 1990 to 2000. *Clin Ther* 2002; 24: 142-169.
32. Rake EC, Breeze E, Fletcher AE. Quality of life and cough on antihypertensive treatment: a randomised trial of eprosartan, enalapril and placebo. *J Hum Hypertens* 2001; 15: 863-867.
33. Dahlöf B, Innocenti AD, Elmfeldt D, et al. Felodipine-Metoprolol combination tablet: maintained health-related quality of life in the presence of substantial blood pressure reduction. *Am J Hypertens* 2005; 18: 1313-1319.
34. Cote I, Gregoire JP, Moisan J. Health-related quality-of-life measurement in hypertension. A review of randomised controlled drug trials. *Pharmacoeconomics* 2000; 18: 435-450.
35. Ünsal A, Arslantaş D, Tozun M. Eskişehir Alpu İlçesinde 50 yaş üstü popülasyonda hipertansiyon prevalansı ve hipertansiyonun yaşam kalitesi üzerine etkisi. XI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. 23-26 Ekim 2007, Denizli, 382-383.
36. Tüzün H, Aycan S. Ankara Merkezindeki Bazı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Kronik Hastalıkların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Uzmanlık Tezi*, 2006.
37. Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG. Van ilinde 15 yaş üzeri erkeklerde SF-36 ile yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 2005; 25: 663-668.
38. Li W, Jiang X, Ma H, et al. Awareness, treatment and control of hypertension in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens* 2003; 21: 1191-1197.
39. Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BEK. Health status and hypertension: a population-based study. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 1239-1245.
40. Li W, Liu L, Puente JG, et al. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens* 2005; 23: 1667-1676.
41. Burström K, Johannesson M, Diderichsen F. Health-related quality of life by disease and socio-economic group in the general population in Sweden. *Health Policy* 2001; 55: 51-69.
42. Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The impact of comorbid conditions on the SF-36: a primary-care-based study among hypertensives. *Arch Med Res* 2005; 36: 136-141.
43. Thommasen HV, Zhang W. Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. *Rural and Remote Health* 2006; 6: 1-18.
44. Stewart AL. Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262: 907-913.
45. Thumboo J, Chan SP, Machin D, et al. Measuring health-related quality of life in Singapore: normal values for the English and Chinese SF-36 Health Survey. *Ann Acad Med Singapore* 2002; 3: 366-374.
46. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. *Osmangazi Tıp Dergisi* 2006; 28: 81-89.
47. Wee HL, Cheung YB, Li SC, Fong KY, Thumboo J. The impact of diabetes mellitus and other chronic medical conditions on health-related quality of life: is the whole greater than the sum of its parts? *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 1-11.
48. Banegas JR, Lopez-Garcia E, Graciani A, et al. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2007; 14: 456-462.