

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

OTUZ BEŞ YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE HİPERTANSİYONUN
FİZİKSEL AKTİVİTE VE PSİKOSOSYAL DURUM ÜZERİNE
ETKİLERİ

Yasemin ŞAHİN YILDIZ

TIP FİZYOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Reha DEMİREL

Tez No: 2014 – 021
2014 – AFYONKARAHİSAR

KABUL VE ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

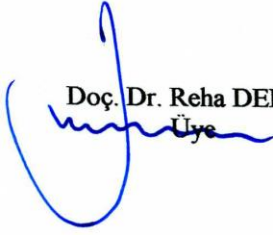
Tıp Fizyoloji Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19/08/2014



Prof. Dr. Kağan ÜÇOK
Jüri Başkanı



Doç. Dr. Reha DEMİREL
Üye



Doç. Dr. Nuray ÖZTAŞAN
Üye

Tıp Fizyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yasemin ŞAHİN YILDIZ'ın "Otuz Beş Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyonun Fiziksel Aktivite ve Psikososyal Durum Üzerine Etkileri" başlıklı tezi 20/08/2014 günü saat 16:00'de Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Kağan ÜÇOK
Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Bu tezin planlanması ve bilimsel bir çalışma haline getirilmesinde yardımlarını esirgemeyen başta danışman hocam Doç. Dr. Reha DEMİREL'e ve tüm yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden, bilgisini ve manevi desteğini eksik etmeyen Fizyoloji Anabilim Dalı Öğretim elemanları Prof. Dr. Kağan ÜÇÖK, Doç. Dr. Nuray ÖZTAŞAN ve Yrd. Doç. Dr. Abdurrahman GENÇ'e teşekkürü borç bilirim. Ayrıca tezim boyunca katkılarından dolayı Arş. Grv. Dr. Hatice YALÇINKAYA ve Arş. Grv. Dr. Hanife UZEL TAŞ'a saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım. Tezin hazırlanması sırasında hep yanımda olan ve her daim varlığına ihtiyaç duyduğum eşim Muharrem YILDIZ'a teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Kabul ve Onay.....	ii
Önsöz.....	iii
İçindekiler.....	iv
Simgeler ve Kısaltmalar.....	vi
Tablolar.....	vii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflandırılması.....	1
1.2. Hipertansiyonun Nedene Yönelik Sınıflandırılması.....	3
1.2.1. Çevresel Faktörler.....	3
1.2.2. Sempatik Sinir Sistemi Hiperaktivitesi.....	3
1.2.3. Renin-Anjiotensin Sistemi.....	4
1.2.4. Sodyum Atılım Bozuklukları.....	4
1.2.5. İntraselüler Sodyum ve Kalsiyum.....	4
1.2.6. İnsülin Direnci.....	5
1.3. Hipertansiyonda Hedef Organ Hasarı.....	5
1.3.1. Kalp.....	5
1.3.2. Beyin.....	6
1.3.3. Böbrek.....	6
1.3.4. Göz.....	6
1.3.5. Damarlar.....	7
1.4. Kan Basıncı Ölçüm Yöntemleri.....	7
1.4.1. Klinikte Kan Basıncı Ölçümü.....	7
1.4.2. Evde Kan Basıncı Ölçümü.....	8
1.4.3. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü.....	8
1.5. Hipertansiyondan Korunmada Yaşam Tarzı Değişiklikleri.....	8

1.5.1. Diyet	9
1.5.2. Alkol ve Sigara Tüketimini Kontrol Altına Almak.....	9
1.5.3. Stresle Mücadele.....	10
1.5.4. Fiziksel Aktivite.....	10
1.6. Hipertansiyonun Görülme Sıklığı.....	12
1.7. Tezin Amacı.....	13
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
2.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği	14
2.2. Kısa Semptom Envanteri	15
2.2.1. Kısa Semptom Envanterinin Değerlendirilmesi Puanlanması.....	16
2.2.2. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi.....	16
2.2.3. Belirti Toplamı İndeksi	16
2.2.4. Semptom Rahatsızlık İndeksi	16
2.2.5. Puanların Yorumlanması	17
2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	17
2.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi	17
2.5. Sosyodemografik Form.....	18
2.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	18
3. BULGULAR.....	19
4. TARTIŞMA.....	31
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
ÖZET.....	38
SUMMARY.....	39
KAYNAKLAR.....	40
EKLER.....	46
ÖZGEÇMİŞ.....	48

SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	Anksiyete bozukluğu
D	Depresyon
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EM	Ek maddeler
ESC	Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti
ESH	Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti
FA	Fobik anksiyete
H	Hostilite
HAD	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HAD-A	Anksiyete alt ölçeği
HAD-D	Depresyon alt ölçeği
JNC-7	Amerika Ulusal Komitesi
KD	Kişilerarası duyarlılık
KSE	Kısa Semptom Envanteri
MET	Toplam Fiziksel Aktivite
METSAR	Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması
OKB	Obsesif kompulsif bozukluk
P	Psikotizm
PATENT	Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
PD	Paranoid düşünce
S	Somatizasyon
SCL-90-R	Belirti Tarama Listesi
SF- 36	Yaşam Kalitesi Ölçeği
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri çalışması
UFAA	Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi
VKI	Vücut kütle indeksi

TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 1.1. Amerika Ulusal Komitesinin Kan Basıncı Düzeyleri Sınıflandırması	2
Tablo 1.2 Avrupa Hipertansiyon ve Kardiyoloji Cemiyeti Hipertansiyon Sınıflandırılması	2
Tablo 3.1. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri.....	19
Tablo 3.2. Katılımcıların Bazı Klinik Özellikleri.....	20
Tablo 3.3. Hipertansiyonda Etkili Bazı Davranışsal Faktörlerin Değerlendirilmesi.....	21
Tablo 3.4. Hastaların SF-36, KSE, HAD ve UAFF Ölçek Puan Ortalamaları.....	22
Tablo 3.5. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre SF-36, HAD-A, HAD-D Puan Ortalamaları	23
Tablo 3.6. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre KSE’i indekleri ve Toplam Fiziksel Aktivite Puan Ortalamaları	24
Tablo 3.7. Hastaların Depresyon ve Anksiyete Açısından Eşik Üstü/Altı Puanlarına Göre Dağılımı	25
Tablo 3.8. HAD-A Eşik Değerine Göre Grupların SF-36, KSE ve UAFF Puanları.....	26
Tablo 3.9. HAD-D Eşik Değerine Göre Grupların SF-36, KSE ve UAFF Puanları.....	27
Tablo 3.10. Fiziksel Aktivitelerde Bulunan ve Bulunmayanların SF-36 Alan Puanları Dağılımı.....	28
Tablo 3.11. Fiziksel Aktivitelerde Bulunan ve Bulunmayanların KSE’i Alan Puanları Dağılımı.....	28
Tablo 3.12. Fiziksel Aktivitelerde Bulunan ve Bulunmayanların HAD Alan Puanları Dağılımı.....	29

Tablo 3.13. Fiziksel Aktivitelerde Bulunan ve Bulunmayanların UFAA Alan Puanları Dağılımı.....	29
Tablo 3.14. Kadın ve Erkeklerde Fiziksel Aktivite ve Oturma Süresi Puanları Dağılımı.....	29

1. GİRİŞ

1.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflandırılması

Arteriyel kan basıncının normal kabul edilen değerlerin üzerinde olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, Erişim Tarihi: 03.09.2013). Hipertansiyonun inme, koroner kalp hastalığı gibi majör komplikasyonları da beraberinde getiren, kan basıncı yüksekliği olarak tanımlanması da mümkündür. Günümüzde sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzerinde bulunması ya da kişinin kan basıncını düşürücü ilaç tedavisi alıyor olması hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır (Zanchetti ve ark., 1993; Sheps, 1997; Altun ve ark., 2003).

Hipertansiyon, dünyada önde gelen ölüm nedenleri içinde bir numaralı risk faktörüdür (Altun ve ark., 2003; Goldman ve Ausiello, 2007). Yetişkin nüfusun dörtte birini etkileyen bu hastalık insanların doktora başvurmalarına neden olan en yaygın spesifik hastalık nedenidir (Goldman ve Ausiello, 2007). Hipertansiyon, iyi kontrol edilmediği takdirde vücuttaki birçok organın yapı ve fonksiyonunu ciddi şekilde etkileyen kompleks bir hastalıktır. Hipertansiyon uzun yıllar belirtisiz veya komplikasyonsuz olarak seyredebilir. Bu sırada tek somut bulgu arteriyel kan basıncının yüksek saptanmasıdır. Ciddi komplikasyonlar uzun yıllar sonra ortaya çıkabilir. Belirtisiz dönemde hastaya tedaviyi benimsetmek güç olur. Bu nedenle yüksek kan basıncı tedavisinde hasta uyumu büyük önem kazanmaktadır. Hipertansiyon hastalarının yaklaşık 1/3'ü, durumlarından haberdar değildir. Hipertansiyonlu hastaların ancak yarısı tedavi almaktadır ve bu hastaların önemli bir bölümü de verilen tedavileri düzenli uygulamamaktadır. Buna bağlı olarak da tedavi alan hastaların yarısından azının kan basınçları kontrol altındadır. Bu durumda, hipertansiyon hastalarının büyük bölümü yüksek kan basıncı değerlerinin getireceği olumsuzluklarla karşı karşıyadır (Kaya Kalan, 2007).

Kan basıncının belli sınırların üzerinde seyretmesinin morbidite ve ölüm oranı yönünden önemli sorunlar doğurduğu gösterilmiştir. Hipertansiyonun tanımı ve sınıflandırılması ile ilgili olarak çeşitli kılavuzlar yer almaktadır. Bu kılavuzlar arasında en yaygın olarak bilinen sınıflamalardan Amerika Ulusal Komitesinin (JNC-7) Yüksek Kan Basıncının Önlenmesi, Belirlenmesi, Değerlendirilmesi ve Tedavisi 7. Raporuna göre yapılan sınıflama (Tablo 1.1) (Chobanian ve ark., 2004).

Tablo 1.1 Amerika Ulusal Komitesinin Kan Basıncı Düzeyleri Sınıflandırması (Chobanian ve ark., 2004).

Kategori	Sistolik HT(mmHg)		Diastolik HT(mmHg)
İdeal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	ve/veya	80-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	≥160	ve/veya	≥100

Bir diğer sınıflama ise Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Cemiyetinin (ESC) Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi kılavuzuna göre yapılan sınıflamasıdır (Tablo 1.2) (Mancia ve ark., 2007).

Tablo 1.2 Avrupa Hipertansiyon ve Kardiyoloji Cemiyeti Hipertansiyon Sınıflandırılması (Mancia ve ark., 2007).

Kategori	Sistolik KB(mmHg)		Diastolik KB(mmHg)
İdeal	<120	Ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 Hipertansiyon	≥180	ve/veya	≥110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140	ve/veya	<90

2007 ESH/ESC kılavuzunda, JNC-7’de “prehipertansiyon” olarak tanımlanan kan basıncı değerleri, normal ve yüksek-normal olarak tanımlanmış ve bu iki grupta hipertansiyon gelişme riskinin farklı olması nedeniyle, aynı kategoride birleştirilmek istenmemiştir. JNC-7 (Tablo 1.1) raporundan farklı olarak bu kan basıncı değerlerindeki hastaların hipertansif hasta kategorisine dahil edilmemesi, bunun yaratabileceği endişe ve gereksiz doktor kontrolü kaygısı ve çeşitli risk gruplarında bu kategorideki kan basıncı tedavisinin farklı olması gibi gerekçelerle 2007

ESH/ESC (Tablo 1.2) kılavuzunda JNC-7’de önerilen “prehipertansiyon” kategorisi yer almamaktadır (Şendur ve Güven, 2011).

1.2. Hipertansiyonun Nedene Yönelik Sınıflandırılması

Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırmasına bakılacak olursa; çevresel faktörler, sempatik sinir sisteminin fazla çalışması, renin-anjiotensin sistemi, sodyum atılım bozuklukları, intraselüler sodyum ve kalsiyum, insülin direnci şeklinde incelenmektedir (Bahçeci, 2011).

1.2.1. Çevresel Faktörler

Kişisel, ailesel ve çevresel faktörler hipertansiyon oluşumunda etkilidir. Aşırı tuz tüketimi, sigara kullanımı, aşırı alkol alımı, stresli kişilik yapısı, obezite, sedanter yaşam, beslenme alışkanlıkları gibi çevresel faktörler hipertansiyon oluşumuna önemli derecede katkıda bulunmaktadır. Bu etkiler özellikle hipertansiyona yatkın kişilerde kan basıncı yükselmesine neden olmaktadır (Massie ve McPhee, 2005; Bahçeci, 2011).

1.2.2. Sempatik Sinir Sistemi Hiperaktivitesi

Sempatik sinir sisteminin uyarımı sonucunda periferik vazokonstrüksiyon, kalp hızında artış, adrenallerden norepinefrin salınımı ve kan basıncında artış gelişir (Adamopoulos ve ark., 1998).

1.2.3. Renin-Anjiotensin Sistemi

Böbrekler arter basıncını ekstraselüler sıvı hacmini değiştirerek kontrol edebilmeleri dışında çok güçlü başka bir basınç kontrol mekanizmasına sahiptirler. Bu renin-anjiyotensin sistemidir. Bu sistem kan hacmini ve basıncını düzenleyen en önemli araçlardan biridir. Arter basıncı çok düştüğünde böbreklerden renin serbestlenir ve bir çok yoldan arter basıncının artmasına neden olarak basınç düşüşünün düzeltilmesine yardımcı olur. Renin-anjiotensin sistemi arter basıncını arttırıcı etkiye sahiptir (Guyton ve Hall, 2007).

1.2.4. Sodyum Atılım Bozuklukları

Kan basıncındaki 30-50 mmHg lik akut artışların idrar sodyum çıkışında 2-3 katlık bir artışa neden olduğu bilinmektedir. Normal bireyler yüksek kan basıncına ve sodyum-hacim yüklenmesine renal sodyum atılımını arttırarak cevap verirler. Hipertansif hastalarda ise artmış sodyumun atılımında bozukluk vardır (Guyton ve Hall, 2007). Sodyum kısıtlaması ve /veya yüklenmesiyle ilgili çalışmalar birçok hipertansif hastada kan basıncı yanıtlarının tuza duyarlı olduğunu açığa çıkarmıştır. Kan basıncı tuz yüklenmesi ile artmaktadır. Ek olarak birkaç çalışmada hipertansiyonlu hastalara tuz yüklendiğinde total vücut sodyum tutulumunda artışın olduğu gösterilmiştir (Dalbeler, 2005).

1.2.5. İntraselüler Sodyum ve Kalsiyum

Hipertansiyonda hücre içi sodyum miktarı artmaktadır. İntraselüler sodyum artışı, intraselüler kalsiyum artışına neden olmaktadır (Massie ve ark.,2005).

1.2.6. İnsülin Direnci

İnsülin direnci iskelet kaslarında glikozun kullanımının azalmasıyla karakterize metabolik bir bozukluktur. İnsülin direncinin glikoz metabolizmasına başlıca etkisi, beyin hariç glikozun birçok hücre tarafından kullanılmasını engellemektedir. Sonuç olarak kan glikoz konsantrasyonu artmaktadır (Guyton ve Hall, 2007). İnsülinin santral sempatik aktiviteyi artırıp, böbrekten su ve tuz tutulumunu uyarmasıyla beklenen hipertansif etkisi, normal fizyolojik koşullar altında oluşturduğu periferik vazodilatasyona bağlı hipotansif etkisiyle dengelenmiştir. İnsülin direnci varlığında, periferik vazodilatör etkisine de direnç geliştiği için dengelenememiş vazopressör etkisiyle hipertansiyon oluşturduğu düşünülmektedir (Arslan ve ark., 2009).

1.3. Hipertansiyonda Hedef Organ Hasarı

Hipertansiyonun öncelikle hasar verdiği organlar kalp, beyin, böbrek ve gözlerdir. Bunun dışında ise özellikle periferik ve santral arterlerin etkilenmesine bağlı olarak birçok organ ve sistem hipertansiyondan olumsuz yönde etkilenmektedir (Seven, 2006).

1.3.1. Kalp

Yüksek kan basıncı kalp yetmezliği, kalp büyümesi, kalbi besleyen damarlarda daralma, kalp krizi ve kalp atışlarında düzensizliğe neden olmaktadır. Hipertansiyonlu hastalarda koroner arter hastalığı riski artmıştır. Kalp yetmezliklerinin yaklaşık yarısında neden hipertansiyondur (Akpolat, 2013). Kan basıncı değişikliklerinde her 20 mmHg sistolik ve her 10 mmHg diyastolik basınç artışları ile kardiyovasküler olaylara bağlı mortalite iki kat artmaktadır. Hipertansiyonun kardiyovasküler hastalık süreci içinde dikkatle değerlendirilmesi

gerekmektedir. Kan basıncı kontrolü ile hipertansiyonun yıkıcı etkilerinden belli bir oranda kurtulmak mümkündür (Öngen, 2005).

1.3.2. Beyin

Yüksek basınç beyinde bulunan damarlarda hasara ve bunu takiben önemli beyin bölgelerinde hücre ölümü sonucunda serebral infarktüse neden olmaktadır. Bu durum klinikte inme olarak adlandırılmaktadır. Beyinde etkilenen bölüme bağlı olarak inme sonucunda paralizisi, bunama, körlük veya diğer çeşitli ciddi santral sistemi bozuklukları gelişebilmektedir (Guyton ve Hall, 2007).

1.3.3. Böbrek

Böbrek yetmezliğinin en sık iki nedeninden birisi hipertansiyondur (Akpolat, 2013). Yüksek basınç hemen hemen her zaman böbreklerde çok odaklı kanamalara neden olmakta, buna bağlı olarak birçok bölge hasarlanmakta ve sonuçta böbrek yetersizliği, üremi ve ölüme neden olmaktadır (Guyton ve Hall, 2007).

1.3.4. Göz

Yüksek kan basıncı gözü besleyen damarlarda daralma ve kanamalara neden olabilir. Buna bağlı olarak görme kaybı ve ilerleyen zamanlarda da körlük görülebilir (Akpolat, 2013)

1.3.5. Damarlar

Yüksek basınç damarlarda daralma, tıkanma, damar duvarında zayıflık olan yerlerde genişleme ve bu genişlemenin yırtılmasına bağlı kanamaya neden olur. Özellikle ana atardamardaki yırtılma ve buna bağlı kanamalar ölümcül olabilir. Boyun damarındaki daralmalar baş dönmesine, karına giden damarlardaki daralmalar yemekten sonra karın ağrısına ve bacaklardaki damarlardaki daralmalar yürüyüşle ortaya çıkan bacak ağrısına neden olabilir (Akpolat, 2013).

1.4. Kan Basıncı Ölçüm Yöntemleri

Kan basıncı gün içi; farklı günler, aylar ve mevsimlerde geniş farklılık gösterir. Bu nedenle hipertansiyon tanısı için değişik zamanlarda, doğru kalibre edilmiş aletle doğru bir şekilde birçok kez kan basıncı ölçülmelidir. Kan basıncı hafif derecede yüksek ise birkaç aylık aralarla tekrarlanır. Anlamlı kan basıncı yüksekliği, hipertansiyonla ilişkili organ hasarı, ya da yüksek kardiyovasküler risk faktörleri var ise ölçümler kısa sürelerle tekrarlanmalıdır. Kan basıncı ölçümü ofis ya da klinikte hekim ya da hemşire tarafından, evde hasta tarafından ya da 24 saatlik sürelerle ölçülür (Bahçeci, 2011).

1.4.1. Klinikte Kan Basıncı Ölçümü

Kan basıncı kontrolünden doğru sonuçlar alınabilmesi için, tekrar tekrar ve hasta stresten uzak bir durumda iken (akut bir hastalık ya da ateş yokken ve boş mesane ile) ölçüm yapılmalıdır. Hedef organ hasarının klinik kanıtları mevcut değilse ve kan basıncı 180/110 mmHg üzerinde bulunmamışsa, tek bir ölçümle hipertansiyon tanısı konulmamalıdır. Kan basıncı 140/90 mmHg' nin üzerinde bulunan hastalarda, dört hafta boyunca en az üç kez tekrar ölçümleri yapılarak tanı kesinleştirilmelidir. Kan basıncı ölçümünün doğru yapılabilmesi için, sigara ve kahve tüketiminden 30 dakika

sonra ve hasta en az 5 dakika oturarak dinlendikten sonra ölçüm yapılmalıdır. Ölçümde kullanılacak olan manşon uygun büyüklükte olmalıdır. Manşonun basıncı, radyal nabızın kaybolması ile belli olan sistolik düzeyden 20 mmHg daha yüksek düzeye çıkarılmalıdır. Manşon indirilirken sesin ilk ortaya çıkışı sistolik kan basıncını belirler ve kaybolması diyastolik kan basıncını belirler. Aort koartaksiyonu ve diğer vasküler malformasyonları atlama için ilk muayenede kan basıncı her iki koldan ölçülmelidir (Pehlivanoglu, 2009).

1.4.2. Evde Kan Basıncı Ölçümü

Hastalar doğru bir eğitim sonrası ve güvenilir bir cihazla kendi kan basınçlarını ölçebilirler. Evde kan basıncı ölçümü beyaz önlük etkisinin olmaması, tekrarlanabilir olması, farklı zamanlarda ölçümün yapılabilmesi yönlerinden avantajlıdır (Bahçeci, 2011).

1.4.3. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü

Ofis ve evde ölçülen kan basıncı değerleri arasında belirgin farklılık varsa ambulatuvar kan basıncı ölçümüyle 24 saatlik kan basıncı takibi yapılmaktadır. Bu yöntemle günlük aktiviteler ve uyku sırasında kan basıncı hakkında bilgi sahibi olunabilmektedir (Bahçeci, 2011).

1.5. Hipertansiyondan Korunmada Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Hipertansiyonun önlenilebilir bir sorun olduğu gerçeğinden hareketle henüz hipertansiyon tedavisi için yeterli kriterleri taşımayanların çoğunluğu yaşam stili değişikliklerinden yarar görecektir. Bu halk sağlığı açısından yüksek kan basıncını düşürmenin ucuz ve güvenli bir yoludur. Diyet, alkol ve sigara tüketimini

kontrol altına almak, stresle mücadele, fiziksel aktiviteyi arttırmak gibi kan basıncını düşüren veya artış oranını azaltan alışkanlıklar herkesin hayatına girmelidir (Fuster ve ark., 2002).

1.5.1. Diyet

Vücut ağırlığı direk kan basıncı ile ilişkilidir. Aşırı kilo kan basıncını yükseltir. Vücut kütle indeksinin (VKI) 27 veya daha fazla olması ile kan basıncı yüksekliği arasında ilişki vardır. Obez hipertansiflerde dislipidemi, insülin direnci, kardiovasküler olay, diabetes mellitus sıklığı fazladır. Kontrollü klinik çalışmalarda 1 kg zayıflamanın sistolik ve diyastolik kan basınçlarında 1,6 mmHg ve 1,3 mmHg düşme sağladığı gösterilmiştir. Kilo kaybı ile antihipertansif ilaçların sayısı ve dozu azaltılabilir. Potasyum alımı artırılırsa kan basıncının düşeceği gösterilmiştir. Meyve, sebze, balık yağı, lifli gıdalardan zengin diyet ile sistolik kan basıncında 4,5 mmHg, diyastolik kan basıncında 2,7 mmHg düşme sağlanabildiği kan basıncı kontrolleriyle gösterilmiştir. Kilo kaybı başlangıçta yoğun natriürece neden olmakta, daha sonra ise sempatik aktivitede azalma ve insülin sensitivitesinde düzelme ile kan basıncının uzun süreli düşük olmasını sağlamaktadır (Kaya Kalan, 2007). Aşırı tuz alımı dirençli hipertansiyon nedenidir. Epidemiyolojik çalışmalar tuz alımının kan basıncını artırdığını ve hipertansiyon prevalansında etken olduğunu göstermektedir. Tuz kısıtlamasıyla kan basıncını ortalama 4-6 mmHg düşmektedir (Bahçeci, 2011).

1.5.2. Alkol ve Sigara Tüketimini Kontrol Altına Almak

Alkol tüketimi ile kan basıncı arasında lineer bir ilişki vardır. Aşırı içenlerde inme olasılığı ve ölüm oranı artar. Alkol antihipertansiflerin etkisini azaltır. Alkol azaltılmakla kan basıncı anlamlı azalır (Bahçeci, 2011).

Sigara akut olarak kan basıncını ve kalp hızını artırır. Bir sigara içiminden 15 dakika süre ile kan basıncı yüksek kalır. Bu durum sempatik aktivite artışı ve katekolamin salınımı ile ilgilidir. Paradoksal olarak birçok epidemiyolojik çalışmada sigara kullananlarda kullanmayanlara göre kan basıncı daha düşük bulunmuştur. Bununla beraber, ambulatuvar kan basıncının incelendiği çalışmalarda, hem tedavi edilmemiş hipertansiflerde hem de normotansif sigara içicilerde, sigara kullanmayanlara oranla daha yüksek günlük kan basıncı değerleri saptanmıştır. Ağır içicilerde yükselme daha belirgindir. Sigara içimi ileride oluşacak yüksek sistolik kan basıncı belirteçidir. Pasif içicilerin de risk altında olduğu unutulmamalıdır. Sigara kardiyovasküler hastalık; inme ve miyokard infarktüsü için güçlü risk faktörüdür (Bahçeci, 2011).

1.5.3. Stresle Mücadele

Kronik stres ve emosyonel bozukluklar son yıllar da büyük önem kazanan psikososyal risk faktörleri olarak dikkat çekmektedir (Pehlivanoğlu, 2005). Hipertansiyon ve stres arasındaki ilişki incelenecek olursa, stres kan basıncında akut yükselme yapabilir (Kaya Kalan, 2007).

1.5.4. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite ve egzersiz; koruyucu sağlık yaklaşımının bir aracı olarak bireyin sağlığını geliştirir, gelişmiş durumunu devam ettirir, yorgunluğa ve hastalıklara karşı direncini artırır. Egzersiz vücutta birçok biyokimyasal değişikliğe neden olur. Egzersiz sırasında nörepinefrin maddesinin kan plazmasındaki düzeyi artar. Bu madde, depresyon semptomlarının azaltılmasına yardımcı olur. Egzersiz ayrıca beyinde endorfin seviyesini artırır. Bu vücudun doğal morfin benzeri ağrı kesici ve mutluluk maddesidir (Özer, 2008).

Ayrıca egzersiz kan basıncını azaltıcı yönde etki etmektedir. Yapılan araştırmalar düzenli egzersizin hafif ve orta derecede hipertansiyonda kan basıncını ortalama 10 mmHg düşürdüğünü göstermektedir. Bu miktar kan basıncı ilaçları ile elde edilen etki ile benzerdir. Ancak uzun dönemde sağlanacak faydalar çok daha fazladır. Orta yoğunluktaki egzersizin ağır yoğunluktaki egzersize göre kan basıncını daha etkin düzeyde düşürebildiği bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır. Kullanılan ilacın dozunu azaltabilir veya ilaca gereksinimi ortadan kaldırabilir (Sağlam ve ark., 2008).

Yaşlanmakta olan kişilerin mental ve fiziksel sağlıklarının sürdürülebilmesinde her türlü egzersiz yararlıdır; yeter ki şiddet, süre, tipi ve frekansı iyi ayarlınsın. Egzersiz reçetesi, kişinin kardiyovasküler ve kas iskelet durumuna ve isteklerine spesifik olmalıdır. Kan basıncını azaltıcı kapasitesinin ideal düzeyde olması için egzersizin şiddeti, tipi, sıklığı ve süresi titizlikle belirlenmelidir. Bireye özel çizilecek egzersiz programları, günlük yaşam aktiviteleri ve çevre modifikasyonları sayesinde bireylerin sahip olduğu fonksiyonel kapasite korunacak ve geliştirilebilecek en önemlisi yaşam kalitesi yükselecektir (Kayıhan ve Ersöz, 2009). Daha önce egzersiz yapmamış bireyler, hasarı ve aşırı kullanıma bağlı ağrıları önlemek için egzersiz programlarına düşük yoğunlukla başlamalıdır. Egzersizin yoğunluğu yavaşça artırılır. Yapılan egzersizler bireylerin tercihlerine göre haftanın hergünü yapılabilir. Bunlar en az 30 dakika yürüme, yüzme, bisiklet binme gibi egzersizlerdir. Ayrıca bahçe işleri, ev egzersizleri, masa tenisi gibi aktivitelerde bireylere önerilmektedir. Yapılan çalışmalar egzersizin; depresyon, anksiyete ve ruh halini düzelttiğini göstermektedir. Ayrıca egzersiz bireylerde bilişsel performansı, kendine güveni ve bireylerin kendini daha iyi hissetmesini sağlar (Üçok, 2011).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2002 raporuna göre, hareketsiz yaşam dünya çapında yılda 1,9 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. Dünya genelindeki kalp hastalıklarının %22'sine hareketsiz yaşam sebep olmaktadır (Akyol ve ark., 2008).

Egzersizizin yokluğu ve düşük fiziksel uygunluk seviyesi hastalık ve erken ölümler için çok önemli bir risk faktörüdür (Özer ve Baltacı, 2008).

1.6. Hipertansiyonun Görülme Sıklığı

Literatürde dünyanın pek çok yerinde hipertansiyon prevalansını bildiren çok sayıda çalışma yapılmıştır. Türkiye’de hipertansiyon sıklığını araştıran çalışmalar bölgesel veya daha geniş çapta olmak üzere 1960’lı yıllardan bu yana yapılmaktadır (Altun ve ark., 2003). Ülkemizde hipertansiyon durumunu iyi bir şekilde ortaya koymak amacıyla ulusal düzeyde üç büyük çalışma yapılmıştır. Bu çalışma sonuçlarına göre genel hipertansiyon prevalansı; Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri çalışması (TEKHARF) çalışmasında %33,7, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması’nda (PATENT) %31,8 ve Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması (METSAR) çalışmasında %35 olarak bulunmuştur (Altun ve ark., 2003; Oğuz, 2004; Onat, 2009).

2000 yılında dünyadaki erişkin nüfusun %26,4’ünde (erkeklerde %26,6 ve kadınlarda %26,1) hipertansiyon bulunmaktaydı ve 2025 yılında popülasyonun %29,2’sinin (erkeklerde %29,0 ve kadınlarda %29,5) hipertansif olacağı öngörülmüştür (Altun ve ark., 2003; Kearney ve ark., 2005). Tüm dünyada yapılan bu araştırmanın sonuçlarına göre, ülkemizdeki hipertansif oranı %29,6’dır (erkeklerde %26,0 ve kadınlarda %34,1). Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artarak, 50 yaşından sonra keskin bir biçimde yükselir ve hastalık, bu popülasyonun %50’sini etkiler (Kearney ve ark., 2005).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneğinin 2012 verilerine göre ülkemizde her 10 erişkinden 3’ünde hipertansiyon vardır. Ayrıca 35-65 yaş grubunda bu oran %38’dir. Hastaların %45’i hipertansiyon hastası olduğunun farkında bile değildir. Hastaların sadece %29’unun kan basıncı kontrol altındadır yani hastaların sadece %29’u yeterli ve doğru tedavi almaktadırlar (Akpolat, 2013). Yapılan bu çalışmalar ışığında hipertansiyonun ülkemiz için epidemi boyutlarında yaygın bir

sorun olduğu gör÷lmektedir; ayrıca bu sorunun yeterince farkında olunmadığı ve yeterince tedavi edilmediğini göstermektedir. Bu konuda yapılması gereken ilk adım, hipertansiyon konusunda toplumsal bilincin artırılması yolu ile farkındalığın artırılmasıdır. Hipertansiyonun önlenabilir bir sorun olduğu gerçeğinden hareketle erkenden yaşam stili değişiklikleri ile hipertansiyon gelişimi azaltılmaya çalışılmalı; sorunun erken fark edilmesi için kan basıncı ölçümleri yaygınlaştırılmalı, yaşamın her evresinde hipertansiyonun önlenmesi için girişimlerde bulunulmalı, hipertansiyon geliştiğinde tanısının erken konulması ve tedavisinin etkin şekilde yapılması sağlanmalıdır (Altun ve ark., 2005).

Ülke genelinde yaygınlığı, ciddi komplikasyonlara neden olması ve risk faktörleri göz önüne alındığında hipertansiyon ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunudur (Göçgeldi ve ark., 2008; Şendur ve Güven, 2011).

1.7. Tezin Amacı

Bu çalışmada; 35 yaş ve üzeri hipertansiyon tanısı almış bireylerde, hipertansiyonun fiziksel aktivite düzeyi ve psikososyal durum üzerine olan etkilerinin araştırılması, hipertansiyonda etkili olan faktörleri ve ortaya çıkan sorunları ele almak amaçlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel nitelikteki bu çalışma Ekim 2012 ile Mayıs 2013 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu, T.C. Bartın Valiliği Sağlık Müdürlüğü ve T.C. Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden onay alınarak Bartın ilinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Bartın Aile Sağlığı Merkezlerine, Bartın Devlet Hastanesi Kardiyoloji ve İç Hastalıkları Polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran, Kardiyoloji ve İç Hastalıkları Servisinde yatmakta olan hipertansiyon tanısı konmuş hastalar oluşturmaktadır. Bu araştırmada Bartın ilindeki hipertansiyon hastalarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu okuyup imzalayan 223 hipertansiyon hastası katılmıştır. Ancak 19 hasta anket formunu eksik doldurduğundan çalışmadan çıkarılmış olup, araştırma sonuçları 204 kişi üzerinden değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılma ölçütleri olarak bireylerin 35 yaş ve üzerinde olması, hipertansiyon tanısı konmuş olması, herhangi bir fiziksel engelin bulunmaması, araştırma kapsamına girme için gönüllülük ve sağlık bakım profesyonelleri ile etkili iletişim kurabilme olarak belirlenmiştir.

Veri toplama aracı olarak Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF- 36), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD), Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (UFAA) ve araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik anket formu (Ek: 1) uygulanmıştır.

2.1. Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 yaşam kalitesini ölçmede kullanılan en yaygın kendini değerlendirme ölçeğidir (Aydemir ve Köroğlu, 2007). SF-36 yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur (Ware

ve Sherbourne, 1992). Bu ölçek, ilk kez 1999 yılında Koçyiğit ve arkadaşları tarafından, geçerliliği yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır (Koçyiğit ve ark., 1999). SF-36; fiziksel fonksiyon, rol kısıtlamaları, sosyal fonksiyon, mental sağlık, vitalite (enerji), ağrı ve genel olarak sağlığın algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir (Aydemir ve Köroğlu, 2007). Sorular likert tipindedir ve son 4 haftayı kapsamaktadır. Her bir skala için 0-100 arasında puanlama yapılmaktadır. Ölçek, puan yükseldikçe yaşam kalitesinin iyi olduğu şeklinde değerlendirilmektedir (Koçyiğit ve ark., 1999).

2.2. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri, çeşitli tıbbi durumlarda psikiyatrik sorunları belirlemek amacıyla Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş, 90 maddelik bir ölçek olan Belirti Tarama Listesinin (SCL-90-R) maddeleri arasından seçilmiş, 53 maddeden oluşturulan bir ölçektir. Ülkemizde Şahin ve Durak (1994) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Şahin Hisli ve Batıgün Durak, 2002) .

Ölçeğin belirlenen 9 alt ölçeği sırayla, Somatizasyon (S) (2,7,23,29,30,33,37. maddeler), Obsesif kompulsif bozukluk (OKB) (5,15,26,27,32,36. maddeler), Kişilerarası duyarlılık (KD) (20,21,22,42. maddeler), Depresyon (D) (9,16,17,18,35,50. maddeler), Anksiyete bozukluğu (AB) (1,12,19,38,45,49. maddeler), Hostilite (H) (6,13,40,41,46. maddeler), Fobik anksiyete (FA) (8,28,31,43,47. maddeler), Paranoid düşünce (PD) (4,10,24,48,51. maddeler) ve Psikotizm (P) (3,14,34,44,53. maddeler) alt ölçekleri olarak oluşturulmuştur. Ek maddeler (EM) ise (11,25,39,52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duygularıyla ilgili maddeler vardır. 3 global indeks ise sırayla Rahatsızlık Ciddiyet İndeksi, Belirti Toplam İndeksi ve Semptom Rahatsızlık indeksi şeklindedir (Şahin Hisli ve Batıgün Durak, 2002).

2.2.1. Kısa Semptom Envanterinin Değerlendirilmesi Puanlanması

Kısa Semptom Envanteri likert tipi bir ölçektir. Her madde « hiç / biraz var / orta derecede var / epey var / çok fazla var » seçeneklerine göre cevaplanmakta ve sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 puan verilerek puanlanmaktadır. Kısa Semptom Envanterindeki her bir ifadenin kendine uygunluğunu, beş seçenekten birini seçerek belirtenlerin yanıtlarının 9 alt ölçek ve ek maddelerdeki puan ortalamaları değerlendirmeye katılmıştır. Örneğin somatizasyon belirtisini oluşturan sorulara (yedi adet) verilen yanıtlar toplanarak yediye yani soru sayısına bölünmüş, böylece somatizasyon puan ortalaması bulunmuştur. Diğer alt ölçek ve ek maddelerde de puan ortalamaları aynı şekilde hesaplanmıştır (Şahin Hisli ve Batıgün Durak, 2002).

2.2.2. Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi

Alt ölçeklerin toplamının 53'e bölünmesi yoluyla elde edilir (Şahin Hisli ve Batıgün Durak, 2002). $(S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM) / 53$

2.2.3. Belirti Toplamı İndeksi

Sıfır (0) olarak işaretlenen maddeler dışındaki tüm maddelerin (pozitif olan tüm değerlerin) 1 olarak kabul edilmesi sonucu elde edilen toplam puandır (Şahin Hisli ve Batıgün Durak, 2002).

2.2.4. Semptom Rahatsızlık İndeksi

Alt ölçeklerin toplamının belirti toplamına bölünmesi ile elde edilir (Şahin Hisli ve Batıgün Durak, 2002). $(S+OKB+KD+D+AB+H+FA+PD+P+EM) / \text{Belirti Puanı}$

2.2.5. Puanların Yorumlanması

Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği, bireyin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir (Şahin Hisli ve Batıgün Durak, 2002).

2.3. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği

HAD, hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddetini ölçmek için kullanılan kendini değerlendirme ölçeğidir (Aydemir ve Köroğlu, 2007). Türkçeye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, dörtlü likert tipi ölçüm sağlamakta ve toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. Türkiye’de yapılan çalışma sonunda kesme puanı, anksiyete alt ölçeği için (HAD-A) 10/11, depresyon alt ölçeği (HAD-D) için ise 7/8 bulunmuştur. Buna göre bu puanların üzerinde alanlar risk altında olarak değerlendirilir. Hastaların her iki alt ölçekten alabilecekleri en düşük puan 0 iken en yüksek puan 21’dir. Buna göre, hastaların anksiyete ve depresyon açısından eşik üstünde olup olmadıklarını irdeleyebilecek değişkenler; 0-7 normal, 8-10 sınırdan anormal, 11-21 anormal şeklinde değerlendirilir (Aydemir ve Köroğlu, 2007).

2.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

Fiziksel aktivite düzeyleri UFAA ile belirlendi. Anket 4 ayrı bölüm ve toplam 7 sorudan oluşmaktadır (Craig ve ark., 2003). Ülkemizde UFAA’nın geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Öztürk, 2005).

UFAA son 7 günde en az 10 dk boyunca yapılan fiziksel aktivite ile ilgili soruları içermektedir. Ankette son haftada kaç gün ve her bir gün için ne kadar süre ile şiddetli ve orta dereceli fiziksel aktivitede bulunulduğu, yürüme ve bir günlük

oturma süreleri sorgulandı. Fiziksel aktivitelere ilişkin enerji tüketimlerinin hesaplanmasında her bir aktivitenin haftalık süresi (dakika) ile UFAA için oluşturulan Toplam Fiziksel Aktivite (MET-dk/Hafta) enerji değerleri çarpılmıştır. Böylece her bir birey için şiddetli ve orta dereceli fiziksel aktivite, yürüme, oturma ve toplam fiziksel aktivitelerine ilişkin enerji tüketimleri MET-dk/Hafta biriminde elde edilmiştir. Fiziksel aktivite düzeyleri, Düşük düzey (<600 MET- dk/hafta), Orta düzey (600 – 3000 MET-dk/hafta) ve Yüksek düzey (>3000 MET-dk/hafta) şeklinde sınıflandırılmıştır (Craig ve ark., 2003).

2.5. Sosyodemografik Form

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak sosyodemografik bilgileri almak amacıyla hazırlanan bir anket kullanıldı. Bu ankette bireylerin yaş, cinsiyet, boy ve kilosu sorgulandı. Ayrıca DSÖ sınıflamasına göre VKİ boy ve kilodan formülle hesaplandı. Bu sınıflamaya göre 18.5-24.9 kg/m² olan kişiler normal kilolu, 25-29.9 kg/m² olan kişiler aşırı kilolu, 30-39.9 kg/m² olan kişiler obez ve ≥ 40 kg/m² olan kişiler ise morbid obez olarak belirlenmiştir (DSÖ, Erişim Tarihi: 11.07.2014).

2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Sürekli veriler ortalama \pm standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin analizinde Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi, Ki kare testi, T- testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ alınmıştır. Normal dağılıma uyan verilerde T-testi ve ANOVA testi, normal dağılıma uygun olmayanlarda ise Kruskal Wallis ve Mann Whitney U Testi kullanılmıştır.

3. BULGULAR

Çalışmaya alınan 204 hastanın 103'ü (%50, 5) kadındır. Katılımcıların %56,9'u 45-64 yaş aralığındadır. Katılımcılara ait bazı sosyodemografik özellikler verilmiştir (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özellikleri.

		Sayı	%
Yaş Grubu	35-44	13	6,3
	45-54	54	26,5
	55-64	62	30,4
	65-74	54	26,5
	75 ve üzeri	21	10,3
Vücut Kitle İndeksi	Normal	29	14,2
	Aşırı kilolu	74	36,3
	Obez	89	43,6
	Morbid obez	12	5,9
Cinsiyet	Kadın	103	50,5
	Erkek	101	49,5
Medeni Durum	Evli	169	82,8
	Bekâr	4	2,0
	Dul	31	15,2
Eğitim Durumu	Okuma yazma bilmeyen	42	20,6
	Okuryazar	35	17,2
	İlk-orta	102	50,0
	Lise	17	8,3
	Üniversite	8	3,9
Çalışma Durumu	Emekli	87	42,6
	Memur	14	6,9
	İşçi	13	6,4
	Ev hanımı	85	41,7
	İşsiz	5	2,4
Ortalama Aylık Gelir(TL)	<1000	115	56,4
	≥1000	80	39,2
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	1	10	4,9
	2	64	31,4
	3 ve üzeri	130	63,7
Sosyal Güvence	SGK	190	93,2
	Özel sektör	14	6,8

Katılımcıların yaş ortalamaları $60,3\pm 11,4$ (kadınlarda $58,3\pm 10,7$, erkeklerde $62,3\pm 11,7$) olarak tespit edilmiştir (mini-max: 35-89). VKİ ortalamaları $30,6\pm 5,9$ (kadınlarda $31,7\pm 6,9$, erkeklerde $29,5\pm 4,6$) olarak bulunmuştur. Bireylerin aylık gelir ortalamaları $1057,5\pm 581,9$ (kadınlarda $928,9\pm 483,8$, erkeklerde $1187,5\pm 635,5$) tür.

Tablo 3.2. Katılımcıların Bazı Klinik Özellikleri.

		Sayı	%
Hipertansiyon Süresi	1-5 yıl	86	42,2
	6-10 yıl	57	27,9
	11-15 yıl	33	16,2
	16 ve üzeri	28	13,7
Kan Basıncı Yüksekliğini Fark Etme Durumu	Evet	158	77,5
	Hayır	46	22,5
Hipertansiyon Tedavisi Alma Süresi	1-5 yıl	86	42,2
	6-10 yıl	45	22,1
	11-15 yıl	28	13,7
	16 ve üzeri	24	11,8
Hipertansiyon Tedavisi Alma Şekli	Düzenli ilaç kullanımı	169	82,8
	İlaçsız tedavi	7	3,4
	Düzensiz ilaç kullanımı	9	4,4
Son Bir Yıl İçinde Doktor Kontrolü Sayısı	1	15	7,4
	≥ 2	189	92,6
Kullanılan Antihipertansif İlaç Çeşidi	1	90	44,1
	≥ 2	114	55,9
Kullanılan İlaç Dozu Konusundaki Düşüncesi	Yeterli	161	78,9
	Yetersiz	13	6,4
İlaça Rağmen Kan Basıncı Düzeyi	$<140/90$	126	61,8
	$\geq 140/90$	49	24,0
Ek hastalık	Diyabet	71	34,8
	Kalp yetmezliği	34	16,7
	KOAH	12	5,9

Katılımcıların hipertansiyon süreleri incelendiğinde %70,1'inin 10 yıldır hipertansif olduğu saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların ortalama hastalık süreleri $9,2\pm 7,3$ (kadınlarda $10,0\pm 7,5$, erkeklerde $8,3\pm 7,1$) yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların 158'i (%77,5) kan basıncı yüksekliğini fark ettiğini, 189'u (%92,6) son bir yıl içinde iki ve daha fazla doktor kontrolünden geçtiğini belirtmiştir, Katılımcıların 183'ü (%89,7) hipertansiyon tedavisi almaktadır. Bunların 169'u (%82,8) düzenli ilaç kullanmakta ve 114'ü (%55,9) günde iki ve daha fazla ilaç

almaktadır. Bu bireylerden 49'unun (%24,0) ilaç kullanmalarına rağmen kan basıncı değerlerinin $\geq 140/90$ 'nın üzerinde olduğunu belirtmiştir. Ayrıca katılımcıların 13'ü (%6,4) kullanılan ilaç dozunu yetersiz bulmaktaydı. Ek hastalıklar arasında bireylerin 71'inde (%34,8) diyabet ilk sırada yer alırken, 34'ünde (%16,7) kalp yetmezliği, 12'sinde (%5,9) KOAH ve yine 9 olguda bir başka ek hastalık mevcuttu (Tablo 3.2).

Tablo 3.3. Hipertansiyonda Etkili Bazı Davranışsal Faktörlerin Değerlendirilmesi.

		Sayı	%
Sigara	Kullanıyor	28	13,7
	Kullanmıyor	166	81,4
	Bırakmış	10	4,9
Alkol	Kullanıyor	3	1,5
	Kullanmıyor	196	96,0
	Bırakmış	5	2,5
Düzenli fiziksel aktivitede bulunma durumu	Evet	170	83,3
	Hayır	34	16,7
Yapılan fiziksel aktivite çeşitleri	Yürüme	123	60,3
	Koşma	2	1,0
	Yüzme	1	0,5
	Bisiklet binme	1	0,5
	Hafif yoğunluktaki yaşam aktiviteleri	103	50,5

Katılımcıların 28'i (%13,7) sigara, 3'ü ise (%1,5) alkol kullanıyor olduğunu belirtti. Ayrıca sigara paket/yıl ortalamaları $20,7 \pm 35,4$ (kadınlarda $25,9 \pm 47,7$, erkeklerde $15,5 \pm 15,9$) olarak bulunmuştur. Düzenli fiziksel aktivite yapanların sayısı 170 (%83,3) idi. Yapılan fiziksel aktivite çeşitleri içinde katılımcıların 123'ünün (%60,3) yürüme ile ilk sırada yer aldığı ve bunu 103 kişi (%50,5) ile hafif yoğunluktaki yaşam aktivitelerinin izlediği görülmüştür (Tablo 3.3).

Tablo 3.4. Hastaların SF-36, KSE, HAD ve UFAFF Ölçek Puan Ortalamaları.

Değişken	Alt ölçek	Ortalama puan
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	65,8±21,4
	Fiziksel Rol	70,4±22,8
	Vücut Ağrısı	58,8±24,2
	Genel Sağlık	59,8±17,7
	Fiziksel Komponent Puan Ortalaması	63,3±16,6
	Enerji	63,9±18,7
	Sosyal Fonksiyon	73,4±22,0
	Duygusal Rol	72,3±22,1
	Mental Sağlık	66,7±19,0
	Mental komponent Puan Ortalaması	67,2±16,9
	SF-36 Toplam Ölçek Puan Ortalaması	64,7±15,4
KSE	Somatizasyon	1,1±0,8
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,8±0,7
	Kişiler Arası Duyarlılık	0,8±0,7
	Depresyon	0,5±0,6
	Anksiyete Bozukluğu	0,7±0,7
	Hostilite	0,5±0,7
	Fobik Anksiyete	0,4±0,5
	Paranoid Düşünce	0,6±0,7
	Psikotizm	0,4±0,5
	Ek Maddeler	0,7±0,6
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,1±0,1
	Belirti Toplamı İndeksi	19,5±12,4
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,3±0,1
HAD	HAD-A	7,1±4,8
	HAD-D	7,4±4,4
UFAA	Toplam fiziksel aktivite (MET)	2773,5±5333,6
	Şiddetli fiziksel aktivite (MET)	132,8±502,0
	Orta-Şiddetli fiziksel aktivite (MET)	152,0±349,6
	Yürüme (MET)	334,0±519,3
	Oturma süresi	370,2±225,1

Uygulanan ölçeklerden alınan puanlara bakıldığında, katılımcıların SF-36 ölçek puanları ortalaması 64,7±15,4 (kadınlarda 68,0±15,7, erkeklerde 61,4±14,4) iken, fiziksel komponent puanları ortalaması 63,3±16,6, mental komponent puanları ortalaması 67,2±16,9 olarak bulunmuştur. Katılımcılar SF-36 alt ölçeklerinden sosyal fonksiyon (73,4±22,0) alanında en yüksek performansı gösterirlerken, en düşük puanı ağrı (58,8±24,2) alt ölçeğinden almışlardır. Katılımcıların KSE'den aldıkları ruhsal belirti puan ortalamalarında bulunan 9 alt ölçek ve ek maddelerden en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırasıyla; somatizasyon (1,1±0,8), obsesif kompulsif bozukluk (0,8±0,7) ve kişiler arası duyarlılık (0,8±0,7) olup bu puanlar orta düzeye daha yakın bulunmuştur. Ayrıca en düşük puan ortalaması alan ruhsal belirti ise psikotizmdir (0,4±0,5). Global indekslerden; rahatsızlık ciddiyeti indeksi (0,1±0,1) ve semptom rahatsızlık indeksi (0,3±0,1) puan ortalamaları düşük,

belirti toplamı indeksi ($19,5\pm 12,4$) puanı orta düzeye yakındır. Katılımcıların HAD-A alt ölçek puan ortalamasının $7,1\pm 4,8$, HAD-D alt ölçek puan ortalamasının ise $7,4\pm 4,4$ olduğu bulunmuştur. Bir diğer ölçek olan UFAA'ya göre katılımcıların haftalık enerji tüketimi ortalama $2773,5\pm 5333,6$ MET olarak bulunmuş olup, şiddetli fiziksel aktivite yaparak harcadıkları enerji miktarı $132,8\pm 502,0$ MET, orta düzeyde fiziksel aktivite yaparak harcadıkları enerji miktarı $152,0\pm 349,6$ MET olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların yürüyerek harcadıkları enerji miktarı ortalamaları $334,0\pm 519,3$ MET olduğu ve oturarak ortalama $370,2\pm 225,1$ dk geçirdikleri görülmüştür (Tablo 3.4)

Tablo 3.5. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre SF-36, HAD-A, HAD-D Puan Ortalamaları.

		SF-36 Toplam Puan	HAD-A	HAD-D
Yaş Grubu	35-44	65,2±14,2	9,4±5,5	9,1±3,9
	45-54	67,6±15,2	7,2±4,7	7,4±4,6
	55-64	63,3±14,0	7,5±5,0	7,1±3,9
	65-74	66,2±17,0	6,4±4,6	7,1±4,4
	75 ve üzeri	57,5±15,0	6,6±4,7	8,3±5,2
Vücut Kitle İndeksi	Normal	62,5±14,4	7,7±4,3	8,6±3,8
	Aşırı kilolu	62,9±15,3	7,4±5,0	7,3±4,6
	Obez	66,5±15,4	6,8±4,9	7,2±4,3
	Morbid obez	68,2±18,4	7,0±4,5	7,0±4,8
Cinsiyet	Kadın	68,0±15,7	7,4±4,7	7,3±4,4
	Erkek	61,4±14,4	6,8±4,9	7,6±4,3
Medeni Durum	Evli	65,1±15,4	7,1±4,8	7,3±4,2
	Bekar	78,8±17,5	3,5±3,6	4,2±5,3
	Dul	61,1±14,5	7,6±4,9	8,8±5,1
Eğitim Durumu	Okuma yazma bilmeyen	58,2±13,9	8,0±4,8	9,4±4,3
	Okuryazar	64,9±13,5	8,2±5,2	8,2±4,7
	İlk-orta	67,4±16,6	6,8±4,8	6,8±4,2
	Lise	64,9±13,5	5,5±4,0	5,4±3,3
	Üniversite	63,9±9,6	5,2±3,4	6,3±3,6
Çalışma Durumu	Emekli	62,1±14,4	6,6±4,6	6,8±4,4
	Memur	57,5±9,7	6,3±4,3	7,7±3,1
	İşçi	61,0±18,3	7,8±7,1	8,0±3,7
	Ev hanımı	69,8±15,7	7,8±4,8	7,8±4,5
	İşsiz	54,6±7,7	5,6±3,2	10,0±5,2
Ortalama Aylık Gelir(TL)	<1000	65,4±16,2	7,8±4,8	7,6±4,4
	≥1000	63,7±14,5	6,4±4,8	7,3±4,3
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	1	59,5±8,0	7,4±4,1	6,7±3,6
	2	67,3±16,0	6,3±4,7	6,6±4,3
	3 ve üzeri	63,9±15,4	7,6±4,9	7,9±4,4

Katılımcıların yaş gruplarına göre, SF-36 ölçek puanları ortalamasında en düşük puanı ($57,5\pm 15,0$) alan yaş grubu 75 yaş ve üzerindeki olup en yüksek puanı ($67,6\pm 15,2$) 45-54 yaş grubundakiler almıştır. Yaş gruplarına göre SF-36 ölçek puanları karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p: 0,154$), HAD-A alt ölçeğinden en düşük puanı ($6,4\pm 4,6$) 65-74 yaş grubu almış olup HAD-D alt ölçeğinden ise en düşük puanı ($7,1\pm 3,9$) 55-64 yaş grubu almıştır. Yaş gruplarına göre HAD-A ($p: 0,388$) ve HAD-D ($p: 0,612$) ölçek puanları karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 3.5).

Tablo 3.6. Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre KSE'i indekleri ve Toplam Fiziksel Aktivite Puan Ortalamaları.

		Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	Belirti Toplamı İndeksi	Semptom Rahatsızlık İndeksi	Toplam Fiziksel Aktivite
Yaş Grubu	35-44	0,2±0,1	28,0±14,2	0,3±0,1	7779,6±13087,4
	45-54	0,1±0,0	18,7±10,0	0,3±0,1	2521,0±3780,3
	55-64	0,1±0,1	19,3±12,2	0,3±0,1	2332,2±4912,3
	65-74	0,1±0,0	18,4±14,5	0,2±0,1	2445,7±3557,6
	75 ve üzeri	0,1±0,0	19,1±10,3	0,3±0,1	2469,5±4848,8
Vücut Kitle İndeksi	Normal	0,1±0,0	17,0±10,8	0,3±0,1	1922,7±2670,8
	Aşırı kilolu	0,1±0,0	21,2±12,8	0,3±0,1	3083,7±5593,1
	Obez	0,1±0,1	18,7±12,7	0,3±0,1	2975,0±6046,0
	Morbid obez	0,1±0,0	20,4±10,2	0,4±0,0	1422,2±1382,4
Cinsiyet	Kadın	0,1±0,1	17,4±10,6	0,4±0,1	2562,4±4052,0
	Erkek	0,1±0,0	21,6±13,7	0,3±0,1	2988,8±6396,0
Medeni Durum	Evli	0,1±0,0	19,2±11,9	0,3±0,1	3091,6±5778,6
	Bekar	0,0±0,0	10,2±10,3	0,3±0,0	1701,0±882,9
	Dul	0,1±0,1	21,9±14,4	0,3±0,1	1177,9±1436,2
Eğitim Durumu	Okuma yazma bilmeyen	0,1±0,1	22,5±11,0	0,3±0,1	1400,6±2234,1
	Okuryazar	0,1±0,0	19,5±10,6	0,3±0,1	2080,7±4578,3
	İlk-orta	0,1±0,1	19,0±13,2	0,3±0,1	3726,3±6653,1
	Lise	0,0±0,0	13,1±9,6	0,3±0,1	2011,5±2743,9
	Üniversite	0,1±0,0	22,5±16,8	0,3±0,1	2483,3±3101,1
Çalışma Durumu	Emekli	0,1±0,0	20,9±14,0	0,3±0,1	2648,0±4678,5
	Memur	0,1±0,0	18,1±8,1	0,3±0,1	819,6±1220,1
	İşçi	0,1±0,1	24,9±13,8	0,3±0,1	5208,6±13264,0
	Ev hanımı	0,1±0,1	17,4±10,7	0,4±0,1	2800,6±4276,9
	İşsiz	0,1±0,0	20,2±10,3	0,3±0,0	3636,0±4732,7
Ortalama Aylık Gelir(TL)	<1000	0,1±0,1	20,2±12,7	0,3±0,1	2641,3±4920,5
	≥1000	0,1±0,0	19,0±12,1	0,3±0,1	3000,2±6058,7
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	1	0,1±0,1	24,6±17,4	0,3±0,0	911,1±1170,6
	2	0,1±0,0	12,4±1,5	0,3±0,1	2625,6±3483,5
	3 ve üzeri	0,1±0,1	11,9±1,0	0,3±0,1	2989,6±6198,2

Üç global indekste en düşük puan ortalamasına sahip olan alan grup 65-74 yaş grubu olup, semptom rahatsızlık indeksinde 55-64 yaş grubu en yüksek puanı alırken rahatsızlık ciddiyeti indeksi ve belirti toplamı indeksinde 35-44 yaş grubundakiler en yüksek puanı almıştır. Yaş gruplarına göre ortalamalar karşılaştırıldığında belirti toplamı indeksi puanında istatistiksel olarak anlamlı fark yokken (p: 0,167), rahatsızlık ciddiyeti indeksi (p: 0,036) ve semptom rahatsızlık indeksi (p: 0,001) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. En düşük toplam fiziksel aktivite puanını ($2332,2 \pm 4912,3$) 55-64 yaş grubu, en yüksek puanı ($7779,6 \pm 13087,4$) 35-44 yaş grubunda olanlar almıştır. Yaş gruplarına göre toplam fiziksel aktivite puanları karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p: 0,165) (Tablo 3.6).

Katılımcıların puanları cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında SF-36 ölçek puanları ortalamaları (p: 0,002), belirti toplamı indeksi (p: 0,031) ve semptom rahatsızlık indeksi (p< 0,001) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında SF-36 ölçek puanları ortalamaları (p: 0,039), HAD-D (p: 0,004), belirti toplamı indeksi (p: 0,039) ve toplam fiziksel aktivite (p: 0,002) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Çalışma durumlarına göre karşılaştırıldığında SF-36 ölçek puanları ortalamaları (p: 0,001), semptom rahatsızlık indeksi (p< 0,001) ve toplam fiziksel aktivite (p: 0,014) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ortalama aylık gelirlerine göre karşılaştırıldığında HAD-A (p: 0,017) puanları istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 3.5 ve Tablo 3.6).

Tablo 3.7. Hastaların Depresyon ve Anksiyete Açısından Eşik Üstü/Altı Puanlarına Göre Dağılımı

Değişken		Sayı	%
HAD-D	Eşik altı	101	49,5
	Eşik üstü	103	50,5
HAD-A	Eşik altı	152	74,5
	Eşik üstü	52	25,5

Katılımcıların 103'ünün (%50,5) HAD-D'den eşik üstü puan alarak depresyon eğiliminin olduğu, 52'sinin (%25,5) HAD-A'dan eşik üstü puan alarak anksiyete eğiliminin olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 3.7).

Tablo 3.8. HAD-A Eşik Değerine Göre Grupların SF-36, KSE ve UFAFF Puanları.

		HAD-A		
		Eşik Altı	Eşik üstü	P Değeri
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	67,9±20,3	59,8±23,5	0,032
	Fiziksel Rol	70,8±23,5	69,4±20,7	0,816
	Vücut Ağrısı	58,1±24,8	60,6±22,3	0,590
	Genel Sağlık	60,3±18,5	58,6±15,0	0,397
	Fiziksel Komponent Puan Ortalaması	64,2±16,6	60,5±16,4	0,187
	Enerji	64,7±18,7	61,5±18,5	0,170
	Sosyal Fonksiyon	74,2±22,9	71,3±19,3	0,313
	Duygusal Rol	72,8±22,1	70,8±22,1	0,638
	Mental Sağlık	67,8±18,7	63,3±19,4	0,147
	Mental Komponent Puan Ortalaması	68,1±16,7	64,5±17,5	0,211
SF-36 Toplam Ölçek Puan Ortalaması		65,6±15,2	62,2±16,0	0,190
KSE	Somatizasyon	1,0±0,7	1,4±0,9	0,015
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,7±0,5	1,2±0,8	0,008
	Kişiler Arası Duyarlılık	0,7±0,7	1,1±0,9	0,005
	Depresyon	0,4±0,5	0,9±0,9	p< 0,001
	Anksiyete Bozukluğu	0,5±0,5	1,2±0,9	p< 0,001
	Hostilite	0,4±0,5	1,0±0,9	p< 0,001
	Fobik Anksiyete	0,3±0,4	0,7±0,6	0,001
	Paranoid Düşünce	0,5±0,6	1,0±0,9	0,002
	Psikotizm	0,2±0,3	0,7±0,6	p< 0,001
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,1±0,0	0,2±0,1	p< 0,001
	Belirti Toplamı İndeksi	16,7±10,8	27,6±13,1	p< 0,001
Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,3±0,1	0,3±0,1	0,725	
UFAA	Toplam fiziksel aktivite (MET)	2730,0±4595,2	2900,6±7119,7	0,248
	Şiddetli fiziksel aktivite (MET)	130,3±412,0	140,1±707,4	0,260
	Orta-Şiddetli fiziksel aktivite (MET)	146,1±336,1	169,5±389,4	0,957
	Yürüme (MET)	334,1±498,4	333,6±581,1	0,180
	Oturma süresi	370,7±235,3	369,0±194,3	0,820

SF-36 ölçeği için anksiyete puanı eşik altı olanlarda ağrı alt ölçek puan ortalaması hariç tüm alt ölçeklerin puan ortalamaları, anksiyete puanı eşik üstü olanlardan daha yüksek bulundu. Ayrıca puanlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde SF-36 alt ölçeklerinden fiziksel fonksiyon puanı (p: 0,032) hariç diğer alt ölçek puanlarında anlamlı fark bulunmadı (p>0,05), KSE'i alt ölçek ve global indeksleri incelendiğinde anksiyete puanı eşik üstü olanların, eşik altı olanlarla göre ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Ayrıca puanlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde semptom rahatsızlık indeksi puanı (p: 0,725) hariç diğerleri anlamlıydı (p<0,05), UFAA'da anksiyete puanı eşik altı olanların

oturma ve yürüme süresi ortalamalarının eşik üstü olanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür ancak aralarında istatistiksel fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 3.8).

Tablo 3.9. HAD-D Eşik Değerine Göre Grupların SF-36, KSE ve UAFF Puanları.

		HAD-D		
		Eşik Altı	Eşik üstü	P Değeri
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	71,7±20,7	60,1±20,6	p< 0,001
	Fiziksel Rol	76,1±24,2	64,9±19,9	p< 0,001
	Vücut Ağrısı	60,2±25,5	57,4±22,8	0,364
	Genel Sağlık	63,0±18,7	56,7±16,0	0,006
	Fiziksel Komponent Puan Ortalaması	67,5±16,6	59,1±15,5	p< 0,001
	Enerji	67,7±18,4	60,1±18,3	0,001
	Sosyal Fonksiyon	77,9±22,1	69,1±21,1	0,003
	Duygusal Rol	77,0±21,5	67,6±21,7	0,002
	Mental Sağlık	70,6±18,6	62,8±18,6	0,001
	Mental Komponent Puan Ortalaması	71,2±16,3	63,2±16,6	p< 0,001
	SF-36 Toplam Ölçek Puan Ortalaması	68,8±14,6	60,7±15,2	p< 0,001
KSE	Somatizasyon	1,0±0,7	1,3±0,8	0,028
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,7±0,6	0,9±0,7	0,141
	Kişiler Arası Duyarlılık	0,6±0,7	0,9±0,8	0,044
	Depresyon	0,3±0,4	0,7±0,8	p< 0,001
	Anksiyete Bozukluğu	0,5±0,4	0,9±0,8	p< 0,001
	Hostilite	0,4±0,5	0,7±0,7	0,005
	Fobik Anksiyete	0,3±0,3	0,5±0,6	0,001
	Paranoid Düşünce	0,5±0,6	0,7±0,8	0,305
	Psikotizm	0,2±0,3	0,5±0,5	0,002
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,1±0,0	0,1±0,1	0,001
	Belirti Toplamı İndeksi	15,5±10,6	23,3±12,8	p< 0,001
Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,3±0,1	0,3±0,1	0,545	
UFAA	Toplam fiziksel aktivite (MET)	3080,3±5224,8	2472,7±5446,8	0,139
	Şiddetli fiziksel aktivite (MET)	166,9±491,1	99,4±512,7	0,450
	Orta-Şiddetli fiziksel aktivite (MET)	168,9 ±338,1	135,5±361,4	0,041
	Yürüme (MET)	324,0±512,5	343,8±528,2	0,330
	Oturma süresi	368,2±226,6	372,2±224,7	0,747

Depresyon puanı eşik altı olanların SF-36 ölçek puan ortalamaları eşik üstü olanlardan daha yüksek bulunmuş olup sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde arada anlamlı fark bulundu ($p< 0,001$). Depresyon puanı eşik üstünde olanların KSE'den aldıkları puan ortalamaları eşik altı olanlara göre yüksek bulundu. Ayrıca sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde obsesif kompulsif bozukluk ($p: 0,141$), paranoid düşünce ($p: 0,305$) ve global indekslerden semptom rahatsızlık indeksi ($p: 0,545$) puanları hariç diğer alt ölçek ve indekslerin tümü anlamlı bulundu ($p<0,05$), Depresyon puanı eşik altı olanların toplam fiziksel aktivite, şiddetli fiziksel aktivite, orta şiddetli fiziksel aktivite puan ortalamaları eşik

üstü olanlara göre yüksek bulunmuş olup istatistiksel değerlendirmede sadece orta şiddetli fiziksel aktivite anlamlı bulundu (p: 0,041) (Tablo 3.9).

Tablo 3.10. Fiziksel Aktivitelere Bulunan ve Bulunmayanların SF-36 Alan Puanları Dağılımı.

		Bulunan	Bulunmayan	P değeri
SF-36	Fiziksel Fonksiyon	67,7±21,3	56,5±20,0	0,004
	Fiziksel Rol	71,9±22,9	63,2±20,8	0,026
	Vücut Ağrısı	59,5±24,7	55,3±21,3	0,336
	Genel Sağlık	61,0±17,8	54,0±16,2	0,034
	Fiziksel Komponent Puan Ortalaması	64,7 ±16,4	56,2±16,0	0,007
	Enerji	64,5±18,8	60,9 ±17,8	0,245
	Sosyal Fonksiyon	75,8±21,3	61,7±22,0	0,001
	Duygusal Rol	73,7±22,1	65,1±21,0	0,033
	Mental Sağlık	67,7±18,8	61,5±19,1	0,063
	Mental Komponent Puan Ortalaması	68,3±16,7	61,6±17,2	0,032
	SF-36 Toplam Ölçek Puan Ortalaması	66,0±15,2	58,4±15,3	0,011

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanları fiziksel aktivitelere bulunma durumlarına göre değerlendirildiğinde, fiziksel aktivitelere bulunanlarda SF-36 alt ölçeklerinin tümünde puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna varıldı. SF-36 alt ölçeklerinden ağrı (p: 0,336), enerji (p: 0,245) ve mental sağlık puanları (p: 0,063) hariç alt ölçeklerin tümü istatistiksel olarak anlamlı bulundu (p<0,05) (Tablo 3.10).

Tablo 3.11. Fiziksel Aktivitelere Bulunan ve Bulunmayanların KSE'i Alan Puanları Dağılımı.

		Bulunan	Bulunmayan	P değeri
KSE	Somatizasyon	1,2±0,8	1,1±0,6	0,810
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	0,9±0,6	0,8±0,7	0,337
	Kişiler Arası Duyarlılık	0,8±0,7	0,7±0,8	0,555
	Depresyon	0,5±0,7	0,6±0,6	0,345
	Anksiyete Bozukluğu	0,7±0,7	0,6±0,6	0,321
	Hostilite	0,6±0,7	0,3±0,5	0,031
	Fobik Anksiyete	0,4±0,5	0,4±0,5	0,867
	Paranoid Düşünce	0,6±0,7	0,5±0,7	0,235
	Psikotizm	0,4±0,5	0,3±0,4	0,225
	Ek Maddeler	0,7±0,6	0,8±0,6	0,173
	Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	0,1±0,1	0,1±0,0	0,378
	Belirti Toplamı İndeksi	19,9±12,7	17,5±10,3	0,382
	Semptom Rahatsızlık İndeksi	0,3±0,1	0,3±0,1	0,450

Fiziksel aktivitelere bulunmayan katılımcıların depresyon, ek maddeler ve semptom rahatsızlık indeksi puanları fiziksel aktivitelere bulunanlara göre daha yüksek bulunmuş olup sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildiğinde hostilite alt

ölçek puanı ($p: 0,031$) hariç tüm alt ölçekler ve global indeksler arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 3.11).

Tablo 3.12. Fiziksel Aktivitelere Bulunan ve Bulunmayanların HAD Alan Puanları Dağılımı.

		Bulunan	Bulunmayan	P değeri
HAD	HAD-A	7,3±4,9	6,5±4,5	0,405
	HAD-D	7,1±4,2	9,1±4,6	0,025

Katılımcıların HAD ölçeğinden aldıkları depresyon alt ölçek puanı fiziksel aktivitelerde bulunma durumlarına göre değerlendirildiğinde, fiziksel aktivitelerde bulunanların ortalama puanlarının daha düşük olduğu görülmüş olup aralarında istatistiksel fark vardı ($p:0,025$) (Tablo 3.12).

Tablo 3.13. Fiziksel Aktivitelere Bulunan ve Bulunmayanların UFAA Alan Puanları Dağılımı.

		Bulunan	Bulunmayan	P değeri
UFAA	Toplam fiziksel aktivite (MET)	2962,1±4602,0	1830,6±8089,3	$p< 0,001$
	Oturma süresi	360,3±216,1	419,8±263,6	0,164

Fiziksel aktivitelerde bulunanların toplam fiziksel aktivite puan ortalamaları daha yüksek bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlılık vardı ($p<00,1$). Fiziksel aktivitelerde bulunanlarda oturma süresinin daha düşük olduğu görülmüştür ancak aralarında istatistiksel fark yoktur ($p: 0,164$) (Tablo 3.13).

Tablo 3.14. Kadın ve Erkeklerde Fiziksel Aktivite ve Oturma Süresi Puanları Dağılımı.

	Kadın	Erkek	P Değeri
Şiddetli Fiziksel Aktivite (MET)	377,4±209,0	363,0±241,2	0,410
Orta Dereceli Fiziksel Aktivite (MET)	155,5±329,0	148,5±371,0	0,009
Yürüme (MET)	319,9±423,2	348,3±603,6	0,033
Toplam Fiziksel Aktivite (MET)	2562,4±4052,0	2988,8±6396,0	0,006
Oturma	377,4±209,0	363,0±241,2	0,410

Kadın ve erkeklerde toplam fiziksel aktivite, oturma ve yürüme süreleri, şiddetli ve orta dereceli fiziksel aktivite süreleri değerlendirildi. Erkeklerin yürüme ($p: 0,033$) ve toplam fiziksel aktivite ($p: 0,006$) sürelerinin kadınlardan yüksek olduğu görülmüş

olup aralarında istatistiksel fark vardı. Erkeklerde orta dereceli fiziksel aktiviteye bakıldığında ise kadınlardan daha düşük olduğu görüldü ve aralarında istatistiksel fark vardı (p: 0,009). Oturma sürelerinin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu saptandı ancak aralarında istatistiksel fark yoktu (p: 0,410) (Tablo 3.14).

4. TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan 204 katılımcının %56,9'u 45-64 yaş aralığındadır (Tablo 3.1). Benzer çalışmalardaki yaş grubu aralığı bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir (Li ve ark., 2003; Erkek ve ark, 2006; Özkan, 2008; Öztürk ve ark., 2011). Buna ek olarak Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmasına göre hipertansiyonun artan yaşla birlikte sık görüldüğü saptanmış olup özellikle 40-70 yaşları arasında fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Altun ve ark., 2003). Tüm bu çalışmalara göre özellikle orta yaş grubu bireylerde hipertansiyonun daha çok görüldüğünü söyleyebiliriz.

Araştırmaya alınan katılımcıların cinsiyete göre dağılımları (kadınlarda %50,5, erkeklerde %49,5) eşit tutulmaya çalışılmıştır (Tablo 3.1). Benzer çalışmalar incelendiğinde grup içinde kadınların yüzdesinin daha fazla olduğu görülmüştür (Çöl ve ark., 2006; Parabaş, 2009). Bunun sebebi olarak da ulaşma sıklığının kadınlarda daha yüksek oluşu ve kadınlarda ortalama yaşam süresinin uzun olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Parabaş, 2009). Tüm grubun %82,8'ini evliler, %50,0'sini ilk-orta, %20,6'sını okuma yazma bilmeyen, %42,6'sını emekli, %41,7'sini ev hanımı, %56,4'ünün aylık hane toplam geliri düşük (<1000 TL altı) olanlar ve %63,7'sinin hanede yaşayan kişi sayısı 3 ve üzerinde olanlar oluşturmaktadır. Bu bulgular bölgede yaşayan 35 yaş ve üzeri grubun temel özelliklerinden etkilenmektedir (Tablo 3.1).

Çalışmamızda tüm gurubun %93,2'si sosyal güvenceye sahipti (Tablo 3.1). Benzer çalışmalarda sosyal güvencesi olanların sağlık kurum ve kuruluşlarına daha çok başvurduklarını göstermektedir (Öztürk ve ark., 2002). Buda gösteriyor ki, sosyal güvencesi olmayan insanların birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşları dahi olsa özellikle tanı ve tedavi başta olmak üzere sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamazlar (Ünsal ve ark., 2007).

Katılımcıların %34,8'inde diyabet, %16,7'sinde kalp hastalığı olduğu tespit edilmiş olup katılımcıların %49,5'inin obez olduğu saptanmıştır (Tablo 3.1). Afyon İli Dinar ilçesinde yapılan, hipertansiyonun risk faktörleri yönünden dağılımının incelendiği bir çalışmada katılımcıların %15,7'sinde diyabet, %5,1'inde kalp hastalığı öyküsü mevcut olup bireylerin %19,5'inin obez olduğu tespit edilmiştir (Özkan, 2008). Hipertansiflerde yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların %50,6'sının obez olduğu bulunmuştur (Çöl ve ark., 2006). Ayrıca Türk Hipertansiyon prevalans çalışmasında da Türk toplumunun obesite prevalansının %26,4 olduğu bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda vücut kitle indeksinin hipertansiflerde yüksek olduğu ve hipertansiyonla vücut kitle indeksi arasında lineer bir ilişki olduğu saptanmıştır (Altun ve ark., 2003). Tüm bu çalışmalar ışığında ek hastalık ve obezite bulunmasının hipertansiyonu tetiklediği düşünülebilir. Çalışma grubuna alınan hipertansiflerin %42,2'sinin 1-5 yıldır hipertansiyona sahip olduğu ve hipertansiyon tedavisi aldığı tespit edilmiştir (Tablo 3.2). Elazığ' da yapılmış benzer bir çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğunun 1-5 yıldır hipertansiyon hastası olduğu ve hipertansiyon tedavisi almakta oldukları saptanmıştır (İçyeroğlu, 2012).

Vakaların büyük çoğunluğunun (%77,5' inin) kan basıncı yüksekliğini farketmediği belirlenmiştir (Tablo 3.2). Bulgularımız literatür bilgileriyle paralellik göstermektedir (Tuna, 1995). Katılımcılarımızın tamamının bir yıl içinde doktor kontrolünden geçtiği tespit edilmiştir (Tablo 3.2). Li ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise bu oranın %33 olduğu, bir diğer çalışma olan Göçgeldi ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise bu oranın %75,6 olarak bulunmuştur (Li ve ark., 2003; Göçgeldi ve ark., 2008). Sonuçlar karşılaştırıldığında çalışmamızda hipertansif bireylerin hastalıklarının daha çok farkında olduğu ve buna bağlı olarak doktor kontrollerinin daha düzenli olduğu görülmüştür. Ayrıca bu bölgede hipertansiyon bilincinin arttığı ve bölgede kaliteli sağlık hizmetlerinin verildiği düşünülebilir.

Katılımcılarımızın %55,9' unun iki ve daha fazla çeşit antihipertansif ilaç kullandığı, %44,1' inin ise tek çeşit ilaç kullandığı saptanmıştır. Ayrıca katılımcıların %6,4' ü kullandığı ilaç dozunu yetersiz bulmaktaydı (Tablo 3.2). Benzer çalışmalar

incelendiğinde ise bizim çalışmamızdan farklı olarak tek çeşit ilaç kullanan hipertansifler çoğunlukta idi (Lawrence ve ark., 1996; Göçgeldi ve ark., 2008). Çalışmaya alınan katılımcıların ilaç kullanmasına rağmen %24' ünün kan basıncı 140/90 ve üzeriydi (Tablo 3.2). Ayrıca 'Türk Populasyonda Hipertansiyonun Tedavi ve Kontrolü' çalışması incelendiğinde ülkemizde antihipertansif ilaç alan hipertansifler arasında kan basıncı kontrol oranı (%24,3) Avrupa ülkeleriyle benzer şekilde devamlı olarak düşüktür (Abacı ve ark., 2006).

Sigara kullananlarda hipertansiyon görülme sıklığının daha yüksek olduğu yapılan bazı çalışmalar ile tespit edilmiştir (Hacıoğlu ve ark., 1999). Buna zıt olarak yapılan bazı çalışmalarda ise sigara kullananlar ve kullanmayanlar arasında hipertansiyon prevalansı açısından herhangi fark bulunmamıştır (Ünsal ve ark., 2007). Çalışmamızda sigara içen hipertansif hastaların oranı %13,7 olarak bulunmuştur (Tablo 3.3). Bu sonuçların Türkiye'de yapılan diğer çalışmalara oranla oldukça düşük olduğu tespit edilmiştir (Sarıözen, 2006). Bu da gösteriyor ki bizim hastalarımız Türk toplumu geneline göre daha az sigara tüketmekte. Ayrıca çalışmamızda sigara kullanmayanlarda hipertansiyon görülme sıklığının yüksek oluşunun sebebini de katılımcıların yaş gruplarının yüksek olmasından ileri geldiğini düşündürmektedir.

Katılımcıların düzenli fiziksel aktivitede bulunma durumları incelendiğinde fiziksel aktivitelerde bulunma oranları benzer çalışmalara kıyasla oldukça yüksekti (Tablo 3.3) (Çöl ve Özdemir, 2006; Sarıözen, 2006; Tokem ve ark., 2013). Benzer çalışmalar incelendiğinde yeterli fiziksel aktivitede bulunmamanın kan basıncı kontrolünü istenen seviyelerde tutulmadığının göstergesidir (Göktekin, 2008). Hipertansiyon tanısı alan bireylerin fiziksel aktivitelerde bulunma yönünden desteklenmesi gerekmektedir (Tokem ve ark., 2013). Fiziksel aktivite sıklığının artması kan basıncının düşmesine yardımcı olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Kan basıncının kontrol altında tutulabilmesi için fiziksel aktivite sıklığının artırılması gerektiği yapılan çalışmalar kanıtlanmıştır (Balcı Alparslan, 2008).

Katılımcılarımızın SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar diğer çalışmalar ile paralellik göstermektedir (Tablo 3.4). Benzer çalışmalar incelendiğinde hipertansif olanlarda SF-36 yaşam kalitesi ölçeğine göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin normotansiflere göre anlamlı şekilde daha kötü olduğu saptanmıştır (Aydemir ve ark., 2005; Ünsal ve ark., 2007).

Ülkemizde hipertansiyon hastalarına yönelik KSE’i ölçek çalışmaları yoktur. Hipertansiflerin ruhsal durumlarının da değerlendirildiği bu çalışmada hipertansiyon hastalarının Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi puan ortalaması $0,1\pm 0,1$ olarak bulunmuştur (Tablo 3.4). Ölçek genel puanı olan Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi puanlarındaki artış bireylerde ruhsal belirtilerden duyulan sıkıntının arttığı bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Bizim çalışmamızdaki bu değer, KSE’nin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında elde edilen ortalamadan ($0,75\pm 0,50$) daha düşük bulunmuştur ve yine benzer bir araştırma olan McCRATY ve arkadaşlarının hipertansif çalışanlarda yaptıkları bir çalışmaya göre de katılımcılarımızın Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi puanı daha düşük bulunmuştur. Buda katılımcılarımızın puan ortalamalarına göre ruhsal belirti sıklığının düşük olduğunun bir göstergesidir (Şahin Hisli ve Batıgün Durak, 2002; Mccraty ve ark., 2003).

Katılımcıların HAD ölçeğinden aldıkları anksiyete puan ortalamaları $7,1\pm 4,8$, depresyon puan ortalamaları $7,4\pm 4,4$ olarak bulunmuştur (Tablo 3.4). Benzer çalışmalarda HAD ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde HAD-A puan ortalaması $6,16\pm 3,86$, HAD-D puan ortalaması $6,43\pm 4,12$ olarak bulunmuştur (Wang ve ark., 2006). Bir başka çalışmada ise HAD-A puan ortalaması $12,03\pm 3,54$, HAD-D puan ortalaması ise $9,24\pm 4,33$ olarak bulunmuştur (Kuijpers ve ark., 2003). Anksiyete ve depresyon alt ölçeklerinden alınan puanlar eşik altı ve eşik üstü olarak değerlendirildiğinde; katılımcıların %50,5’inin depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan, %25,5’inin anksiyete alt ölçeğinden eşik üstü puan aldığı görülmüştür. Bu da katılımcılarımızın büyük çoğunluğunun depresyon düzeyleri açısından risk altında olduğunu ortaya koymuştur (Tablo 3.7). Benzer çalışmalarda da katılımcıların %51,2’sinin anksiyete alt ölçeğinde %81,5’nin depresyon alt ölçeğinden eşik üstü puan aldıkları ve büyük çoğunluğunun depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından

risk altında oldukları saptanmıştır (Hacıhasanoğlu ve ark., 2010). Bizim çalışmamızda bu oranların daha düşük olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada ise pulmoner hipertansiyonlu hastaların %15,9'unda majör depresif bozukluk, %6,7'sinde diğer depresif bozukluklar ve %4,3'ünde ise anksiyete bozuklukları saptanmıştır (Löve ve ark., 2004). HAD'ın depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinden eşik üstü puan alan katılımcıların eşik altı puan alanlara göre yaşam kalitelerinin tüm alanlarda bozuk olduğu söylenebilir. Depresyon ve anksiyete düzeylerinin artmasının katılımcıların yaşam kalitelerinin bozulduğunun bir göstergesidir (Tablo 3.8 ve Tablo 3.9).

Yaşam kalitesi algısında önemli yer tutan sağlık; bireylerin yaşam tarzı ve davranışlarıyla etkilenen çevre ile sıkı bir ilişki içindedir. Şehirleşmenin hızlı artışı, insanların vücutlarını az hareket ettirmesi, psikolojik gerginliğe neden olan faktörler insanların sağlık sorunlarının şeklini değiştirmiştir. Bu ifadelerden de anlaşıldığı gibi yaşam kalitesini olumsuz etkileyen unsurlar arasında durağan yaşam tarzı önemli bir yer tutmaktadır (Zorba, Erişim Tarihi: 15.04.2014). Çalışmamızda UFAA puanları incelendiğinde fiziksel aktivite düzeylerinin ($2773,5 \pm 5333,6$) orta düzeyde (600-3000 MET) olduğu saptanmış olup en yüksek ortalama yürüme aktivitesi sahiptir (Tablo 3.4). Bunun nedeni olarak da katılımcıların yürümenin yararlarına ilişkin sağlık profesyonellerinin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden, kitle iletişim araçlarından yararlandıklarını düşündürebilir (Yeşil ve ark., 2013). Ayrıca erkeklerde toplam fiziksel aktivite puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek bulunmuş olup bu sonuçlar benzer çalışmalar ile paralellik göstermektedir (Tablo 3.14) (Alomari ve ark., 2011). Ek olarak DSÖ tarafından yapılan, 'Dünya Sağlık Taraması' çalışmasına göre ülkemizde inaktivite düzeyi kadınlarda %43,4, erkeklerde %29 olarak bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı Yayın, Erişim Tarihi: 16.04.2014). Çalışmamızda fiziksel aktivitelerde bulunanlar da SF-36 ölçek puan ortalamaları fiziksel aktivitelerde bulunmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3.10). Böylece fiziksel aktivitelerde bulunmanın yaşam kalitesi artışına katkı sağladığını söyleyebiliriz. Yapılan çalışmalarda fiziksel aktivite ve hipertansiyon görülme sıklığı arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Bu çalışmalar fiziksel aktivite düzeyi az olan

bireylerde hipertansiyon prevalansının daha yüksek olduğunu göstermiştir (Jeneive ark., 2002; Sadeghi ve ark., 2004; Taşçı ve ark., 2005; Boylu, 2006; Özkan, 2008). Bir başka çalışmada ise fiziksel aktivite yapanlar ve yapmayanlar arasında hipertansiyon prevalansı açısından herhangi bir fark bulunmamıştır (Ünsal ve ark., 2007). Bir diğer çalışmada ise fiziksel olarak aktif olanlarda kan basıncı değerlerinin ve ortalama kan basınçlarının normal değerlerde olduğu saptanmıştır (Yeşil ve ark., 2013).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmayı otuz beş yaş ve üzeri hipertansiyon tanısı konmuş, herhangi bir fiziksel engeli bulunmayan ve sağlık bakım profesyonelleriyle etkili iletişim kurabilen 204 kişi oluşturmaktadır. Katılımcıların büyük çoğunluğu 45-64 yaş aralığındaki bireylerden oluşmuş olup yaş artışı ile hipertansiyon görülme sıklığının arttığı görülmektedir. Ayrıca katılımcılarımızda obezite görülme yüzdesi oldukça yüksekti. Bu da vücut ağırlığının direk kan basıncı ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bireyler temel bir sağlık problemi olan obeziteden korunma konusunda bilgilendirilmelidir. Obezite konusunda toplumsal bilinç oluşturulmalıdır. Katılımcılarda bulunan ek hastalıkların hipertansiyon görülme oranını artırdığı tespit edilmiştir. Ayrıca araştırma kapsamına alınan tüm hipertansif bireylerin hastalıklarının farkında olduğu ve bölgede hipertansiyon bilincinin arttığı sonucuna varılmıştır. Katılımcılarda ilaç kullanımına rağmen kan basıncı kontrol oranının oldukça düşük olmasının bireylerde psikososyal durum ve fiziksel aktivitenin yeterli düzeyde olmadığına işaret edebilir. UFAA puanları incelendiğinde katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerinin orta derecede olduğu saptanmıştır, en yüksek ortalamaya ise yürüme aktivitesi sahiptir. Ayrıca erkeklerin toplam fiziksel aktivite puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Buda kadınların daha düşük fiziksel aktiviteye sahip olduğunu göstermiştir. Fiziksel aktivitelerde bulunanlarda yaşam kalitesi puan ortalamaları fiziksel aktivitelerde bulunmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bağlamda katılımcıların fiziksel aktivite düzeylerini artırmak yaşam kalitesini yükseltmede etkin bir yöntem olabilir. Ayrıca düzenli fiziksel aktivitelerde bulunma kan basıncının kontrol altında tutulmasında önemli rol oynamaktadır. Tüm bu sebeplerden ötürü hipertansiyon tanısı alan bireyler fiziksel aktivitelerde bulunması yönünde desteklenmelidir.

Sonuç olarak fiziksel aktivite tüm bireylerde olduğu gibi hipertansiflerde de psikolojik ve fizyolojik iyilik halinin korunmasına yardımcı olmaktadır.

ÖZET

Otuz beş Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyonun Fiziksel Aktivite ve Psikososyal Durum Üzerine Etkileri

Hipertansiyon iyi kontrol edilmediği takdirde vücuttaki birçok organ ve sistemi olumsuz yönde etkileyen kompleks bir hastalıktır. Ayrıca oluşturduğu hedef organ hasarı ile dünyada önde gelen ölüm nedenleri içinde bir numaralı risk faktörüdür.

Bartın ilinde gerçekleştirilen bu çalışmada; otuz beş yaş ve üzeri hipertansiyon tanısı almış bireylerde, hipertansiyonun fiziksel aktivite düzeyi ve psikososyal durum üzerine olan etkilerinin araştırılması, hipertansiyonda etkili olan faktörleri ve ortaya çıkan sorunları ele almak amaçlanmıştır.

Çalışmaya 223 hipertansiyon hastası katılmıştır. Veri toplama aracı olarak Yaşam Kalitesi Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik anket formu uygulanmıştır. Verilerin analizinde Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi, Ki kare testi, T- testi, ANOVA testi kullanılmıştır.

Katılımcıların yaş ortalamaları $60,3 \pm 11,4$ olup, %50,5'i kadındı. Ayrıca obez olan kişi sayısı oldukça yüksekti (%49,5). Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalaması $64,7 \pm 15,4$ olarak bulunmuş olup, fiziksel aktivitelerde bulunanlarda Yaşam Kalitesi tüm alt ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Kısa Semptom Envanteri ölçek genel puanı $0,1 \pm 0,1$ olarak bulunmuş olup ruhsal belirti sıklığının düşük olduğu tespit edilmiştir. Hastane Anksiyete ve Depresyon ölçeğiyle yapılan değerlendirmede %50,5'inin depresyon eğilimi olduğu, %25,5'inin anksiyete eğilimi olduğu saptanmıştır. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi puanı $2773,5 \pm 5333,6$ olarak bulunmuş olup fiziksel aktivite düzeylerinin orta derecede olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak fiziksel aktivite düzeyleri ve yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Fiziksel aktivitelerde bulunmanın yaşam kalitesi artışına katkı sağladığı düşünülerek hipertansiyon hastalarına fiziksel aktivitelerde bulunmaları gerektiği önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite, hipertansiyon, otuz beş yaş ve üzeri, psikososyal durum, vücut kitle indeksi.

SUMMARY

The Effects of Hypertension on Physical Activity and Psychosocial State in Individuals 35 Years of Age and More

Hypertension is a complex disease that affects many organs and body systems negatively unless it is not controlled effectively. Besides, it is the number one risk factor among the world's leading causes of death with its target organ damage.

In this study conducted in Bartın, it was aimed to investigate the effects of hypertension on physical activity level and psychosocial state in individuals 35 years of age and more diagnosed with hypertension, and deal with the factors influencing hypertension and the arising problems.

223 hypertensive patients participated in the study. Life Quality Scale, Brief Symptom Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, International Physical Activity Questionnaire and socio-demographic questionnaire prepared by the researcher were utilized as data collection tools. Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test, Chi-square test, T- test, ANOVA test were used for analyzing the data.

Mean age of the participants is $60,3 \pm 11,4$ and %50,5 of them were female. Furthermore, the number of obese people was quite high (%49,5). The mean score of Life Quality Scale was found as $64,7 \pm 15,4$ and it was found out that the averages of all Life Quality Scale subcores were higher with those joining in physical activities. Brief Symptom Inventory general score was found as $0,1 \pm 0,1$ and it was determined that psychiatric symptom frequency was low. It was detected in the evaluation conducted with Hospital Anxiety and Depression Scale that %50,5 had depression tendency and %25,5 had anxiety tendency. The score of International Physical Activity Questionnaire was found as $2773,5 \pm 5333,6$ and it was identified that physical activity levels are moderate.

As a result, it was found out that there was a meaningful relationship between physical activity levels and life quality scores. Hypertensive patients should be recommended to join in physical activities as considering physical activities contribute to the increase in life quality.

Key Words: Physical activity, hypertension, 35 years of age and more, psychosocial state, body mass index.

KAYNAKLAR

- ABACI, A., OGUZ, A., KOZAN, O., TOPRAK, N., SENOCAK, H., DEGER, N., ŞAHİN, M., SUR, H., FİCİ, F., EROL, C. (2006). Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). *Journal of Human Hypertension*, **20**: 355–361.
- ADAMOPOULOS, S., ROSANO, G.M., PONIKOWSKI, P., CERQUETANI, E., PIEPOLI, M., PANAGIOTA, F., COLLINS, P., POOLE-WILSON, P., KREMASTINOS, D., COATS, A. (1998). Impaired baroreflex sensitivity and sympathovagal balance in syndrome X. *Am J Cardiol*, **82**: 862-868.
- AKPOLAT, T. (2013). 100 Soruda Hipertansiyon. [http://www.tekinakpolat.net/kitap/100sorudahipertansiyon.pdf] Erişim Tarihi: 09.07.2014.
- AKYOL, A., BİLGİÇ, B., ERSOY, G. (2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. İnci Baskı, Klasmat Matbaacılık, Ankara.
- ALOMARI, M.A., KEEWAN, E.F., QHATAN, R., AMER, A., KHABOUR, O.F., MAAYAH, M.F., HURTIG-WENNLÖF, A. (2011). Blood pressure and circulatory relationships with physical activity level in young normotensive individuals: IPAQ validity and reliability considerations. *Clin Exp Hypertens*, **33**: 345–353.
- ALTUN, B., ARICI, M., NERGİZOĞLU, G., DERİCİ, Ü., KARATAN, O., TURGAN, Ç., SİNDEL, Ş., ERBAY, B., HASANOĞLU, E., ÇAĞLAR, Ş.; TURKISH SOCIETY OF HYPERTENSION AND RENAL DISEASES. (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent study) in 2003. *J Hypertens*, **23**: 1817-1823.
- ARSLAN, M., ATMACA, A., AYVAZ, G., BAŞKAL, N., BEYHAN, Z., BOLU, E., CAN, S., ÇORAKÇI, A., DAĞDELEN, S., GÜVENER DEMİRAĞ, N., DEMİRER, A.N., ERBAŞ, T., GÜRSOY, A., GÜLLÜ, S., DAĞCI, İ.Ş. , KARAKOÇ, A., KULAKSIZOĞLU, M., ŞAHİN, M., TANACI, N., TÖRÜNER, F., BAŞÇIL TÜTÜNCÜ, N., ÜÇKAYA, G., YETKİN, İ., YILMAZ, M. (2009). Metabolik Sendrom Kılavuzu. Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). İnci Baskı, Türkiye Tuna Matbaacılık San ve Tic. A.Ş, Ankara.
- AYDEMİR, O., OZDEMİR, C., KORUĞLU, E. (2005). The impact of co-morbid conditions on the SF-36: a primary-case-based study among hypertensives. *Archives of Medical Research*, **36**: 136-141.
- AYDEMİR, Ö., KÖROĞLU, E. (2007). Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler. Üçüncü Baskı, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara. sy. 346-353.
- BAHÇECİ, M. (2011) Obezite. In: *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon, Obezite, ve Lipid Metabolizması Tanı ve Tedavi Rehberi*. Ed: TEMĐ Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Miki Matbaacılık, Ankara. sy. 50-80.
- BALCI ALPARSLAN, G. (2008). Yürüyüş ve gevşeme egzersizinin primer ve dirençli hipertansiyonun kontrolüne etkisi. Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- BOYLU, Ö. (2006). Niğde ili Kemerhisar kasabasındaki 40 yaş ve üzeri popülasyonda hipertansiyon prevalansı ve farkındalık durumu. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- CHOBANIAN, A.V., BAKRIS, G.L., BLACK, H.R., CUSHMAN, W.C., GREEN, L.A., IZZO, J.L., JONES, D.W., MATERSON, B.J., OPARIL, S., WRIGHT, J.T. (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, **42**: 1206-1252.
- CRAIG, C.L., MARSHALL, A.L., SJOSTROM, M., BAUMAN, A.E., BOOTH, M.L., AINSWORTH, B.E., PRATT, M., EKELUND, U., YNGVE, A., SALLIS, J.F., OJA, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, **35**: 1381-1395.
- ÇÖL, M., ÖZDEMİR, O., OCAKTAN, M. (2006). Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. *A. Ü. Tıp Fak. Mecmuası*, **59**: 144-150.
- DALBELER, A. (2005). Hipertansiyon hastalarında Crp düzeyleri ile Qt dispersiyonu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. İç Hastalıkları Kliniği.
- Dünya Sağlık Örgütü Obezite Sınıflandırması. [<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>] Erişim Tarihi: 11.07.2014
- ERKEK, N., ÖZGÜR, G., BABACAN GÜMÜŞ, A. (2006). Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **10**: 9-18.
- FUSTER, V., ALEXANDER, R.W., O'ROURKE, R.A. (2002). Hurst's the Heart. 10. Baskı. İstanbul: McGraw-Hill.
- GOLDMAN, L., AUSIELLO, D. (2007). Cecil Medicine. 23rd Edition, Pa: Saunders Elsevier, Philadelphia.
- GÖÇGELDİ, E., BABAYİĞİT, M.A., HASSOY, H., AÇIKEL, C.H., TAŞCI, İ., CEYLAN, S. (2008). Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, **50**: 172-179.
- GÖKTEKİN, C. (2008). Antihipertansiflerle arteriyel kan basınçları kontrol altına alınamayan hastaların psikososyal açıdan değerlendirilmesi ve SSRI'ların (Sertralin) hipertansiyon kontrolüne etkisi. Uzmanlık Tezi, Ankara, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- GUYTON, A.C., HALL, J.E. (2007). Tıbbi Fizyoloji. Çev Ed: ÇAVUŞOĞLU, H., YEĞEN, B.C. 11inci Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 1066.
- HACIALİOĞLU, N., GÜRAKSIN, A., İNANDI, T. (1999). Gümüşhane ili Torul merkez sağlık ocağı bölgesi 30 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı ve ilgili etmenler. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, **19**: 200-208.
- HACIHASANOĞLU, R., KARAKURT, P., YILDIRIM, A., USLU, S. (2010). Anxiety and depression among individuals with chronic disease who refer to primary health care centers. *TAF Prev Med Bull*, **9**: 209-216.

- İÇYEROĞLU, G. (2012). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi. Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- JENEI, Z., PALL, D., KATONA, E., KAKUK, G., POGLAR, P. (2002). The epidemiology of hypertension and its associated risk factors in the city of Debrecen, Hungary. *Public Health*, **116**: 138-144.
- KAYA KALAN, M. (2007). Hipertansiyon hastalarında antihipertansif ilaç değişimleri, bu değişimlerin nedenleri ve ilaç değişimleri ile hedef tedavi değerlerine ulaşma oranlarının incelenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü.
- KAYIHAN, G., ERSÖZ, G. (2009). Hipertansiyon ve egzersiz. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, **7**: 93-101.
- KEARNEY, P.M., WHELTON, M., REYNOLDS, K., MUNTNER, P., WHELTON, P.K., HE, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, **365**: 217-223.
- KOCYİĞİT, H., AYDEMİR, O., FİŞEK, G., ÖLMEZ, N., MEMİŞ, A. (1999). Kısa form-36'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlac ve Tedavi Dergisi*, **12**: 102-106.
- KUIJPERS, P.M., DENOLLET, J., LOUSBERG, R., WELLENS, H.J., CRIJNS, H., HONIG, A. (2003). Validity of the hospital anxiety and depression scale for use with patients with noncardiac chest pain. *Psychosomatics*, **44**: 329-335.
- LAWRENCE, W.F., FRYBACK, D.G., MARTIN, P.A., KLEIN, R., KLEIN, B.E. (1996). Health status and hypertension: a populationbased study. *J Clin Epidemiol*, **49**: 1239-1245.
- LI, W., JIANG, X., MA, H., YU, T.I., MA, L., PUENTE, J.G., TANG, Y., HE, X., MA, S., JIN, S., KONG, L., CHEN, C., LIU, L. (2003). Awareness, treatment and control of hypertension in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens*, **21**: 1191-1197.
- LÖVE, B., GRAFE, K., CHRISTIANE, U., KROENKE, K., GRÜNIG, E., HERZOG, W., BORST, M. (2004). Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine*, **66**: 831-836.
- MANCIA, G., DE BACKER, G., DOMINICZAK, A., CIFKOVA, R., FAGARD, R., GERMANO, G., GRASSI, G., HEAGERTY, A.M., KJELDSSEN, S.E., LAURENT, S., NARKIEWICZ, K., RUILOPE, L., RYNKIEWICZ, A., SCHMIEDER, R.E., STRUIJKER BOUDIER, H.A., ZANCHETTİ, A., VAHANIAN, A., CAMM, J., DE CATERINA, R., DEAN, V., DICKSTEIN, K., FILIPPATOS, G., FUNCK-BRENTANO, C., HELLEMANS, I., KRISTENSEN, S.D., MCGREGOR, K., SECHTEM, U., SİLBER, S., TENDERA, M., WIDIMSKY, P., ZAMORANO, J.L., KJELDSSEN, S.E., ERDINE, S., NARKIEWICZ, K., KOWSKI, W., AGABITI-ROSEI, E., AMBROSIONI, E., CIFKOVA, R., DOMINICZAK, A., FAGARD, R., HEAGERTY, A.M., LAURENT, S., LINDHOLM, L.H., MANCIA, G., MANOLIS, A., NILSSON, P.M., REDON, J., SCHMIEDER, R.E., STRUIJKER-BOUDIER, H.A., VİGİMMA, M. (2007). Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, **28**: 1462-1536.

- MASSIE, B.M., MCPHEE, S.J. (2005). Systemic Hypertension. In: *Current Medical Diagnosis and Treatment*. Ed: TIERNEY, L.M., MCPHEE, S.J., PAPADAKIS, M.A. 44th Edition, McGraw Hill, 404-429 pp.
- McCRATY, R., ATKINSON, M., TOMASINO, D. (2003). Impact of a workplace stress reduction program on blood pressure and emotional health in hypertensive employees. *J Altern Complement Med*, **9**: 335-369.
- OĞUZ, A. (2004). Metabolik Sendrom.
[<http://www.metsend.org/pdf/metaboliksendromtedavi.pdf>] Erişim Tarihi: 08.07.2014.
- ONAT, A. (2009). Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon. Türk Halkının Kusurlu Kalp Sağlığı (TEKHARF). İstanbul: Argos iletişim.
- ÖNGEN, Z. (2005). Çözümü zor bir toplumsal sorun: hipertansiyon. *Klinik Gelişim*, **18**: 4-7.
- ÖZER, D., BALTACI, G. (2008). İş Yerinde Fiziksel Aktivite. Ankara: Klasmat Matbaacılık.
- ÖZKAN, M. (2008). Afyonkarahisar ili dinar ilçesi 40 yaş ve üzeri popülasyonda hipertansiyon prevalansı ve ilişkili faktörlerin araştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- ÖZTÜRK, A., AYKUT, M., GÜNAY, O., GÜN, İ., ÖZDEMİR, M., ÇITIL, R., ÖZTÜRK, Y. (2011). Kayseri ilinde 30 ve üzeri yaş grubunda hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, **33**: 219-228.
- ÖZTÜRK, A., NAÇAR, M., ASLAN, A., GÜN, İ., ÇETİNKAYA, F. (2002). Kayseri sağlık grup bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Geriatry*, **5**: 138-143.
- ÖZTÜRK, M. (2005). Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- PARABAŞ, N. (2009). Konya ili Hadim ilçe merkezindeki 40 yaş ve üzeri popülasyonda hipertansiyon prevalansı ve farkındalık durumu. Yüksek Lisans Tezi, Konya, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- PEHLİVANOĞLU, M. (2009). Hipertansif hastaların metabolik sendrom parametreleri ve ambulatuvar kan basıncı monitörizasyon sonuçları ile ekokardiyografi bulgularının karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü.
- PEHLİVANOĞLU, S. (2005). Psikososyal stresin kardiyovasküler etkileri. *Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, **47**: 163-169.
- SADEGHI, M., ROOHAFZA, H.R., KELISHADI, R. (2004). Blood pressure and associated cardiovascular risk factors in Iran: Isfahan Healthy Heart Programme. *Med J Malaysia*, **59**: 460-467.
- SAĞLAM, M., BOŞNAK-GÜÇLÜ, M., İNCE, D.İ., SAVCI, S., ARIKAN, H. (2008). Hipertansiyon ve Egzersiz. 1inci Baskı, Klasmat Matbaacılık, Ankara.

- Sağlık Bakanlığı Yayın No:904 Obezite ile Mücadele El Kitabı. (2013).
[http://www.beslenme.gov.tr/content/files/basin_materyal/obezite_mucadele_el_kitabi.pdf]
Erişim Tarihi: 16.04.2014.
- SARIÖZEN, D. (2006). Nilüfer bölgesinde hipertansiyon prevalansı ve etki eden etmenler. Doktora Tezi, Bursa, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- SEVEN, Ö. (2006). Hipertansif olgularda enalapril ve karvedilolün glisemi düzeyi ve insülin direnci üzerindeki etkilerinin karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, İstanbul T. C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lutfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- SHEPS, S. G. (1997). National High Blood Pressure Education Program.
[http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/archives/jnc6/jnc6_archive.pdf] Erişim Tarihi: 17.08.2013.
- ŞAHİN HİSLİ, N., BATIGÜN DURAK, A. (2002). Kısa Semptom Envanteri (KSE): ergenler için kullanımının geçerlilik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **13**: 125-135.
- ŞENDUR, M.A.N., GÜVEN, G.S. (2011). Güncel kılavuzlar eşliğinde hipertansiyon tedavisi. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **42**: 53-64.
- TAŞÇI, S., ÖZTÜRK, A., ÖZTÜRK, Y. (2005). Hisarcık Ahmet Karamancı Sağlık Ocağı Kıranardı Bölgesinde 30 yaş üstü nüfusta hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)*, **14**: 59-65.
- TIERNEY, L.M., MCPHEE, S.J., PAPADAKIS, M.A. (2005). Treatment. 44th Edition. McGraw Hill, 404-429.
- TOKEM, Y., TAŞÇI, E., YILMAZ, M. (2013). Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **4**: 30-40.
- TUNA, S. (1995). Hipertansiyon polikliniğine başvuran esansiyel hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı faktörleri ile hipertansiyonları arasındaki ilişkinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu.
[http://old.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_2d304.htm?wbnum=1104] Erişim Tarihi: 03.09.2013.
- ÜÇOK, K. (2011). Çocuklarda kadınlarda ve yaşlılarda egzersiz. *Sağlıkta Nabız Dergisi*, **21**: 34-39.
- ÜNSAL, A., ARSLANTAŞ, D., TOZUN, M. (2007). Eskişehir Alpu İlçesinde 50 yaş üstü popülasyonda hipertansiyon ve yaşam kalitesi. *MN Dahili Tıp Bilimleri*, **2**: 172-182.
- WANG, W., LOPEZ, V., MARTIN, R.C. (2006). Structural ambiguity of the chinese version of the hospital anxiety and depression scale in patients with coronary heart disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, **4**: 1-5.
- WARE, J.E. Jr., SHERBOURNE, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, **30**: 473-483.
- WILLIAMS, B., ZAMORANO, J.L. (2007). Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of

Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, **28**: 1462-1536.

YEŞİL, P., ALTIOK, M., ERDOĐAN, S. (2013). Perkütan intrakoronar girişim uygulanan hastaların fiziksel aktivite düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg*, **6**: 14-20.

ZANCHETTI, A., CHALMERS, J., ARAKAWA, K., GYARFAS, I., HAMET, P., HANSSON, L., JULIUS, S., MACMAHON, S., MANCIA, G., MENARD, J., OMAE, T., REID, J., SAFAR, M. (1993). Summary of 1993 World Health Organisation-International Society of Hypertension guidelines for the management of mild hypertension. *BMJ*, **307**: 1541-1546.

ZORBA, E. Yaşam Kalitesi ve Fiziksel Aktivite. [http://www.erdalzorba.com/41_Yasam-Kalite-si-Ve-Fiziksel-Aktivite,-ZORBA-Erdal.html] Erişim Tarihi: 15.04.2014.

EKLER

Ek: 1

Otuzbeş Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyonun Fiziksel Aktivite ve Psikososyal Durum Üzerine Etkilerinin Araştırılması Anket Formu

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Boyunuz kaç?.....
3. Kaç kilosunuz?.....
4. Cinsiyetiniz nedir? a) Kadın b) Erkek
5. Medeni durumunuz nedir? a) Evli b) Bekar c) Dul
6. Eğitim durumunuz nedir?
a) Okuma-yazma bilmeyen b) Okur yazar c) İlk-Orta d) Lise e) Üniversite
7. Çalışma durumunuz nedir?
a) Emekli b) Memur c) İşçi d) Ev hanımı e) İşsiz f) diğeri.....
8. Ortalama aylık geliriniz nedir?.....
9. Evinizde yaşayan kişi sayısı kaçtır?.....
10. Sosyal güvenceniz nedir?
a) Yok b) SGK c) Özel sektör d) Diğeri.....
11. Ne kadar süredir hipertansiyon hastasıdır?
12. Kan basıncınızın yükseldiğini fark edebiliyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
13. Hipertansiyon tedavisi alıyor musunuz?
a) Hayır b) Evet, evet ise kaç yıldır hipertansiyon tedavisi alıyorsunuz?.....
14. Hipertansiyon tedavisi alma şekliniz nedir?
a) Düzenli ilaç kullanımı b) İlaçsız tedavi (kilo verme, tuz kısıtlaması, sigaranın bırakılması, alkolden kaçınma, stresten uzaklaşma, egzersiz) c) Düzensiz ilaç kullanımı
15. Son bir yıl içinde doktor kontrolüne gittiniz mi?
a) Hayır b) Evet, evet ise son bir yıl içinde kaç defa doktor kontrolüne gittiniz?.....

16. Hipertansiyon tedavisi için düzenli ilaç kullanıyor musunuz?

a) Hayır b) Evet, evet ise kullandığınız antihipertansif ilaç sayısı kaçtır?

a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri

17. Kullanılanığınız antihipertansif ilaç dozu sizce yeterli mi?

a) Evet b) Hayır

18. Düzenli ilaç kullandığınız sürece kan basıncı düzeyiniz kaç oluyor?.....

19. Başka bir hastalığınız var mı?

a) Hayır b) Evet, evet ise bu hastalık/hastalıklar nedir?

a)Diyabetes mellitus b)Kalp yetmezliği c)KOAHA d)Diğer.....

20. Sigara kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır c) Bırakmış

21. Günde kaç tane sigara tüketiyorsunuz/tükettiniz ?.....

22. Kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz/kullandınız?.....

23. Alkol kullanıyor musunuz?

a) Evet b) Hayır c) Bırakmış

24. Hangi sıklıkta alkol kullanıyorsunuz/kullandınız?.....

25. Fiziksel aktivite/aktivitelerde bulunur musunuz?

a)Hayır b) Evet, evet ise ne tür fiziksel aktivite/aktivitelerde bulunursunuz?

a) Yürüme b) Koşma c) Yüzme d) Bisiklet binme

e) Hafif yoğunluktaki günlük yaşam aktiviteleri (kendine bakım, yemek pişirme, günlük işler için yürüme\gezinme\alışverişe çıkma, ev-ofis arası yürüyüş)

f) Diğer.....

26. Günde kaç defa fiziksel aktivite/aktivitelerde bulunursunuz?.....

27. Gün içinde ne kadar süreyle fiziksel aktivite/aktivitelerde bulunursunuz?.....

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Yasemin ŞAHİN YILDIZ

Doğum Yeri ve Tarihi: Ünye / 28.07.1987

Öğrenim Durumu:

1992-2001: Kaledere İlköğretim Okulu / Ünye-ORDU

2001-2004: Ünye lisesi / Ünye-ORDU

2005-2009: Ondokuzmayıs Üniversitesi / Samsun

Çalıştığı Kurumlar:

2009-2010: Özel Ünye Çakırtepe Hastanesi (Hemşire)

2010-2012: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (Hemşire)

2012-.....: Bartın Üniversitesi (Öğretim Görevlisi)