



T.C.

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HİPERTANSİYONLU HASTALARIN RİSK FAKTÖRLERİ,
ALGILADIKLARI YAŞAM KALİTESİ ve SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ**

NALAN HACIOĞLU
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. LEMAN ŞENTURAN

İSTANBUL - 2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

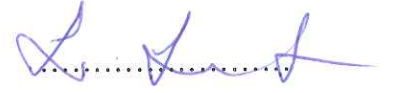
Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Nalan HACIOĞLU tarafından hazırlanan **“Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 05.02.2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
: Haliç Üniversitesi (Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr.Necmiye SABUNCU
: Haliç Üniversitesi



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Özlem IŞIL
: İstanbul Bilim Üniversitesi



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.



Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I. TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanmasında ve çalışmamdaki katkılarından dolayı tez danışmanım değerli hocam Yard. Doç. Dr. **Leman Şenturan**'a sonsuz sevgi ve saygılarımla teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında bana sonsuz emeği geçen maddi, manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen canım biricik annem **Firdevs Hacıoğlu**'na, ve babam **Ahmet Hacıoğlu**'na ,

Hayatıma renk katan, bana hayatı öğreten canım biricik ablam, Başhemşirem **Sibel Haktankaçmaz**'a,

Çalıştığım Vakıf'ta tez çalışmamda desteklerini esirgemeyen **çalışma arkadaşlarım ve doktorlarıma**,

Her zaman yanımda olan dostlarım **K. Asu Olgun**'a, **İlkay M. Kılıç**'a, **Tuba Elçi**'ye, **Ayşen Öztaş Kızılkaya**'ya ve arkadaşım **Zahide Koç Karaman**'a en içten dileklerle teşekkür ederim.

Nalan HACIOĞLU

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa

I.	TEŞEKKÜR	I
II.	İÇİNDEKİLER	II
III.	KISALTMALAR	V
IV.	TABLULARIN LİSTESİ	VI
1.	ÖZET	1
2.	SUMMARY	2
3.	GİRİŞ ve AMAÇ	3
4.	GENEL BİLGİLER	6
4.1	Hipertansiyon	6
4.1.1.	Tanımı	6
4.1.2.	Hipertansiyonun Önemi	6
4.1.3.	Epidemiyoloji	7
4.1.4.	Hipertansiyon Belirtileri	9
4.1.5.	Tanı	10
4.1.6.	Sınıflandırma	11
4.1.6.1.	Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırma	11
4.1.6.2.	Etyolojiye Göre Sınıflandırma	12
4.1.6.3.	Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma	14
4.1.7.	Diğer Hipertansiyon Çeşitleri	15
4.1.7.1.	Beyaz Önlük Hipertansiyonu	15
4.1.7.2.	Labil Hipertansiyonu	15
4.1.7.3.	Habis Hipertansiyonu	15
4.1.8.	Kan Basıncı Ölçümünün Önemi	16
4.1.9.	Evde Kan Basıncı Ölçümü	17
4.1.10.	24 Saatlik Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü	17
4.2.	Hipertansiyonun Oluşmasında Etkili Risk Faktörleri	18
4.2.1.	Değişmeyen Risk Faktörleri	19
4.2.1.1.	Genetik	19
4.2.1.2.	Yaş ve Cinsiyet	19
4.2.1.3.	İrk	20
4.2.2.	Değişebilen Risk Faktörleri	20
4.2.2.1.	Sigara	20
4.2.2.2.	Obezite	20
4.2.2.3.	Hareketsiz Yaşam Biçimi	21
4.2.2.4.	Fazla Tuz Tüketimi	22

4.2.2.5. Kafein	22
4.2.2.6. Yağ Tüketimi	23
4.2.2.7. Alkol Kullanımı	23
4.2.2.8. Stres	23
4.3.Hipertansiyondan Korunma	24
4.4.Hipertansiyonun Tedavisi	25
4.4.1. Non-Farmakolojik Tedavi ve Yaşam Tarzı Değişikliği	26
4.5.Yaşam Kalitesi	27
4.5.1. Tanımı	27
4.5.2. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi Kavramı, Tanımı	28
4.5.3. Yaşam Kalitesi ile İlgili Kavramlar	28
4.5.4. Yaşam Kalitesi Boyutları	29
4.5.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi	30
4.6.Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi	33
4.7. Hipertansiyonlu Bireylerde Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü	33
4.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	34
4.9.Hipertansiyon ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	35
4.10. Hipertansiyonlu Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü	36
4.11. Hipertansiyonlu Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İlişkisi	38
5. GEREÇ ve YÖNTEM	39
5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli	39
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	39
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	39
5.4. Veri Toplama Araçları	40
5.4.1. Bilgi Formu	40
5.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği –Kısa Form 36	41
5.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	44
5.5. Veri Toplama	46
5.6. İstatiksel Analiz	46
5.7. Etik Yön	46
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	46
6. BULGULAR	47
7. TARTIŞMA	94
7.1. Yaşam Kalitesine Yönelik Bulguların Tartışılması	94
7.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Yönelik Bulguların Tartışılması	99
7.3.YK ve SYBD Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması	103

8. SONUÇ ve ÖNERİLER	105
9. KAYNAKLAR	107
10. EKLER	122
11. ÖZGEÇMİŞ	133

III. KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ABPM	Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü
BKİ	Beden Kitle İndeksi
DASH	Hipertansiyon Önleyici Diyetel Yaklaşımlar
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	Elektrokardiyografi
HADS	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HDL	Yüksek dansiteli lipoprotein
HOH	Hedef Organ Hastalığı
HT	Hipertansiyon
ISH	Uluslar arası Hipertansiyon Derneği
JNC	Ulusal Birleşik Komite
KB	Kan Basıncı
KBBH	Kronik Başka Bir Hastalık
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
LDL	Düşük dansiteli lipoprotein
MHIQ	Mc Master Sağlık Göstergesi
Na	Sodyum
NaCl	Sodyum Klorür
NHP	Nottingham Sağlık Profili
PDA	Patent Ductus Arteriosus
PAQLQ	Pediyatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi
SF- 36	36 soruluk Kısa Bir Sağlık Sağlık Araştırması
SIP	Hastalık Etki Profili
SİYK	Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
TEKHARF	Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
YKÖ	Yaşam Kalitesi Ölçeği
QWB	Esenlik Kalite Skalası
WHO	Dünya Sağlık Örgütü

IV. TABLOLARIN LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1. Hipertansiyonda Yarılar Kuralı	9
Tablo 4.2. Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin Hipertansiyon Sınıflaması	12
Tablo 4.3. Primer hipertansiyon gelişimindeki temel faktörler	12
Tablo 4.4. Hipertansiyonun Etiyolojisine göre Sınıflandırılması	13
Tablo 5.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarındaki Sorular ve Puanlama	42
Tablo 5.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları ve Olası Puanlar	43
Tablo 5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Madde Sayısı ve Puan Aralıkları	45
Tablo 6.1. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	48
Tablo 6.2. Hastaların Hipertansiyona İlişkin Risk Faktörlerine Yönelik Bulgular	49
Tablo 6.3.1. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamaları	50
Tablo 6.3.2. Hastaların Cinsiyetine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	51
Tablo 6.3.3. Hastaların Yaş Grubuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	52
Tablo 6.3.4. Hastaların Medeni Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	53
Tablo 6.3.5. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	54
Tablo 6.3.6. Hastaların Gelir Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	56
Tablo 6.3.7. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	58
Tablo 6.3.8. Hastaların Hipertansiyon Tanısının Konulduğu Süreye Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	60
Tablo 6.3.9. Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	61
Tablo 6.3.10. Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	63
Tablo 6.3.11. Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	64
Tablo 6.3.12. Hastaların Kronik Başka Bir Hastalığın Olma Durumuna	65

Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	
Tablo 6.3.13. Hastaların Ailesinde Hipertansiyon Öyküsünün Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	66
Tablo 6.3.14. Hastaların Hipertansiyon İlacı Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	67
Tablo 6.3.15. Hastaların Hipertansiyon İçin Özel Bir Diyet Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	68
Tablo 6.3.16. Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	69
Tablo 6.3.17. Hastaların Yoğun Stres Yaşama Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları	71
Tablo 1.4.1. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçek Puan Ortalamaları	72
Tablo 6.4.2. Hastaların Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	73
Tablo 6.4.3. Hastaların Yaşına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	74
Tablo 6.4.4. Hastaların Medeni Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	75
Tablo 6.4.5. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	76
Tablo 6.4.6. Hastaların Gelir Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	78
Tablo 6.4.7. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	80
Tablo 6.4.8. Hastaların Hipertansiyon Tanısının Konulma Süresi Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	82
Tablo 6.4.9. Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları	84
Tablo 6.4.10. Hastaların Sigara Kullanma Durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	85
Tablo 6.4.11. Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları	86
Tablo 6.4.12. Hastaların Kronik Başka Bir Hastalığının Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	87
Tablo 6.4.13. Hastaların Ailesinde Hipertansiyon Öyküsünün Varlığına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Düzeylerinin Ortalamaları	88
Tablo 6.4.14. Hastaların Hipertansiyon İlacı Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	89
Tablo 6.4.15. Hastaların Hipertansiyon İçin Özel Bir Diyet Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	90

Tablo 6.4.16. Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	91
Tablo 6.4.17. Hastaların Yoğun Stres Yaşama Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları	92
Tablo 6.5.1. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeklerinin Aralarındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi	93

1. ÖZET

Araştırma, hipertansiyonlu hastalarda risk faktörleri, algılanan yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini incelemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi. Özel bir vakıf polikliniğinde yapılan çalışmanın örneklemini 138 hipertansiyon hastası oluşturdu. Veriler bilgi formu, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplandı. Değerlendirmede tanımlayıcı istatistiksel metotlardan sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, One-Sample Kolmogorov-Smirnov testi, Kruskal Wallis H-testi, Man Whitney-U testi, Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Hipertansiyonlu hastaların yaşam kalitesi ölçeğın alt boyutlarından en yüksek puan ortalamasını fiziksel fonksiyonellik boyutunda($67,35 \pm 22,47$), en düşük puan ortalamasını ise canlılık boyutundan($49,13 \pm 17,23$) aldıkları belirlendi. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğın toplam puan ortalaması ($114,515 \pm 19,026$) olduğu görüldü. Bu iki ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu belirlendi($p<0,05$). Sonuç olarak; Hipertansiyon, hastaların yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergileyen hastaların yaşam kaliteleri daha iyidir. Hipertansiyonlu hastalarda diyet ve egzersiz yapma, yaşanan stres yönetimi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında etkili olduğu için bu hastaların yaşam kaliteleri daha yüksektir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

2. SUMMARY

The Hypertension of Patients are Risk Factors, Perceived Quality of Life and Examination of Healthy Lifestyle Behaviors

Research was carried out, In patients with hypertension risk factors, perceived quality of life and a healthy lifestyle behaviors in order to examine the effects of cross-sectional and descriptive. 138 suffering from hypertension created the sample of the study in the a private foundation in the outpatient clinic. The information form collected SF-36 Quality of Life Scale and Healthy Lifestyle Behaviors Scale. In the evaluation used number, percentage, mean and standard deviation, One-Sample Kolmogorov-Smirnov test, Kruskal-Wallis H-test, Man-Whitney-U test, Spearman correlation analysis of identifier of statistical methods. Quality of life scale of patients with hypertension in the physical functioning subscale of the highest average in size (67.35 ± 22.47), while the lowest average vitality size (49.13 ± 17.23) was determined they receive. Healthy lifestyle behaviors scale was observed in the mean total score (114.515 ± 19.026). These two scales was determined significant positive relationship between the mean scores ($p < 0,05$). Consequently; Hypertension negatively affects the quality of life of patients. Healthy lifestyle behaviors of patients is better quality of life. In hypertensive patients diet and exercise, for experienced stress in healthy lifestyle behaviors to be effective these patient's quality of life is higher.

Key words: Hypertensive, Risk factors, Quality of life and Healthy Lifestyle Behaviors

3.GİRİŞ ve AMAÇ

Hipertansiyon, tüm dünyada önemli düzeyde morbidite ve mortaliteye yol açmasının yanı sıra, önlenebilir ve kontrol altına alınabilir bir hastalık olması nedeniyle halk sağlığı yönünden öncelik taşıyan kronik bir hastalıktır (Çöl ve ark., 2006). Buna rağmen özellikle de toplum tarafından yeterince önemsenmemektedir. Bu yüzden hipertansif hastaların önemli bir bölümü toplumda tanı konmadan bilinmeyen olgu olarak, tanı konmuş olanların çoğu da düzenli tedavi uygulamadan yaşamlarını sürdürmektedirler (Bilir, 1992).

Koruyucu önlemler ve/veya ilaçla tedavi edilmediğinde hipertansiyon başta kalp olmak üzere vücuttaki diğer bütün damarlarda hasara yol açarak yaşam kalitesini bozmakta iş gücünü azaltmaktadır. Bu durum ise hem hasta hem de ülke açısından önemli maddi ve manevi kayıplara yol açmaktadır (Erdine, 1993).

Framingham Kalp Çalışması'nda; 20'li yaşlarda %3-5 olan hipertansiyon prevalansı, 60'lı yaşlardan sonra %50-70'lere çıkmakta; 55-65 yaşına gelip hipertansif olmayanların yaşamın geri kalan döneminde hipertansif olma ihtimali %90'ları bulmaktadır (Weber, 2003).

Ülkemizde hipertansiyon sıklığını araştıran çalışmalar bölgesel veya daha geniş çapta olmak üzere 1960'lı yıllardan bu yana yapılmaktadır. Türk Hipertansiyon ve Böbrek hastalıkları Derneği tarafından gerçekleştirilen Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması veya İngilizce adının kısaltması ile PatenT (Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Trkey) çalışması, ülkemizde hipertansiyonun sıklığı, dağılımı, farkındalığı, tedavi ve kontrol oranları konusunda en güncel ve kapsamlı bilgilere erişmek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ülke çapında yapılan bu çalışmada hipertansiyon ile ilişkili demografik veriler, yaşam stili özellikleri, eşlik eden risk faktörleri, hipertansiyonun yarattığı toplumsal yük de araştırılmıştır.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2004 yılında yaptığı çalışmada ülke genelinde hipertansiyon prevalansı % 31,8 olarak saptanmıştır (Arıcı ve ark., 2004)

Türk Erişkinlerinde kalp hastalığı ve risk faktörleri (TEKHARF) 2007/08 yaptığı kohort çalışmasında, erkeklerde %37.7, kadınlarda iki yıl öncekine kıyasla hafif

azalmayla %46.3 bulunmuştur. Buna göre, ülkemizde halen 4.7 milyon erkek ile 6.3 milyon kadında hipertansiyonun varlığı öngörülmektedir (Onat, 2009).

Hipertansiyon vakalarının genel dağılımına bakıldığında, ırk, cinsiyet, yaş, aşırı kilo, irsiyet ve beslenme alışkanlığının bu hastalıkta rol oynadığı görülmektedir. Bu faktörlerden bir kaçını kontrol altına almak mümkündür (beslenme alışkanlığı ve aşırı tuz kullanımı gibi) (Ovayolu ve Tekir, 2005).

Amerika Birleşik Devletleri Yüksek Kan Basıncını Teşhis, Değerlendirme ve Tedavi Birleşik Ulusal Komitesi'nin altıncı raporuna göre hipertansiyonun izlenmesi ve erken teşhisi birçok problemi aza indirecek ve hastaların yaşam kalitelerinde artışa neden olacaktır.

Hipertansiyonlu hastaların yaşam kalitesinin yükseltilmesi; hastanın hastalık hakkında bilgilendirilmesi, davranış değişikliği başlatılması, beslenme alışkanlıklarının düzeltilmesi, hastanın değerlerinin, inançlarının, amaçlarının, sağlıklarına verdikleri önemi ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, hastaların hastalığa uyum sağlaması ve yaşam şeklinde değişiklikler yapması, planlanan bakıma aktif olarak katılması ve iş birliği ile mümkün olacaktır (Özer ve Argon, 2005; Acaray ve Pınar, 2004).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen bütün davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini sürdürmede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi hipertansiyonlu bireylerin günlük yaşam düzenini değiştirmesini gerektirir (Ovayolu ve Tekir, 2005).

DSÖ(Dünya Sağlık Örgütü), yaşam kalitesini “bireylerin kültürel bağlamları içindeki yaşamlarını ve yaşamlarındaki değer sistemlerini ve hedeflerini, standartlarını, ilgilerini algılamaları” olarak tanımlamaktadır (Oktik, Bozyer ve ark. 2004).

Hasta bireylerde hastalık davranışının, psikolojik tepkilerin ve uyum güçlüklerinin anlaşılması ve uygun baş etme yöntemlerinin geliştirilmesine destek olacak bakım girişimlerinin planlanması, yaşam kalitesi değerlendirilmeleri ile mümkün olabilir (Özer ve Argon, 2005; Acaray ve Pınar, 2004).

Kan basıncı yüksekliğinin saptanması ve denetim altına alınmasında sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireye de önemli görevler düşmektedir. Hemşirenin görevi, yüksek kan basıncının teşhis edilmemiş grupta ortaya çıkarılmasıyla başlar (Beers ve

Berkow, 2002). Teşhis edilen grupta, farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi programları hakkında hastaları izleme, yöneltme ve gerekli önerilerde bulunarak bilgilendirme şeklinde devam eder (Braunwald ve ark. 2004). Özellikle sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda etkin bir danışmanlık rolü bulunmaktadır.

Bu araştırma, hipertansiyonlu hastaların algıladıkları yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

Araştırmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Hipertansiyonlu hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyleri nasıldır?
- Hipertansiyonlu hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri nasıldır?
- Hipertansiyonlu hastaların demografik bilgilerin ve hastalığa ilişkin risk faktörlerine yönelik bulguların yaşam kalitesi düzeylerine etkisi nedir?
- Hipertansiyonlu hastaların demografik bilgilerin ve hastalığa ilişkin risk faktörlerine yönelik bulguların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeylerine etkisi nasıldır?
- Hipertansiyonlu hastaların yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri arasındaki ilişki nasıldır?

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Hipertansiyon

4.1.1. Tanımı

Kan basıncı(KB); damar yatağındaki kanın akım sırasında damar duvarlarına yaptığı basınçtır. Bu basınç kalp tarafından pompalanan kan miktarı ve damarların bu akıma karşı oluşturduğu dirence bağlıdır. Kan basıncını kalp atım volümü ve periferik direnç oluşturur; kalp atım volümü veya periferik direnç arttığında kan basıncı artmaktadır (Akpolat, 2004).

Sistolik kan basıncı, kardiyak atış hacmini, diyastolik kan basıncını periferik direnci ölçer (Baysal ve ark., 2002). Hipertansiyon basit anlamıyla kan basıncında artış anlamına gelmektedir. Ancak değişen literatür bilgisi ile sınırları değişebilmektedir. Sistolik kan basıncının 140 mm/Hg, diyastolik kan basıncının da 90 mm/Hg veya üzerinde bulunması “hipertansiyon” olarak tanımlanır (Çağatay ve Soydan, 2004). Bu tanım patofizyolojik verilerden elde edilmemiştir; toplumdaki basınç aralıkları analizi ile morbidite ve mortalite risklerinin analizi sonucunda ortaya çıkmıştır (Andreoli et al., 2002).

Hipertansiyon kalp krizine, inme ve kalp yetmezliğine bağlı erken ölüm ve morbiditenin majör risk faktörüdür ve son evre böbrek yetmezliğini en sık nedenlerinden biridir (Lip ve Beevers, 2000)

4.1.2. Hipertansiyonun Önemi

Hipertansiyon çok sık karşılaşılan ve erişkinlerde sık görülen bir hastalıktır. Yaygın olmasının yanı sıra kalıcı sakatlıklara ve ölümlere yol açması da önemini artırmaktadır. Bu özellikleri nedeni ile hipertansiyon aynı zamanda sosyal ve ekonomik bir sorundur. Hastaların azımsanmayacak bir kısmının kan basıncı yüksekliğinin farkında olmaması bu hastalığın önemini daha da artırmaktadır.

Tedavi edilemeyen hipertansiyon, kalp yetersizliğini, koroner kalp hastalığını, hemorajik ve trombotik inmeyi, böbrek yetersizliğini, periferik arter hastalıklarını, aort diseksiyonunu ve ölüm oranını artırmaktadır. Hipertansiyon yaşam süresini 10-20 yıl kısaltabilir. Özellikle tuz tüketiminin fazla olduğu toplumlarda kan basıncı yüksekliği daha sık olduğundan bu tür toplumlarda daha önemli olacaktır. (Dünya Sağlık Örgütü Komitesi Raporu, 1999; Sample and Landop, 1993; Angelana et al, 2000).

Hipertansiyonun insan ve toplum sağlığına olduğu kadar, toplumsal ve ekonomik gelişme üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Sadece ABD’de 50 milyon kişinin-yetişkinlerin ¼’ü hipertansiyondan etkilendiği, her yıl 29 milyon iş günü kaybı olduğu, hipertansiyona bağlı hastalıklar için iki milyar Amerikan Doları harcandığı hesaplanmaktadır (WHO Regional Office for Western Pasific Region, 1994).

4.1.3. Epidemiyoloji

Hipertansiyon poliklinikte muayene edilen ve tedavisi için ilaç reçete edilen hastalık sıralamalarında ilk sırayı almaktadır. Diğer taraftan Hipertansiyon, son derece sinsi seyrederek herhangi bir semptom vermeden ilk bulgularını komplikasyon veya organ tutulumu olarak gösterebilir.

Hipertansiyon nedenine yönelik incelemeler çoğunlukla sonuçsuz kalmaktadır. Nedeni olmasa da şişmanlık, tuz tüketimi, hareketsizlik ve aşırı alkol alımı kan basıncını yükseltmekte ya da yükselmesine katkıda bulunmaktadır. HT’un toplumun büyük bir kısmını etkilediği düşünüldüğünde, etkili ve güvenli önleyici tedbirler önem kazanmaktadır. (Aksoy, 2007)

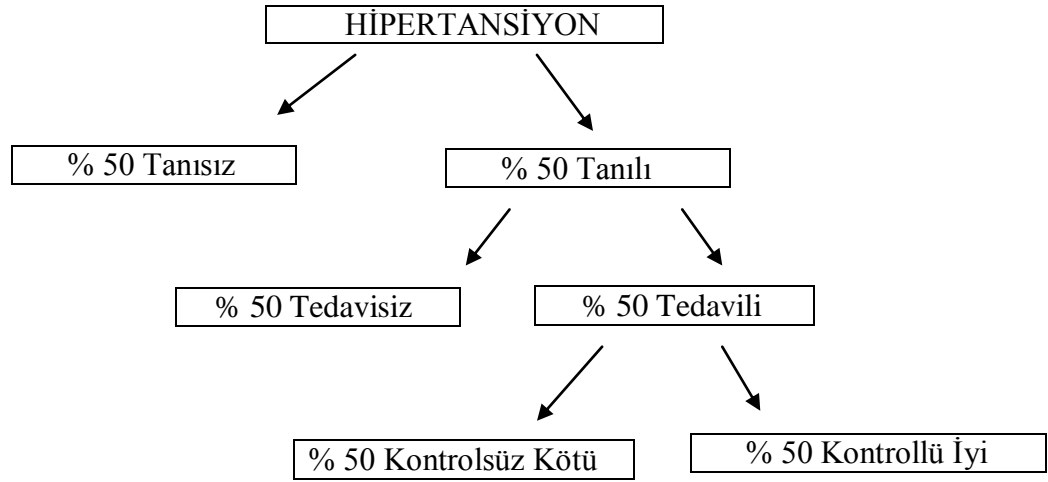
Altun ve diğ. (2004) 2004 yılında “Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması” ile Türkiye’deki yetişkin nüfusta hipertansiyon prevalansını % 31.8 bulmuşlardır. Ayrıca hipertansiyon prevalansının kadınlarda (% 36.1) erkeklerden (% 27.5) daha yüksek olduğunu göstermişlerdir. Coğrafi bölgelere göre Türkiye’de hipertansiyon prevalansı ise şöyle dağılmaktadır: 1-İç Anadolu (% 38.5), 2-Marmara (% 34.0), 3- Karadeniz (% 33.2), 4-Güneydoğu Anadolu (% 28.6), 5-Akdeniz (% 28.4), 6-Ege (% 28.0), 7-Doğu Anadolu (% 25.0).

Türk erişkinlerinde kalp hastalığı ve risk faktörleri çalışmasında (TEKHARF); erişkin popülasyonun üçte birinde sistolik kan basıncı 140 mmHg ve /veya diyastolik kan basıncı 90 mmHg'nin üstünde bulunmuştur. Arter kan basıncı 140/90 mmHg veya daha yüksek olan erişkin bireylerin oranı kentsel kesimde % 31,7, kırsal kesimde % 36,4, ülke genelinde % 33,7'dir. Hipertansif grupta yer alan erkeklerde 50 yaş öncesi diyastolik, 50 yaş üstünde ise sistolik kan basıncı değerleri daha yüksek oranda iken kentsel ve kırsal kesimde yaşayan kadınlarda oran yaş ile birlikte artış göstermekte ve tüm yaş gruplarında erkeklere oranla daha sık görülmektedir. Kadınların beden kitle indekslerinin bu oranı arttırdığı düşünülmektedir. Ülkemizde 20 yaş ve üzerinde beş milyon erkek ve yedi milyon kadın hipertansiyon hastası vardır (Badır, 2011).

Amerika'da ise yetişkinlerde prevalans % 27.0 iken prehipertansiyon prevalansı % 31.0 olarak belirlenmiştir (Apel et al, 2006). Kuzey Çin'de % 34.0 iken Güney Çin'de % 23.0 olup bu farkın neden dolayı olduğu bilinmemektedir (Zhao et al, 2004). İspanya'da ise % 45.0 (Soriguer et al, 2003) iken, Avustralya'da % 29.0'dur (Nowson et al, 2005). İngiltere'de ise prevalans yaklaşık % 20.0'dir (Gültekin ve Ünal, 2001).

Hekimler arasındaki görüş ayrılıklarını azaltmak amacıyla özellikle Amerika Birleşik Devletleri 'Birleşik Ulusal Komite' V. (1993), VI. (1997) ve VII. (2003) ve Dünya Sağlık Örgütü 'Uluslar arası Hipertansiyon Derneği' (World Health Organisation International Society of Hypertension – WHO-ISH) tarafından hipertansiyon rehberleri hazırlanmıştır.

1999 WHO-ISH rehberinde de yarılar kuralı olarak bu durum vurgulanmıştır. Yani hipertansif hastaların sadece ½'sine tanı koyulabilmekte, tanı koyulanların sadece ½'si tedavi görmekte; tedavi görenlerin de sadece ½'si yeterince kontrol altına alınabilmektedir (WHO, 1999). (Tablo 4.1.)



Tablo 4.1. Hipertansiyonda Yarılar Kuralı (World Health Organisation, 1999; Önder, 2000).

4.1.4. Hipertansiyon Belirtileri

Hastaların önemli bir kısmında hipertansiyon sinsi bir seyir izler yani hiçbir belirti yoktur. Bu hastalarda hipertansiyon tanısı sadece kan basıncı ölçümü ile mümkündür. Bu nedenle hipertansif olmasa bile tüm hastalar yılda en az 1-2 kez kan basıncını ölçtürmelidir.

Hipertansiyonun başlıca belirtileri baş ağrısı, çarpıntı, nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk, burun kanaması, kulaklarda çınlama, yürüme ve merdiven çıkmada zorlanma, bazen çok sık idrara çıkma, noktüri ve bacaklarda şişliktir. Kan basıncının çok yükseldiği durumlarda çift görme, dilde peltekleşme, yüzde veya vücutta karıncalanma olabilir. Ancak bu belirtilerin hiçbirisi hipertansiyona özgü değildir, başka hastalıklarda da izlenebilir.

Hipertansiyon vücuda zarar vermişse bu zarara ilişkin belirtiler ortaya çıkabilir. Örneğin gözü etkilemişse görme kaybı, kalp damarlarını etkilemişse göğüs ağrısı izlenebilir. Kalp yetmezliği gelişmişse hasta sırt üstü yatamaz. Bu belirtilerin ortaya çıkması için genellikle uzun bir süre geçmesi ve hastanın yeterli tedavi olmaması gereklidir. Gerekli tedavi yapılmazsa bu belirtilerin ortaya çıkması daha hızlı olabilir (Skolow and McIlroy, 1980; Arık ve ark., 1995)

4.1.5. Tanı

Hipertansiyon tanısı erişkin yaş grubunda farklı zamanlarda yapılan iki veya daha fazla kan basıncı ölçümünde 140/90 mm/Hg'nın üzerinde bir değer saptanmasıyla konulur. Ancak doktor tarafından ölçülen kan basıncının yüksek, onun dışındaki ortamlarda ölçülen kan basıncının normal olması "beyaz önlük hipertansiyonu" olarak adlandırılmaktadır (Beers ve Berkow, 2002; Çağatay ve Soydan 2004).

Hipertansiyon şüphesi olan ya da HT olan bir bireyde yapılacak klinik değerlendirme ve araştırmaların dört amacı vardır (www.tkd.org.tr 15.08.2006,62).

- a) Kan basıncının kronik olarak yüksek olduğunu doğrulamak ve düzeyini saptamak
- b) Sekonder hipertansiyonun var olup olmadığını, varsa nedenini saptamak
- c) Hedef organ hasarının varlığı ve yaygınlığını değerlendirmek
- d) Prognozu ve tedaviyi etkileyebilecek diğer kardiyovasküler risk faktörlerini ve özelliklerini araştırmak

Hipertansiyon tanısında kan basıncının doğru olarak ölçülmesi son derece önemlidir. Kan basıncı gün içinde, günler arasında hatta aylık değişkenliklerle seyreder. Bu nedenle hipertansiyon tanısı koymak için belli bir süre içinde farklı zamanlarda kan basıncı ölçümü yapılmalıdır. (Yazıcı ve Yıldız, 2008)

Yapılacak incelemeler, ek risk faktörlerini ortaya çıkarmaya, sekonder hipertansiyon sebeplerini araştırmaya ve hedef organ hasarını göstermeye dönük olmalıdır. En basitten en karmaşık olana doğru genişletilmelidir. Ayırıcı tanı ve risk faktörleri yönünden yapılması gerekenler aşağıdaki listede yer almaktadır.

- Kan basıncının ölçülmesi
- Anamnez
- Fizik muayene
- Laboratuvar testleri: Açlık kan glukoz düzeyi, total kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, trigliseridler, ürikasit,kreatinin, potasyum, hemoglobin ve hematokrit, mikroalbuminüri, idrarın mikroskopik incelenmesi
- Elektrokardiyografi(EKG)'dir.

Hipertansif hastalarda rutin dışı ancak genellikle önerilen diğer testler işe şunlardır:Ekokardiyografi, karotis ultrasonografisi, kantitatif proteinüri, ayak bileği-brakiyal kan basıncı indeksi, funduskopi, glukoz tolerans testi, evde ve 24 saatlik

ambulatuar kan basıncı ölçümleri, nabız dalga hızı ölçümüdür (Yazıcı ve Yıldız, 2008).

4.1.6. Sınıflandırma

Hipertansiyon sınıflamasının amacı her hastanın durumuna uygun bir profil elde etmede, güvenilir ve kolay bir yöntem sunmaktır. Sınıflamalar, hastalığın ciddiyeti hakkında değerlendirme yapabilmeye ve riski tanımlayarak tedaviyi planlamaya olanak sağlar.

Sınıflama genel olarak üç şekilde yapılır.

- Kan basıncı değerlerine göre,
- Etyolojiye göre,
- Hedef organ ve sistemdeki hasara göre,(Çöl, 1996; Ekmekçi, 1988; WHO-ISH 1993; WHO, 1978)

Bunların dışında beyaz önlük hipertansiyonu, labil hipertansiyonu, habis hipertansiyonu gibi hipertansiyon çeşitleri de bulunmaktadır.

4.1.6.1 Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırma:

Dünya Sağlık Örgütü kan basıncının sistolik 140 mm/Hg ve diyastolik 90 mm/Hg üstünde olmasını hipertansiyon olarak tanımlamaktadır. Pek çok uluslar arası kılavuz da bu tanımı kullanmaktadır. Avrupa Hipertansiyon Derneği ile Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin 2007'de yayınlanan kılavuzundaki hipertansiyon sınıflandırması aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.(Tablo 4.2.) (Yazıcı ve Yıldız, 2008)

Kategori	Sistolik		Diyastolik
Optimum	< 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 HT	≥ 140	ve	< 90

Tablo 4.2. Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin Hipertansiyon Sınıflaması

4.1.6.2. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma:

Hipertansiyon etiyojisine göre Esansiyel (primer, idiyopatik, nedeni bilinmeyen, birincil) hipertansiyon ve Sekonder (ikincil, nedeni bilinen) hipertansiyon olmak üzere 2 gruba ayrılmaktadır.

Primer Hipertansiyon; Henüz tam olarak açıklanamamış nedenlerle arteriyel kan basıncının sürekli normal kabul edilen değerlerden yüksek olmasıdır (Çağatay ve Soydan, 2004). Hipertansif hastaların % 90.0 – 95.0'ı bu gruba girer(Beers ve Berkow, 2002). Primer Hipertansiyonun gelişimine neden olan temel faktörler Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Primer hipertansiyon gelişimindeki temel faktörler (MacGregor ve Kaplan, 2001)

- Fazla tuz alımı - Aile öyküsü (genetik) - Aşırı alkol tüketimi - Stres	- Düşük potasyum alımı - Aşırı kilo - Fiziksel aktivite azlığı
---	--

Sekonder Hipertansiyon; Primer hipertansiyondan farklı olarak burada kan basıncını yükselten bir neden vardır (Çağatay ve Soydan, 2004). Hipertansiyon başlangıç yaşının < 20 veya > 50 yıl olması, ilaç tedavisine dirençli hipertansiyon olması, daha önce kontrol altında tutulan hipertansiyonun kontrolden çıkması, akselere veya malign hipertansiyon olması, kan basıncının 180/110 mmHg'dan yüksek olması,

ciddi organ hasarlarının bulunması sekonder hipertansiyon olma olasılığını artıran durumlardır (Beers ve Berkow, 2002; Çağatay ve Soydan, 2004). (Tablo 4.4.)

Tablo4.4. Hipertansiyonun etiyojisine göre sınıflandırılması (Akdemir, 2001; Arakaume, 1993; Brown et al, 1997; MacGregor ve Kaplan, 2001; Önder, 2000):

1. Sistolik ve Diyastolik Hipertansiyon

A. Primer – Esansiyel Hipertansiyon

B. Sekonder Hipertansiyon

- 1) Renal
- 2) Endokrin Nedenler
- 3) Aort koarktasyonu
- 4) Gebeliğe bağlı hipertansiyon
- 5) Nörolojik hastalıklara bağlı hipertansiyon
- 6) Akut strese bağlı hipertansiyon
- 7) İntravasküler volüm artışına bağlı hipertansiyon
- 8) Alkol ve bazı ilaçların kullanımına bağlı hipertansiyon

2. İzole Sistolik Hipertansiyon

A. Kalp Debisi artışına bağlı

- 1) Aort yetmezliği
- 2) Atriyo ventriküler fistül, PDA (Patent Ductus Arteriosus)
- 3) Tirotoksikozis
- 4) Paget Hastalığı
- 5) Beriberi
- 6) Hiperkinetik dolaşım

B. Aortun sertleşmesine bağlı

Hipertansiyon nedeni olabilecek herhangi bir patolojinin bulunmadığı durumlarda, bütün hipertansiyon olgularına esansiyel olarak yaklaşılması uygun olur. Ancak yapılacak muayenelerle hipertansiyon nedeni olabilecek bir patolojiye ait bulgu ve belirtinin bulunduğu durumlarda sekonder hipertansiyon olasılığı akla gelmeli ve bu yönde incelemeler yapılarak sekonder hipertansiyon nedenleri uzaklaştırılmalıdır(Bilir, 1992).

4.1.6.3. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma

Yüksek kan basıncını tespit ve tedavi etmenin amacı kardiyovasküler hastalığı ve bu hastalıkla ilişkili olabilecek morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Kardiyovasküler hastalık için risk sadece kan basıncı düzeyi ile değil, aynı zamanda hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin varlığı ve yokluğu ile de ilgilidir. Bu nedenle hipertansiyonu sınıflandırırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir.

Evre 1: Organik değişikliklere ilişkin objektif bulgular yoktur.

Evre 2: Aşağıdaki organ tutulum belirtilerinden en az birisi vardır;

- Fizik bakım, radyolojik inceleme, EKG, ekokardiyografi vb. sonucu sol ventrikül hipertrofisi bulguları,
- Jeneralize ve fokal retinal arter daralması
- Proteinüri ve/veya plazma kreatinin konsantrasyonunda hafif yükselme 1,2-2,0 mg/dl

Evre 3: Hipertansif hastalığa bağlı çeşitli organ hasarları sonucu hem semptom hem belirtiler vardır.

- Kalp; Sol kalp yetmezliği, anjina pectoris, myokard infarktüsü,
- Beyin; Serebral, serebellar veya beyin sapı kanaması, inme, geçici iskemik atak, hipertansif ansefalopati,
- Optik fundus; Papilla ödeminin eşlik ettiği veya etmediği retinal kanama ve eksuda,
- Böbrek; Plazma kreatinin konsantrasyonu > 2.0 mg/dl, yetmezlik,
- Damarlar; Dissektan anevrizma, semptom veren tıkaçıcı arter hastalığı (Ekmekçi ve diğerleri, 1984; Ekmekçi, 1988; Fuchs Z. et al, 1993; WHO- ISH, 1993; WHO, 1978).

4.1.7. Diğer Hipertansiyon Çeşitleri

4.1.7.1. Beyaz Önlük Hipertansiyonu

Stres, kan basıncını yükseltebilir; o nedenle, KB genelde normal olan bazı kişilerin doktor muayenehanesindeki tansiyon değerleri yüksek gibi görünebilir. (Benson and Casey, 2006) ilk kez 1984 yılında tanımlanan (www.tkd.org.tr 15.08.2006) “beyaz önlük hipertansiyonu”, doktor ya da sağlık çalışanı tarafından ölçülen kan basıncının, özellikle heyecandan kaynaklanan, her seferinde yüksek düzeylerde olmasına karşın, günün diğer saatlerinde evde veya klinik dışında ölçülen kan basıncı değerlerinin normal bulunmasıdır (www.tkd.org.tr 15.08.2006, www.nhlbi.nih.gov 20.08.2006; MacGregor and Kaplan, 2001). İzleyen ölçümlerde kan basıncı değeri yüksek bulunan birey sayısı azalır. Ancak, yine de ilk ölçüm sonucu kan basıncı yüksek çıkmasının çok da masum bir bulgu olmadığı, bireyin diğerlerine göre daha fazla kardiyovasküler risk altında olduğu belirtilmektedir (Çöl, 1996; WHO-ISH, 1993; WHO, 1990).

4.1.7.2. Labil Hipertansiyon

Labil, “istikrarsız, her an değişen” demektir. Labil hipertansiyonda kan basıncı alışılmışın çok ötesinde dalgalanmalar gösterir. Bu dalgalanmaların çok fazla kahve, anksiyete atakları ve aşırı stres yükü gibi çeşitli kaynakları olabilir. Nedeni ne olursa olsun, bu geçici HT dönemleri tehlikeli olabilmektedir. (Benson and Casey, 2006)

4.1.7.3. Habis Hipertansiyon

Seyrek rastlanmasına karşın, habis hipertansiyon yüksek tansiyonun en uğursuz biçimidir. Özelliği, kan basıncının alışılmamış ve ani bir biçimde tehlikeli düzeylere yükselmesi, çoğunlukla da küçük tansiyonun 120-130 mm/Hg’ye ya da daha üstüne çıkmasıdır. Diğer hipertansiyon türlerinin aksine, buna şiddetli baş ağrısı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, mide bulantısı ve kusma, bulanık görme ya da körlük, nöbetler ve bilinç kaybı da eşlik edebilir.

Habis hipertansiyon bir acil tıp vakasıdır. İnsanı apansız kalp krizi, inme, kalp yetmezliği, kalıcı böbrek hasarı ve beyin kanaması riskiyle karşı karşıya bırakır. Habis hipertansiyon, tansiyonu zaten yüksek olan kişilerin % 1'inden daha azında görülür. Ender vakalarda, habis hipertansiyonun ortaya çıkışı bir kişide yüksek tansiyonun olduğunun ilk işaretidir. (Benson and Casey, 2006)

4.1.8. Kan Basıncı Ölçümünün Önemi

Gün içerisinde kan basıncında belirgin değişkenlik görüldüğünden, 24 saatlik süre içinde kişinin normal kan basıncını, belirlemek için birden fazla ölçüm yapılması gerekmektedir. Bundan ötürü hipertansiyon tanısı, tek bir yüksek kan basıncı ölçümüne dayanarak konulmamalıdır. (<http://www.mco.edu/org/bloodpre.html> Erişim: 21/04/2007)

Kan basıncı poliklinikte veya hastanede bir defa alındığında yanılma olasılığı yüksektir. “Beyaz önlük” HT’nu veya ilaç tedavisinin etkinliğinin saptanmasında gerek yarı otomatik KB ölçme aletleri gerekse ambulatuvar kan basıncı monitörizasyonu (ABPM) ile hastane dışı KB ölçümlerinin sağlanması önemlidir. Evde ölçülen KB değerleri veya ABPM değerleri genellikle klinikte ölçülenden 5-10 mm/Hg daha düşük bulunmaktadır (Rasmussen et al., 1998).

Geçici olarak kan basıncını yükselten ve tanıda yanılığa neden olan etkenler;

- 1) Beden sıcaklığı,
- 2) Ağrı, hastalık hali,
- 3) Heyecan(Beyaz gömlek hipertansiyonu),
- 4) Alkol alımı ve aşırı tokluk,
- 5) Sigara içilmesi
- 6) Egzersiz (Çöl, 1996;WHO-ISH, 1993; Maxcy, 1992; WHO, 1978)

Hastalar kan basıncı ölçümlerinden yarım saat önce yemek yememeli, alkol almamalı, sigara içmemeli ve egzersiz yapmamalıdır (Çöl, 1996;WHO, 1993; WHO, 1990).

4.1.9. Evde Kan Basıncı Ölçümü

Ev ölçümleri, hem normotansif hem de hipertansif bireylerde muayenehane ölçümlerine göre daha düşüktür (www.tkd.org.tr 15.08.2006). Yapılan çalışmalarda, en az haftada 3 kere olmak kaydıyla, sabah ve öğleden sonra (Stergio and Skeva, 1998) ya da sabah ve akşam (Yutaka and Takayoshi, 2001) her seferinde ikişer ölçüm yapılmasının uygun olduğu gösterilmiştir. Son yıllarda hastanın kan basıncının evde izlenmesi yöntemi yaygın olarak uygulanmaya başlamıştır ve avantajları şunlardır (www.tkd.org.tr 15.08.2006).

- 1) Gerçek hipertansiyonun “beyaz önlük” hipertansiyonundan ayırt edilmesi
- 2) Yeni başlayan kan basıncı yükselmelerinde ve sınırda hipertansiyonda günlük kan basıncı değerlerinin belirlenmesi
- 3) Antihipertansif ilaçlara alınan terapötik cevabın değerlendirilmesi
- 4) Hastanın tedavi planına daha iyi uyması
- 5) Hasta izleme maliyetinin azalması

4.1.10. 24 Saatlik ABPM Ölçümü

Normal yaşam şartlarında hastaların kan basıncının ölçülmesine imkan veren çeşitli aletler mevcuttur. Bu sayede gece, gündüz ve sabah gibi kısıtlı zaman dilimlerinde ortalama kan basıncı öğrenilebilir. Aşağıdaki durumlarda bu yöntem başvurulabilir.

- 1) Poliklinik ortamında aynı kontrolde veya farklı kontrollerde kan basıncında önemli değişiklikler varsa
- 2) Eşlik eden diğer kardiyovasküler risk faktörleri olmayan ama poliklinikte kan basıncı belirgin yüksek ölçülmüş ise
- 3) Poliklinikte ve evde ölçülen kan basıncı değerleri arasında belirgin farklılık varsa
- 4) İlaç tedavisine dirençten şüphe ediliyorsa
- 5) Özellikle yaşı ve diyabetik hastalarda hipotansif ataklardan şüphe ediliyorsa

- 6) Gebelerde poliklinikte kan basıncı yüksek ise veya preeklampsi şüphesi varsa
24 saatlik ambulatuvar ölçümlerinde kullanılan kan basıncını eşik değerleri
gündüz 130-135/85 mm/Hg ve gece 120/70 mmHg'dır (Yazıcı ve Yıldız, 2008).

4.2. Hipertansiyonun Oluşmasında Etkili Risk Faktörleri

Hipertansiyon hem toplumda çok sık görülen bir sağlık sorunu olması hem de koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık bakımından belli başlı risk faktörü olması çok önemli bir sağlık sorunudur. Hipertansiyonun oluşumunda rol oynadığı çeşitli araştırmalarla ortaya konan risk faktörleri şunlardır: (Bilir, 1988; Gross, 1984;WHO-ISH, 1993)

- Irk(Siyah ırk),
- Yaş,
- Kadın cinsiyet,
- Sigara tüketimi,
- Diabetes Mellitus,
- Hiperkolesterolemi,
- Şişmanlık,
- Ailede hipertansiyon öyküsü,
- Diyetin doymuş yağ asitleri ve kolesterol içeriği. (Bilir, 1988; Gross, 1984; WHO-ISH, 1993)

Bu risk faktörler kendi aralarında değişmeyen ve değişebilen olarak iki başlıkta incelenmektedir. Değişmeyen risk faktörleri genetik yapı, yaş, cinsiyet, ırk; değişebilen risk faktörleri ise sigara, obezite, hareketsiz yaşam biçimi, fazla tuz tüketimi, kafein, yağ tüketimi, alkol kullanımı, stres'tir(Benson and Casey, 2006).

4.2.1. Değişmeyen Risk Faktörleri

4.2.1.1. Genetik Yapı

Bu faktörlerin en önemlilerinden birisi genetik yapıdır. Çalışmalar, genetik faktörlerin etyolojide önemli rol oynadığını, esansiyel hipertansiyonlu hastaların % 70'inde aile hikayesi olduğunu ve hipertansif kişilerin birinci derece yakınları arasında hipertansiyonun anlamlı derecede yüksek sıklıkta bulunduğunu açıklamaktadır (Özkan ve Deligönül, 1983; Akpolat ve Arık, 1992; Bilir, 1984).

4.2.1.2. Yaş ve Cinsiyet

Bebeklik ve çocukluk çağından orjin alabilen hipertansiyon en çok 30-50 yaşları arasında görülmektedir (Yenkür ve ark., 1991; Arı, 1987). Hipertansiyon prevalansı ilerleyen yaşla birlikte artmakta ve her yaş grubunda kadınlarda erkeklerden daha sık rastlanmaktadır (Bilir, 1986).

Afrika, Latin Amerika, Okyanusya ve Hindistan dahil pek çok bölgeden gelen araştırma sonuçları, kan basıncında kadınlarda ve erkeklerde yaşla birlikte artış olduğunu göstermektedir. Bu artış kadınlarda 50 yaşından sonra daha belirgindir(WHO, 1990; WHO 1983).

Afrika ve Asya'nın belli bölgeleri, Latin Amerika dağları, Easter Adası, Papua Yeni Gine gibi bölgelerde yaşayan izole ve ilkel bir yaşam süren toplumlarda yaşla birlikte kan basıncı değerinin çok az arttığı ya da hiç artmadığı saptanmıştır. Bu toplumlarda daha yüksek fiziksel aktivite vardır, diyetin, kalori ve tuz içeriği daha düşüktür.(Gross, 1984; Muna, 1993; Whelton et al., 1993)

Ülkemizde HT sıklığını araştıran çalışmalardan en günceli 2003 yılında tamamlanan “Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması veya İngilizce adının kısaltması

ile Paten T(Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey) çalışmasıdır. Bu çalışmaya göre Türkiye’de HT prevalansı % 31,8’dir. HT prevalansı kadınlarda(%36,1) erkeklerden(27,5) daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada 35-64 yaş grubunda HT prevalansı %42,3(erkeklerde % 34,8 ve kadınlarda %50) olarak bulunmuştur. Geriatrik popülasyonda (\geq 65 yaş) ise HT prevalansı % 75,1(erkeklerde % 67,2 ve kadınlarda %81,7) gibi oldukça yüksek bulunmuştur (Yazıcı ve Yıldız, 2008).

4.2.1.3. Irk

Çok sayıda epidemiyolojik çalışmanın sonucunda, siyahlarda hipertansiyonun daha sık görüldüğü, cinsiyete göre farklılık göstermedikleri, daha erken yaşta başladığı ve daha fatal seyrettiği saptanmıştır.(Pekus, 1985; Gross, 1984; WHO 1990; Winkleby et al, 1989) Beyaz ırkta ise 50 yaşına kadar erkeklerde, 50 yaşından sonra da kadınlarda daha yüksek düzeyde bulunmaktadır (Pekus, 1985).

4.2.2. Değişebilen Risk Faktörleri

4.2.2.1. Sigara

Her sigara içiminden sonra 15 – 30 dakika süren akut kan basıncı yükselmesi görülür ancak sigaranın kan basıncı üzerinde uzun süreli etkisi yoktur (www.tkd.org.tr 15.08.2006). Ayrıca sigara kardiyovasküler riski 2 – 3 kat artıran ve tromboza bağlı inme açısından çok güçlü bir risk faktörüdür (JNC VII, 2003). Kardiyovasküler olumlu etkiler tütün içiminin bırakılmasından sonraki bir yıl içinde görülür. Nikotin bandları kan basıncını yükseltmediği için sigarayı bırakmakta kullanılabilir. Nikotin burun spreyinin kan basıncı üzerine etkisi ise bilinmemektedir. (Özbyram, 2008).

4.2.2.2. Obezite

Obezite, bedende aşırı yağ depolanması sonucu ortaya çıkan ve hastalık olarak kabul edilen bir durumdur. Genel olarak bir kimsenin ideal beden ağırlığından % 20 fazla olması şeklinde tanımlanır (Arslan, 1993; Çöl, 1992; Dörtlemez, 1993).

Erişkinlerde, çocuklarda ve adölesanlarda diğer potansiyel faktörlerden bağımsız olarak obezite ve HT arasında bir ilişki ortaya konmuştur. Framingham Kalp

Çalışmasında, erkeklerde ve kadınlarda HT prevalansı vücut ağırlığındaki artış ile birlikte artmaktadır. Obez gruplarda HT prevalansı %50'lere yaklaşır (Demiralp, 2005).

Kontrollü klinik çalışmalarda 1 kg zayıflamanın sistolik ve diyastolik kan basınçlarında 1,6 mm/Hg ve 1,3 mm/Hg düşme sağladığı gösterilmiştir (Despres and Lemieux et al, 1994; Stamler, 1991; Önder, 2000).

Günümüzde kişinin şişman olup olmadığını saptamanın iki yöntemi vardır. Bunlar; ideal kilo ölçümleri ile beden kitle endeksi (BKİ– Body mass index BMI) veya Quetelet indeksidir (Bozbora, 2002; Orhan ve Özbey, 2002).

Beden kitle indeksi (BKİ), şişmanlığın sınıflandırılmasında ve tedavi yöntemlerinin planlanmasında kullanılan pratik bir yöntemdir. Vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine oranı BKİ'ni verir (Wadden and Stunkard, 2003; Bozbora, 2002; Orhan ve Özbey, 2002).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Ulusal Kalp Akciğer ve Kan Enstitüsü (NHLBI) tarafından yapılan BKİ sınıflandırması hala geçerlidir. Buna göre BKİ değerleri şu şekilde yorumlanır:

<18.5 kg/m² → zayıf

18,5 – 24,9 kg/m² → normal kilolu

25 – 29,9 kg/m² → fazla kilolu

30 – 34,9 → I. Derece obez

35 – 39,9 → II. Derece obez

≥ 40 kg/m² → ileri derece obez (WHO, 1997; National Institutes of Health, 1998).

4.2.2.3.Hareketsiz Yaşam Biçimi

Hareketsiz yaşam süren kişilerde HT gelişme riski, düzenli fiziksel aktivitesi olanlara göre % 20 – 50 daha fazladır (www.tkd.org.tr 15.08.2006) Hastalara haftada en az 3-4 kez, hedef kalp hızının % 60-70'ine ulaşacak şekilde 30 – 45 dakika hızlı tempoda yürüyüş ya da yüzme gibi hafif düzeyde aerobik egzersizler yapmaları önerilir. (Fagad, 1995; Jennings, 1993; Puddley and Cox, 1995). Bu tür hafif bir egzersiz sistolik kan basıncını yaklaşık 4 – 8 mm/Hg düşürebilir (WHO, 1999; Önder, 2000).

Harvard mezunları çalışmasında 12 – 16 yıllık takip süresinde hareketsiz

hipertansif bireylerin normotansiflere göre iki kat daha fazla ölüm riskine sahip olduğu görülmüştür (Paffenbarger et al, 1986).

Miller ve ark. (2002) hipertansiyon tedavisi alan ve şişman olan bireylerin yaşam stillerinin kan basıncı üzerine etkilerini araştırmışlardır. Yaşları ortalama 54 yıl olan 237 bireye iki aylık süreyle DASH(Hipertansiyon Önleyici Diyetel Yaklaşımlar) diyeti uygulamanın yanında haftada üç defa akşam yemeğinden önce veya pazar sabahı 30 – 45 dakikalık aerobik egzersiz yapmaları sağlanmıştır. Çalışma sonunda bireylerde bu yaşam tarzının kan basıncını düşürdüğü ve hipertansiyonu iyileştirici etkisi olduğu gözlenmiştir. İlaç tedavisi ile karşılaştırıldığında yaşam tarzını bu şekilde değiştirmenin kan basıncında düşmeye, kilo kaybına ve atletik yapıya, serum total ve LDL-kolesterol seviyelerinde düşmeye sebep olduğunu göstermiştir.

4.2.2.4. Fazla Tuz Tüketimi

Epidemiyolojik veriler, diyetle alınan sodyum ile kan basıncı düzeyi arasında pozitif bir ilişkin varlığını göstermektedir (Önder, 2000). Klinik randomize çalışmalarda hipertansif hastalarda sodyum alımı günde 80 – 100 mmol (günde=2,4 g ya da = 100 mmol sodyum veya = 6 g sodyumklorür alımına izin verilir) ile kısıtlandığında sistolik kan basıncında $4,8 \pm 1$ mm/Hg, diyastolik kan basıncında $2,5 \pm 0,7$ mm/Hg düşme görülmüştür (www.tkd.org.tr 15.08.2006, Brown et al., 1997). Ancak unutulmaması gereken beslenme yoluyla alınan sodyumun büyük bir kısmı işlenmiş gıdalar ile alınmaktadır. Sadece yemeğe ilave edilen tuzun azaltılması ile sodyum kısıtlaması yapmak olası değildir. Bununla birlikte hazır gıdaların sodyum içeriklerinin de kontrol edilmesi ve tüketiminden kaçınılması gerekir (Badır, 2011).

4.2.2.5. Kafein

Kafeinin etkisi doza ve alım zamanına bağlıdır. Kafeinli içecekler alındığında kan basıncı yükselmekte, nabız artmakta yalnız iki saat geçtikten sonra her ikisi de normale dönmektedir. Çay ve kahve tüketimi ile serum lipoproteinleri düzeyi arasında

düzenli bir ilişki kanıtlanamamıştır. Ancak trigliserid miktarını azalttığı, kolesterol düzeyini ise yükselttiği bildirilmektedir.(Baysal, 1997)

4.2.2.6. Yağ Tüketimi

Hipertansiyon ve damar hastalıkları ile ilişkisi yönünden en çok suçlanan kolesterol, bir tür lipiddir. Bitkilerde bulunmaz, hayvansal dokularda bulunur. Hayvansal yağlar ve margarinler doymuş yağ asidi içerirler ve kanda LDL kolesterolü yükselterek koroner kalp hastalığı ve hipertansiyon riskini artırır. Tekli doymamış yağ asidi içeren zeytinyağı ve çoklu yağ asidi içeren diğer sıvı yağlar bu olumsuz etkiyi göstermezler. Tavuk, hindi ve balık etinin domuz, inek ve koyun etine göre daha az miktarda kolesterol içerdiği bildirilmektedir(Bilir, 1993; Small, 1991).

4.2.2.7. Alkol Kullanımı

Alkol, hipertansiyon tedavisi için kullanılan ilaçların etkisini azaltırken inme riskini artırır. Günlük alkol kullanımı ; 60 ml viski, 300 ml şarap ve 720 ml bira ile sınırlandırılmalıdır. Az miktarda günlük alkol kullanımı ile hiç içmeme ya da daha fazla alkol kullanma arasında koroner arter hastalığı mortalitesi ve morbiditesi arasında ilişki vardır. Alkol alımının ılımlı miktarda tutulması önerilmektedir (Badır, 2011). Esansiyel Hipertansiyon(HT) vakalarının %30 kadarının alkolle ilişkili HT olduğu tahmin edilmektedir (Chobanian et al., 2003).

4.2.2.8.Stres

Psikolojik etkenler, kişilik özellikleri ve stres, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık riskini arttıran birçok sağlıksız yaşam tarzının benimsenmesine yol açabilir (WHO, 1999; Lindquist et al., 1997).

Yapılan çalışmada beş yıllık bir dönemde depresyonun hipertansiyon oluşumuna neden olduğu görülmüştür (Davidson et al., 2000). Başka bir çalışmada da, Doğu Finlandiya'da ümitsizlik ile hipertansiyon oluşumu arasındaki ilişki 616 normotansif bireyde incelenmiştir. Bireylerde hipertansiyon oluşumunu etkileyecek tüm faktörlerin benzer olmasına karşın dört yıl sonunda ümitsizlik seviyesi yüksek olan bireylerin, ümitsiz olmayan bireylere göre üç misli hipertansif olduğu görülmüştür (Everson et al., 2000).

4.3. Hipertansiyondan Korunma

Hipertansiyona yaklaşım önceleri kesin hipertansiyonu olan bireylerin saptanıp tedavi edilerek hipertansiyonun kontrol altına alınması, hipertansiyona bağlı koroner arter hastalığı ve inmeye bağlı ölümlerin azaltılmasına yönelik ikenyeryüzünde her beş kişiden birinde hipertansiyon olması ve tedavisinin maliyetinin yüksekliği korunma stratejilerinin geliştirilmesini zorunlu kılmıştır (Badır, 2011).

Hipertansiyonun kontrol altına alınmasında hedef; sistolik kan basıncının 140, diyastolik kan basıncının 90 mmHg'nın altında tutulması ve risk faktörlerinin de kontrol altına alınması için sağlıklı yaşam şekli değişikliklerinin geliştirilmesidir (Badır, 2011).

Primer korunma; İlaçsız tedavi programlarının risk gruplarında uygulanmasıdır. Günlük tuz tüketiminin ve alkol tüketiminin azaltılması, şişmanlığın kontrolü, yorucu olmayan fizik egzersizlerin kan basıncının düşürücü rol oynadığı bilinmektedir. Ayrıca stres, sosyal baskılar vb. faktörlerin de hipertansiyonla ilişkisi vardır. Bütün bu faktörlerden korunma kolay alınmamakla birlikte, yapılabildiği takdirde hipertansiyonda primer korunma sağlanmış olacaktır (Bilir, 1984;1992). Primer korunma bir anlamda yaşam tarzında değişiklikler oluşturmak, yeni sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmanın sağlanması olarak da açıklanabilir.

Sekonder korunma; erken tanıdır. Bu yolla erken tedavi sağlanarak hipertansiyonun komplikasyonlardan korunmak mümkün olabilir (Bilir, 1992). Yapılan toplumsal taramalarda, hipertansiyonlu olduğu halde önceden bunu bilmeyenlerin oranının % 15-80 arasında değiştiği belirtilmektedir. Bu kişileri bulup tedaviye almak

amacı ile hipertansiyon kontrol uygulamaları temel sağlık hizmetlerine entegre edilmelidir(Özcebe, 1988).

Tersiyer korunma; hipertansiyonlu hastalarda gelişen ya da gelişebilecek komplikasyonların tedavisi ve rehabilitasyonudur(Bilir, 1986). Bunun için tedavi edilmemiş hipertansiyon sonuçları hakkında toplum bilgilendirilmeli, sağlık yetkilileri ve görevlileri bu konuda eğitilmeli, tedavi prensiplerinde fikir birliği sağlanmalı, tedavi ekonomik olmalı ve kan basıncı ölçme tekniği standardize edilmelidir(Özcebe, 1988).

4.4. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tedavisinin amacı; kan basıncının düşürülmesi yanında, diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, hedef organ hasarlarının durdurulması veya geriletilmesi, aterosklerozun önlenmesi ile birlikte hastanın yaşam kalitesinin bozulmasını önlemektir (Andreoli et al., 2002; Çağatay ve Soydan, 2004).

Çoğu hastada hipertansiyon tedavisi nedeni bilinmemekle beraber birçoğunda hastalığa eşlik eden sekonder nedenler vardır. Dr. Kaplan'a göre etkili tedavinin anahtarı, her hastanın risk faktörleri profiline yönelik kan basıncı kontrolünü maksimuma çıkararak şekilde bireyselleşmektir.(Postgraduate Medecine, 1993)

Hipertansiyonun esansiyel veya sekonder olması tedavisinde farklı ve değişik uygulamaları gerekli kılar.(Arı, 1987) Başka bir hastalığın semptomu olan sekonder hipertansiyon olgularında tedavi nedene yöneliktir. Hipertansiyona neden olan hastalığın tedavisi hipertansiyonu da tedavi etmiş olacaktır (Birol ve ark., 1990; Arı, 1987; Bilir, 1986).

Esansiyel hipertansiyon olgularında, nonfarmakolojik ve farmakolojik tedavi olmak üzere iki ayrı yaklaşım söz konusudur(Özkan ve Deligönül, 1983; Bilir, 1984; The Prescriber, 1993). Nonfarmakolojik tedavi özellikle sınır hipertansiyonda primer girişim olarak orta ve şiddetli hipertansiyonda ise ilaçlara ilave olarak kullanılır (Fink, 1981).

Yüksek kan basıncı nonfarmakolojik tedavi şekilleriyle kontrol edilemiyorsa farmakolojik tedaviye geçilmesi kaçınılmazdır. Hipertansiyon tedavisinde tavsiye edilen ilaç kademeleri diüretikler, sempatik sisteme etki eden ilaçlar, vazodilatörler ve anjiyotensin inhibitörleridir (Üstel, 1989).

4.4.1. Non-Farmakolojik Tedavi ve Yaşam Tarzı Değişikliği

Yaşam tarzı değişiklikleri ve non-farmakolojik tedavi uygulamaları her hasta için bireysel olmalıdır. Yaşam tarzına ilişkin önlemler Dünya Sağlık Örgütü Hipertansiyon Kontrolü Teknik Raporunda belirtildiği gibi, çeşitli tamamlayıcı nedenlerle uygulanmaktadır (WHO, 1999):

- Kan basıncını düşürmek
- Antihipertansif ilaç gereksinimini azaltmak ve bu ilaçların etkilerini en üst düzeye çıkarmak
- Mevcut diğer risk faktörlerini düzeltmek
- Toplumda hipertansiyon ve ilişkili kardiyovasküler hastalıklar için primer koruma sağlamak.

Hipertansiyona karşı koruma potansiyeli sağlayan yaşam biçimi değişikliklerinin kan basıncını düşürmede etkin oldukları ve diğer risk faktörlerini de küçük bir maliyet ve minimal bir riskle azaltabildikleri gösterilmiştir. İlaç tedavisi gereken hastalar da dahil olmak üzere tüm hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri uygulanması gerekir(WHO, 1999).

Hipertansiyonun korunma ve tedavisinde uygulanan yaşam biçimi değişikliklerini şöyle sıralayabiliriz;

- Aerobik, fiziksel etkinliğin artırılması
- Beden ağırlığının normale indirilmesi
- Tuz kısıtlaması
- Diyetle yeterli potasyum alımının sürdürülmesi
- Sağlık açısından diyetle yeterli kalsiyum ve magnezyum alımının sürdürülmesi
- Doymuş yağ ve kolesterol alımının azaltılması
- Alkol kullanımının azaltılması
- Sigaranın bırakılması
- Stresten uzak durulması şeklindedir.

4.5. Yaşam Kalitesi

Bazı durumlar bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

- Temel gereksinimlerinin karşılanmaması
- Beden imgesinin değişmesi
- Özbakım davranışlarının ve günlük yaşam aktivitelerinin yetersizliği
- Kronik yorgunluk, bitkinlik
- Seksüel fonksiyonlarda bozulma
- Gelecek ile ilgili kaygılar
- Destek sistemlerindeki yetersizlikler
- Akut sağlık sorunları
- Kronik sağlık sorunları ve yaşam tarzı değişikliklerinden etkilenerek yetersiz hale gelebilir. Bu durumda sağlık profesyonellerinin, bireyin yetersiz olduğu konularda yeterli hale gelebilmesi için gereken tedavi ve bakım uygulamalarını yapması yaşam kalitesini yükseltecektir (Ergün ve ark., 2011).

4.5.1. Tanımı

Genel anlamıyla yaşam kalitesi; “iyilik halinin derecesi” olarak tanımlanır. Bir kişinin yaşamının tümüyle iyiye gittiğine ilişkin hissettiği, subjektif duygu olarak da ele alınabilen yaşam kalitesinin önemi birçok yazıda vurgulanmakla birlikte, tanımı konusunda farklı yorumlar olup evrensel olarak kabul görmüş tek bir tanımlaması yoktur. Yaşam kalitesi, genel bir iyilik hali olmasının yanında bir çeşit memnuniyet simgelemektedir. Başka bir ifadeyle bireyin kendi yaşamına ilişkin doyumunu anlatmasıdır. DSÖ yaşam kalitesini, “kişinin yaşadığı kültür ve değer sistemleri çerçevesinde, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri ile ilişkili olarak yaşamdaki pozisyonunu algılaması” şeklinde tanımlanmaktadır (Arslantaş ve ark., 2006; Telatar ve Özcebe, 2004).

Yaşam kalitesinin dört temel özelliği; dinamikdir, çok boyutludur, interaktiftir, bireyin beklentileri ve yaşamındaki olaylara uyum gösterir (Çıtıl, 2009; Eser, 2004; Tüzün ve Eker, 2003).

4.5.2. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi Kavramı, Tanımı

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıkla doğrudan ya da dolaylı olarak ilgili birçok faktörü içine alan geniş bir kavramdır. Genel yaşam kalitesi kavramında olduğu gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul görmüş evrensel tek bir tanım bulunmamaktadır (Testa and Simonson, 1996).

DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesini; içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi bağlamında; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından bireylerin yaşamdaki pozisyonlarını algılaması olarak tanımlamaktadır (Testa and Simonson, 1996). Öte yandan, DSÖ' nün 21.yy hedefleri arasında çalışabilir yaştaki nüfusun sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik politikalar önemli yer tutmaktadır. Başlıca duyarlılık noktası yaşam kalitesinin artırılmasıdır. 'Her bireyin sağlıklı, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması ve daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması' gereği DSÖ' nün 21.yy hedefleri içinde yer almaktadır (Şahin, 2001)

4.5.3. Yaşam Kalitesi ile İlgili Kavramlar:

- **Sağlık durumu, sağlık algılaması:** Sağlık durumu biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin göreceli iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık) bireyin sağlık durumundan etkilenen öznel değerlendirmedir (Muldoon et al., 1998; Wilson and Cleraly, 1995). Bazı insanlar bir veya daha çok kronik hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerini sağlıklı saymakta, bazıları ise nesnel bir hastalık belirtisi yokken kendilerini hasta algılamaktadırlar.

- **İşlevsel durum :** Bireyin temel gereksinimlerini karşılamak, her zamanki rolünü, sağlık ve iyilik halini sürdürmek için günlük işlevlerini yerine getirmedeki yeterliliğidir (Muldoon et al., 1998, Leidy, 1994). İşlevsel kapasite, bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ruhsal alanlardaki günlük işlevleri yerine getirmedeki en yüksek

kapasitesini yansıtırken, işlevsel performans günlük yaşam akışı içindeki işlevleri içermektedir (Wilson and Cleraly, 1995). Herkes tarafından iyi olarak değerlendirilen ancak kendisini hasta olarak gören bir kişinin kapasitesinden daha düşük işlevsel performansa sahip olabileceği üzerinde durulmaktadır (Flanagan, 1978).

- **Ruhsal durum:** Ruhsal durum uzun ve kısa süreli streslere (örneğin sağlık durumundaki değişiklikler) verilen duygusal yanıttır. Bireyin dünyaya karşı gösterdiği yüzü olarak tanımlanabilir. Depresyon, anksiyete veya kızgınlık, fiziksel hastalıklar ile birlikte olabilen ve bireyin işlevsel performansını, sağlık algılarını ve yaşam kalitesini etkileyen duygusal durumlardır (Wilson and Cleraly, 1995; Fries and Singh, 1996; Anderson, 1995; Moody et al., 1990).

- **Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitesi (SİYK):** SİYK, bireyin sağlığını etkileyen veya sağlığından etkilenen yaşam alanlarındaki doyum ve mutluluğudur. SİYK sağlık hizmet durumunun alanına giren etkenlerle doğrudan ilişkisi nedeniyle yaşam kalitesinden ayrılmaktadır (Flanagan, 1978). Genel olarak SİYK değerlendirilmesi, sağlıkla ilgili değişkenlerin (örneğin hastalık veya tedavi), genelde (genel SİYK) veya belli bir hastalığı olanlarda (duruma özel SİYK) önemli olan yaşam olaylarıyla ilişkisini yansıtmaya çalışmaktadır (Ware, 1995; Tesla and Nackley, 1994).

Her bir yaşam kalitesi alanındaki doyum, kişiden kişiye değişir, her bir alanın önemi de kişiden kişiye değişir ve yaşam kalitesini eşit olarak etkilemez. Bireyin yaşamını etkileyen boyutlardan her biri değerlendirmede yer almalıdır (Taşçı, 1998).

4.5.4. Yaşam Kalitesi Boyutları

Yaşam kalitesinin objektif göstergeleri fiziksel iyilik hali, fiziksel aktiviteleri yapmada güçlük, fonksiyonellik yetersizlik, çalışma durumu, hastalık semptomları ve sağlık durumuyla ilgili konuları kapsar. Yaşam kalitesinin subjektif göstergeleri ise; psikolojik/duygusal iyilik hali ve yaşam doyumu ile ilgili konuları kapsar.

Yaşam kalitesini ilgilendiren konular dört temel grup altında değerlendirilmektedir.

- Psikolojik Esenlik
- Fiziksel Esenlik
- Sosyal ve Bireysel Esenlik

- Parasal/Maddi Esenlik

Hoes ve Sullivan'a göre yaşam kalitesi alanları;

- Psikolojik Esenlik

- Doyum alma - Anksiyete
- Otokontrol - Beden imajı
- Yararlılık - Meşguliyet

- Fiziksel Esenlik – Günlük Yaşam Aktivitesinde(GYA) Yeterlik

- Yeme içme
- İştah
- Seks
- Uyku
- Yorgunluk
- Sağlık- hastalık algısı

- Sosyal ve Bireysel Esenlik

- Sosyal etkinlikler

- Ekonomik ve Maddi Esenlik

- Geleceğe ilişkin güven
- Sigorta
- Barınma
- İş güvencesi(Ergün ve ark., 2011)

4.5.5. Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Yaşam kalitesi değerlendirmeleri, çeşitli hastalıkların bireyin yaşamını nasıl etkilediğini belirlemede, farklı klinik çalışmaların etkinliğinin değerlendirilmesinde ve hastaya uygun tedavi ve bakım kararlarının verilmesinde önemlidir. Yaşam kalitesi değerlendirmelerinde en çok başvurulan metot kişinin kendini ifade etmesidir (Eski, 1999; Öksüz ve Malhan, 2005).

Yaşam kalitesinin ölçümlerinin tıpta kullanım alanları Fitzpatric ve ark.(1992) tarafından şöyle sıralanmıştır;

- Bireysel hasta takibinde psiko -sosyal problemlerin kişisel düzeyde araştırılması ve takibi amacı ile,
 - Sağlık hizmetlerinin veya tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi çalışmalarında,
 - Klinik çalışmalarda,
 - Sağlık planlayıcılarının ve sağlık ekonomistlerinin fiyat-fayda analizlerinde
- Bireyin yaşam kalitesi çeşitli ölçekler kullanılarak puanlanır ve değerlendirilir.

Bunlar;

- ❖ Fiziksel fonksiyon ölçeği
- ❖ Sosyal fonksiyon ölçeği
- ❖ Fiziksel rol fonksiyonu ölçeği
- ❖ Emosyonel fonksiyon ölçeği
- ❖ Mental sağlık durumu ölçeği
- ❖ Enerji/yorgunluk, ağrı ölçeği
- ❖ Genel sağlık algısı ölçeği

Bu ölçeklere iki örnek,

- Rolls Royce Modeli Yaşam Kalitesi Ölçeği

Bu ölçeğin ana başlıkları

- Genel iyilik
- Uyku
- İştah
- Seksüel fonksiyon
- Algılama fonksiyonu
- Tıbbi etkileşim
- Sosyal ilişkiler ve iş performansı konularını kapsar.(Ergün ve ark., 2011)

Sağlık hizmetlerinde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi ile ilgili iki yaklaşım tanımlanmaktadır:

- Genel Yaşam Kalitesi: Birçok boyutu içeren, geniş bir soru yelpazesine sahip indekslerdir. Bu ölçekler genellikle sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçekleri olarak

adlandırılır. Fonksiyonel duruma, iyilik haline ve sadece sağlıkla ilişkili görüş acılarını inceleyen kavramlara odaklanmıştır. Örnek olarak; 15 D, Nottingham Sağlık Profili (Nottingham Health Profile-NHP), Hastalık Etki Profili (Sickness Impact Profile-SIP), Esenlik Kalite Skalası (Quality of Well-being Scale-QWB), Mc Master Sağlık Gostergesi Anketi (McMaster Health İndex Questionnaire-MHIQ) ve 36 Soruluk Kısa Bir Sağlık Araştırması (The MOS 36 Item Short Form Healt Survey SF-36)'dır (Eski, 1999; Öksüz ve Malhan, 2005; Arslan ve Kutsal, 1999).

- **Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi:** Belirli hastalık gruplarının, islevsel bozuklukların ya da bir bulgunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemek üzere tasarlanmışlardır. Bu ölçekler, değerlendirilen sağaltımın tanımlanan hastalık durumuna özgü sağlık etkilerine odaklandıklarından yaşam kalitesindeki küçük değişimleri saptayabilirler. Ancak her ölçeğin skorlama sistemi genellikle farklı olduğundan hem farklı skorlama sistemleri arasında hem de farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapılması olanaklı değildir. Bu ölçeklere örnek olarak;

- Pediatrik Astım Yaşam Kalitesi Anketi (PAQLQ)
- McGill Ağrı Anketi
- Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADS)
- Barthel Engellilik indeksi sayılabilir.

Yaşam kalitesi ölçeklerinin oluşturulması ve geliştirilmesi yoğun emek gerektiren bir süreç olduğundan, başkaları tarafından geliştirilmiş, geçerliliği ve güvenilirliği denenmiş ölçeklerin değişik toplumlarda kullanımı yaygınlaşmaktadır. Ayrıca bu yolla farklı toplumlardan elde edilen verilerin karşılaştırılması da kolaylaşmaktadır. Bununla beraber, başka toplumlar üzerinde geliştirilen ölçekleri yeni toplumlara doğrudan uygulamadan önce dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Ölçeklerin yeni toplum ve kültüre uyumlu hale getirilme sürecindeki iki önemli aşama; ölçek içeriklerinin, kavram ve dil açısından anlam eşitliğinin sağlanması ile ölçüm özelliklerinin toplum üzerinde denenmesidir (Bellamy N.,2003; <http://www.qolid.org>). Ülkemizde de uluslar arası düzeyde yaygın kullanılan birçok ölçeğin Türkçe' ye çevrilip geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirilmesi yapılmıştır. SF- 36 ve WHOQOL-BREF Türkçe'ye uyarlanmış, geçerlilik ve güvenilirlikleri sınanmıştır. (Fidan, 2003)

4.6. Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi

Ülke genelinde yaygınlığı, yandaş hastalık ve risk faktörleri ile birlikteliği göz önüne alındığında hipertansiyon ülkemiz için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hipertansiyon hastalarının genellikle zaman içinde günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve bu durum günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara neden olmaktadır. Ayrıca hipertansif birey kronik bir hastalığa sahip olma psikolojisi yaşamakta ve yaşam tarzında değişiklik yapmakta zorlanmaktadır (Beilin et al., 1999). Hipertansiyon başlangıçta sessiz seyrine rağmen, ileri evrelerde kişilerin yaşam kalitesini bozmakta ve yaşam süresini kısaltmaktadır. Bu nedenlerle bireyin ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (Akdemir ve Birol, 2005)

Li ve arkadaşlarının(2004) yaptığı bir çalışmada ise kronik hastalığa sahip bireylerin yaşam kalitesi düşük çıkmıştır.

Lalonde ve arkadaşlarının(2004) yaptığı çalışmada hipertansiyonlu kalp hastalarında fiziksel sağlık, hipertansiyonu olmayan kalp hastalarına göre daha düşük çıkmıştır.

4.7. Hipertansiyonlu Bireylerde Yaşam Kalitesinin Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşirelik bakımının temel hedefi; bireyin yaşam kalitesinin fiziksel, sosyal ve psikolojik boyutlarını olumlu yönde etkilemektir. Bu yaklaşımda birey merkezdedir, kendisi ile ilgili kararlara katılır ve kendi bakım sorumluluğunu üstlenir (Ergün, Aslan ve ark., 2011). Böylece hemşirelerin hasta bakımında üç temel rolü olduğu kabul edilmektedir. Bunlar eğitim ve işbirliğini de içeren hemşirenin uygulayıcı rolü, liderlik rolü ve araştırmacı rolüdür. Her bir rol spesifik sorumluluk içermesine karşın bu roller aynı zamanda daima birbiri ile ilişki içerisinde (Ergün ve ark., 2011).

Hipertansif bireyin yaşam tarzı ile ilgili değişikliklerin bilinmesi ve uygulanmasının sağlanması hem farmakolojik tedavinin kullanımını azaltacak hem de

komplasyonların önlenmesine yardımcı olacaktır (Ovayolu ve ark., 2003). Sağlık bakımı verenler ve hastalar tarafından yapılan yaşam kalitesi değerlendirmeleri birbirinden çok farklıdır. Klinik çalışmalarda genellikle hastalık semptomlarına odaklanılmış ve tıbbi sonuçlar değerlendirilmiştir. Ancak hastaların yaşamlarının yalnızca tıbbi sonuçlarla değerlendirilmesi yeterli değildir. Hastalar, hastalık semptomları ile tıbbi sonuçlardan çok bu semptom ve sonuçların yaşamlarını nasıl etkilediği ile ilgilenmektedirler (Eski ve Fesci, 2002). Bu konuda hastalığın hasta üzerindeki etkileri ile uğraşan hemşirelere, hastaya en yakın sağlık elemanı olarak önemli görevler düşmektedir. Hipertansiyon hastasının bakımında hemşirenin amacı, yan etkisiz ve az maliyetle kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutma üzerine odaklanmaktadır. Bu amaca ulaşmak için hemşire, hastanın ilaçları önerildiği gibi kullanması, önerilen yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirmesi ve hastalığın sürecini izleme, ilaçların ya da hastalığın komplasyonlarının değerlendirilmesi için düzenli sağlık kontrollerine gelmesi konusunda hasta ve ailesini desteklemeli ve gerekli eğitimi vermelidir (Bengtson and Drevenhorn, 2003). Yapılan çalışmalar bu konunun önemini vurgulamaktadır. Clark ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmada hipertansif hastalara toplum sağlığı hemşireleri tarafından verilen eğitim ve yapılan ziyaretler sonucunda hipertansiflerin %71'inde normal kan basıncı değerlerine ulaşıldığı belirlenmiştir. Landenpera ve Kyngas (2001), yaptıkları niteliksel bir çalışmada hipertansif bireylerin, kan basınçlarının kontrol altında olması için sağlık bakım profesyonelleri tarafından bilgilendirilme, düzenli bir şekilde takip edilme ve her hastanın kendine uygun bakım ve tedavi alma gibi beklentileri olduğunu saptamışlardır.

4.8. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Günümüzde sağlık, sağlığın geliştirilmesi, iyilik ve öz bakım giderek önem kazanan kavramlardır ve yaşama geçirme çabaları çok yönlü olarak devam etmektedir. Sağlık iyiliğe uyan yaşam bilişiminin bir sonucu olarak görülür. Sosyal, fizyolojik ve çevresel faktörler ile yaşam tarzı ve sunulan sağlık hizmetleri sağlığı belirleyen başlıca faktörler arasında sayılabilir (Ergün ve ark., 2011).) Literatürde Pender' in sağlığı geliştirme modeline göre bireye ait demografik özelliklerin bilişsel algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Yaş,

cinsiyet, eğitim durumu medeni durum gibi özellikler, sağlığı geliştiren davranışların oluşumunda etkindir (Alpar ve ark, 2003). Beslenme, fiziksel aktivite, sigara kullanımı, psiko-sosyal faktörler yaşam biçimi faktörlerinden bazılarıdır.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Pender, 1987). Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları göstermeyi içermelidir.(Esin, 1997). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimidir(Bahar ve ark., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışlarının rolü büyüktür. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, ölüme neden olan hastalıkların yarısında sağlığa zarar veren davranışların rol oynadığı saptanmıştır (Vural, 1998). Bu durum hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır (Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Çalışmalarda sağlığı geliştirme davranışlarının uygulanmasının hastalıkların meydana gelme sıklığını ve ölüm oranını düşürdüğünü göstermiştir (Sanci LA et al., 2000; Wainwright P. et al, 2000).

4.9. Hipertansiyon ve Sağlıklı Yaşam Biçimi davranışları

Hipertansiyon ömür boyu devam eden, tıbbi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi edilen kronik bir hastalıktır (Gulanick et al., 2003). Asemptomatik olduğundan, hastaların tedavi arama ya da sürdürme konusunda çok az motivasyonları vardır (Kaplan, 2003).

Bir hastalığın toplumsal önemi, toplumda görülme sıklığı, neden olduğu iş göremezlik düzeyi ve sebep olduğu ölümlerle ilgilidir. Hipertansiyon böbrek hastalıkları ve kalp yetmezliği, inme ve miyokard enfarktüsü riskini artırmakta, renal ve

kardiyovasküler hastalıklar (KVH) için bağımsız temel bir risk faktörü oluşturmaktadır (Hacıhasanoğlu, 2009).

Hipertansiyon hastası hastalığının kronik ve ciddi sonuçlarından dolayı yüksek kan basıncını etkili bir şekilde düzenleyebilmesi için açık, pratik ve gerçekçi bir rehberliğe ihtiyaç duyar. Rehberlik, hastanın hastalık hakkındaki bilgisini ve hastalıkla baş edebilmesini içermelidir (DeMartinis, 2001). Hipertansiyonun teşhis edilmesi ya da olumsuz şekilde ilerleyişi bireyleri sağlıklı yaşam için sağlık eğitimine istekli hale getirebilir. Davranış değiştirerek yaşam biçiminde belirgin değişiklikler yapmayı hiç düşünmemiş bireyler, hastalığın gelecekte ortaya çıkabilecek olumsuz etkilerine dikkat çekilerek yönlendirilebilirler (Bengtson and Drevenhorn, 2003). Hasta eğitiminde ve diğer hastalıklarla bireysel olarak başa çıkmada sağlık personelinin tamamlayıcı rolü vardır (Burnier, 2006). Hemşireler, eczacılar, halk sağlığı çalışanları, sağlık eğitmenleri, egzersiz fizyologları gibi tıp doktoru olmayan sağlık mensupları özellikle komplike olmamış hipertansif hastaların bakımında önemli ve etkin bir rol oynarlar (Miller and Hill, 2004).

Birçok sağlığı geliştirme modeli ve sağlığı geliştirme ile ilgili uygulamalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında bireylere sorumluluk yüklenmekte ve sağlığı geliştirme için bireylerin eğitimi önemsenmektedir. Yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından hipertansif bireylere verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilaca uyumu artırmaya yönelik eğitim sonrasında bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu yönde değişikliklerin olduğu ve hastaların tamamının ilaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullandıkları bildirilmiştir (Irmak ve ark., 2007).

4.10. Hipertansiyonlu bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesinde Hemşirenin Rolü

Hemşirelik sağlık bakımı uygulamalarında sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesinde bütüncül yaklaşımlarıyla övünç duyan bir sağlık disiplindir. (Alpar ŞE ve ark., 2008). Sağlığın geliştirilmesi ve hastanın sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesini ve yönlendirilmesini sağlayacak grup, sağlık kurumlarında

profesyonelce bakım veren hemşirelerdir (Özbaşaran ve ark., 2004; Whitehead, 2005). Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri gruba etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı sağlığı geliştirme aktivitelerinde hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Ayaz ve ark., 2005). Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalık durumunun iyileştirilmesinde hemşirenin eğitimci rolü WHO, ISH ve tüm hemşirelik kuruluşları tarafından vurgulanmaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi uzun süreli destek ve danışmanlığı gerektirir, davranışsal değişikliklerin yaşama geçirilerek kalıcı olabilmesi için uzun süreye ihtiyaç vardır. Bu nedenle hipertansiyonlu hastalara hemşireler tarafından verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde süreklilik sağlanmalıdır (Durna ve Yürügen, 1990).

Bireylerin sağlıklarının korunmasında, hastalık halinde en kısa zamanda sağlığına kavuşturulmasında önemli sorumluluklar alan hemşirelerin kan basıncı kontrolü ile ilgili rolleri sadece kan basıncının ölçülmesi ile sınırlı kalmamalıdır. Hemşireye, sahada bilinmeyen hipertansiyon olgularının teşhisinde, izlenmesinde ve tedavisinde önemli sorumluluklar düşmektedir

Hemşireler hipertansiyonun olası sonuçları ve hastalığın altında yatan psikolojik olayları anlayabilen sağlık bakım profesyonelleridir (Casey, 2004). Hemşire eğitimciler hasta ile sık aralıklarla görüşerek iletişimi kuvvetlendirebilir, eğitimlerinde kan basıncı kontrolünü etkileyen, değiştirilebilen alışkanlıkların önemini öğretebilir ve hastaların ilaçların yan etkilerini anlaması/başa çıkmasına yardım edebilir. Hemşireler hastanın kan basıncını düzenli aralıklarla izler ve bu izlemler hastanın ilaca uyumunu artırmada ve kan basıncını kontrol altında sürdürmesinde hemşireye yardımcı olur (Graves, 2000).

Hipertansiyonlu hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaya yönelik özel eğitim alan hemşirelerin, hipertansiyonlu hastalara verdikleri eğitim sonrasında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulayan hasta sayısının arttığı bildirilmiştir (Drevenhorn et al., 2007).

Hemşirelerin hipertansif hastalarla yaptıkları hipertansiyonla ilişkili risk faktörleri azaltmak ve tedaviye uyumu artırmaya yönelik görüşmeler sonrasında,

hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla yaptıkları ve tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir (Aminoff and Kjellgren, 2001)

4.11. Hipertansiyonlu Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İlişkisi

Dünya Sağlık Örgütü bireylerin sağlık kalitelerinin %60'ının onların davranış ve yaşam stillerinden kaynaklandığını işaret etmektedir (WHO, 2004). Çalışmalarda sağlığı geliştirme davranışlarının uygulanmasının hastalıkların meydana gelme sıklığını ve ölüm oranını düşürdüğünü göstermiştir. Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (Sanci et al., 2000; Wainwright et al., 2000). Kronik hastalıklar ve tedavisi, bireyin yaşam tarzında değişikliklere neden olduğu için bireyin yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir.

Hipertansiyonlu bireylerde bu durum daha da önemlidir. Çünkü hipertansiyon özellikle yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi edilen bir hastalıktır. Bireyin sağlığını olumlu etkileyen davranışlarda bulunması dolayısıyla da yaşam kalitesini etkileyecektir. Yani bir anlamda hipertansiyonlu bireylerin artan sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam kalitelerini de yükseltecektir.

5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Araştırma, hipertansiyonlu hastaların algıladıkları yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, İstanbul ilinde bulunan özel bir Vakıf polikliniğinde Kasım 2012 – Kasım 2013 tarihleri arasında yapıldı.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini özel bir Vakıf polikliniğine son bir yıl içinde Holter ünitesine başvuran 1104 hipertansiyon hastası oluşturdu. Örneklemin ise evren içinden örneklem kriterlerine uygun sistemik örnekleme yönteminden kura yöntemi ile seçilmiş, gönüllü 138 hipertansiyon hastası alındı. Örneklem büyüklüğünün güvenilirliği %95 güven aralığında olduğu belirlendi.

Örneklem seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alındı:

- 20-60 yaş arasında olma,
- Hipertansiyon tanısı konulmuş olma,
- Okuduğunu ya da dinlediğini anlamasıyla ilgili problemi olmama,
- Çalışmaya katılması konusunda gönüllü olma.

Örneklem Seçme:

Holter ünitesine başvuran 1104 hipertansiyon hastasından, örneklem kriterlerine uygun sistemik örnekleme yönteminden kura yöntemi ile 138 hipertansiyon hastası seçildi.

$N/n: k$ ya da $N/n:d$

N: Evrendeki eleman sayısı

n: Örneklem sayısı

k/d: Örneklem aralığı

N: 1104

n:138

$1104/138=8$

Buna göre her sekiz hasta dosyasından birisi örnekleme alındı. Başlangıç sayısı rastgele sayılar tablosundan seçilen sayı dördtür. Böylece örnekleme çıkan dosya numaraları: 4, 12, 20, 36, 44,, 1100. Dosyaları örnekleme alındı ve Ritm holter bölümündeki hasta dosyasından 74, Tansiyon holter bölümündeki hasta dosyasından 64 hasta olmak üzere toplam 138 hasta seçildi.

5.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada bilgi formu, algılanan yaşam kalitesini ölçmek amacıyla Kısa Form 36(SF-36) yaşam kalitesi ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği olmak üzere üç araç kullanıldı.

5.4.1. Bilgi Formu (EK 2)

Bilgi formu, iki bölüm olmak üzere sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa ilişkin risk faktör değişkenlerini sorgulayan bir ankettir. Sosyo-demografik bölümü sekiz sorudan oluşmakta, hastalığa ilişkin risk faktör değişkenleri ile ilgili bölüm ise 17 sorudan meydana geldi.

Sosyo-Demografik Bölümü; Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, sağlık güvencesinin varlığı, sağlık güvencesi biçimi,

Hastalığa İlişkin Risk Faktör Değişkenleri ile ilgili Bölüm ise; Hipertansiyonun tanısının konulduğu süre, kan basıncının yükseldiği zaman oluşan belirti, beden kitle indeksi, sigara kullanımı, günde içilen sigara sayısı, alkol kullanımı, alkol kullanma sıklığı, kafein kullanımı, kronik başka bir hastalığın olma durumu, diğer hastalıklar, ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı, hipertansiyon ilacı kullanımı, hipertansiyonun tıbbi tedavisi dışında başka yöntemlere başvurma durumu, hipertansiyon tıbbi tedavisi dışında başvurduğu başka yöntemler, hipertansiyon için özel diyet kullanımı, egzersiz yapma durumu, yoğun stres yaşama durumu ile ilgili sorulardan oluştu.

5.4.2. Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Form 36 (Short Form 36 – SF 36) (EK 3)

SF-36 genel sağlık ölçekleri içerisinde en yaygın kullanılanıdır. Genel amaçlı (jenerik) ve geniş açılı ölçüm sağlayan, ilk kez 1988’de Ware tarafından geliştirilmiş, ardından 1990’da “standart” formu oluşturulmuş bir ölçektir (Çıtıl, 2009). Bu ölçek, belli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın sağlığın fiziksel, sosyal ve ruhsal bileşenlerine ağırlık vererek yaşam kalitesini değerlendirir (Whang ve Shen 2003)

SF-36’nın Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerlilik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları(1999) tarafından yapılmıştır . Güvenirlilik için ölçeğin iç tutarlılığı incelenmiş her bir alt ölçek için Cronbach alfa kat sayıları 0,73–0,76 arasında bulunmuştur.

SF-36 yaşam kalitesi ölçeği kendini değerlendirme ölçeği olup; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol sınırlamaları, duygusal rol sınırlamaları, bedensel ağrı, sosyal fonksiyonellik, genel ruh sağlığı, enerji/canlılık ve genel sağlık olmak üzere sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin sekiz boyutunun ölçümünü sağlayan 36 sorudan oluşmaktadır.

Ölçek yalnızca tek bir toplam puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçek puanları 0 ile 100 puan arasında değişmektedir, yüksek puanlar sağlıktaki daha iyi bir düzeyi işaret ederken, düşük puanlar sağlıktaki bozulmayı göstermektedir. SF-36 yaşam kalitesi alt boyutları ve puanlama Tablo 5.1 ve Tablo 5.2’ de verilmiştir.

Tablo 5.1. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarındaki Sorular ve Puanlama

	Alt Boyutlar	Soru Sayısı	Düşük Puan	Yüksek Puan
1	Fiziksel Fonksiyonellik	10	Yıkama ve giyinme dahil Tüm fiziksel etkinlikleri yerine getirmede kısıtlılık	En zor olanlar dahil tüm fiziksel etkinlikleri, sağlıkla ilgili bir kısıtlama olmaksızın yerine getirebilme
2	Fiziksel Rol Sınırlamaları	4	Fiziksel sağlığın bozulması nedeniyle iste ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Fiziksel sağlık nedeni ile iste ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
3	Bedensel Ağrı	2	Aşırı şiddetli ve kısıtlayıcı ağrı	Ağrı olmaması ya da ağrıya Bağlı kısıtlılık olmaması
4	Genel Sağlık	5	Sağlığın kötü olduğuna ve giderek kötüleşeceğine inanma	Sağlığın mükemmel olduğuna inanma
5	Enerji/Canlılık	4	Sürekli yorgun ve bitkin Hissetme	Sürekli canlı ve enerjik hissetme
6	Sosyal Fonksiyonellik	2	Fiziksel ve duygusal sorunlar nedeniyle normal sosyal etkinliklerde aşırı ve sık kesinti olması	Normal sosyal etkinliklerin fiziksel ya da duygusal sorunlar nedeniyle kesintiyuğramaksızın yürütülmesi
7	Duygusal Rol Sınırlamaları	3	Duygusal sorunlar nedeniyle işte ya da diğer günlük etkinliklerde sorunlar	Duygusal sorunlar nedeniyle iste ya da diğer günlük etkinliklerde sorun olmaması
8	Genel Ruh Sağlığı	5	Sürekli sinirlilik ya da depresyon duyguları	Sürekli sakin, mutlu ve rahat Hissetme

Tablo 5.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları ve Olası Puanlar

Alt Boyutlar	Soruların anketteki numaraları	Beklenen olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham puan aralığı
Fiziksel Fonksiyonellik	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20
Fiziksel Rol Sınırlamaları	4a+4b+4c+4d	0-4	4
Bedensel Ağrı	7+8	2-12	10
Genel Sağlık	1+11a+11b+11c+11d	5-25	20
Enerji / Canlılık	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Sosyal Fonksiyonellik	6+10	2-10	8
Duygusal Rol Sınırlamaları	5a+5b+5c	0-3	3
Genel Ruh sağlığı	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25

5.4.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Life-Style Profile) (EK 4)

Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilmiş olan ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçer. Pender (1987) tarafından geliştirilen “Sağlığı Geliştirme Modelini” test etmek için geliştirilmiştir. Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış ve çok sayıda çalışmada kullanılmış bir ölçektir (Hui 2002, Walker ve ark 1990, Bond 2002). Bu ölçeğin ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Esin (1997) tarafından yapılmış ve Ölçeğin cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.79–0.94 arasında değişmektedir.

Ölçek toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi olmak üzere altı alt grubu vardır. Her bir alt grubun puanı bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir.

- Kendini gerçekleştirme alt grubu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini gerçekleştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.
- Sağlık sorumluluğu alt grubu; Bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.
- Egzersiz alt grubu; sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.
- Beslenme alt grubu; bireyin öğünlerini seçme, düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.
- Kişilerarası destek; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.
- Stres yönetimi; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumlu ifadeler şeklinde olup ters yönde madde bulunmamaktadır. Seçenekler dörtlü likert tipi şeklindedir. “Hiçbir zaman” yanıtı için “1”, “Bazen” yanıtı için “2”, “Sık sık” yanıtı için “3”, “Düzenli” olarak yanıtı için “4” puan verilir. Ölçekte toplamda en düşük 48 puan, en yüksek 192 puan alınabilmektedir. Ölçeğin alt grupları farklı madde sayısından ve puan aralığından oluşmuştur.

Alt grupların madde sayıları ve puanları tablo 5.3’te gösterilmiştir. Ölçeğin tamamı ve alt gruplarından alınan yüksek puan olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak yorumlanmaktadır.

Tablo 5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Madde Sayısı ve Puan Aralıkları

Alt Ölçekler	Soru Sayısı	Puan aralığı
Kendini Gerçekleştirme	13	13-52
Sağlık Sorumluluğu	10	10- 40
Egzersiz	5	5- 20
Beslenme	6	6- 24
Kişiler arası Destek	7	7- 28
Stres yönetimi	7	7- 28
Toplam	48	48- 192

Araştırmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları cronbach’s Alpha puanı $\alpha=0,92$ olarak yüksek derecede güvenilir bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlikleri incelendiğinde ise Kendini gerçekleştirme alt boyutunun güvenilirliği $\alpha=0,83$; Sağlık Sorumluluğu alt boyutunun güvenilirliği $\alpha=0,75$; egzersiz alt boyutunun güvenilirliği $\alpha=0,73$; Beslenme alt boyutunun güvenilirliği $\alpha=0,70$; Kişilerarası Destek alt boyutunun güvenilirliği $\alpha=0,75$ ve Stres Yönetimi alt boyutunun güvenilirliği $\alpha=0,76$ olarak bulundu.

5.5. Veri Toplama:

Çalışmanın yürütüldüğü kurumdan izin alındıktan sonra bilgi formu ve ölçekler örneklem çalışması için belirlenen hastalara uygulandı.

5.6. İstatiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesi istatik uzmanı tarafından bilgisayar ortamında yapıldı. Elde edilen bulguların istatikselsel analiz için SPSS for Windows 21.0 programı kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatikselsel metotlardan sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Verilerin normal dağılımının uygunluğunu değerlendirmek için One-Sample Kolmogorov-Smirnov testi yapıldı. Verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Man Whitney-U testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplararası karşılaştırmalarında Kruskal Whallis-H testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Man Whitney-u testi kullanıldı. İki ölçek arasındaki ilişki için Spearman korelasyon analizi kullanıldı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

5.7. Etik Yön

Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumdan gerekli izin(EK 5) alındı. Araştırma süresince hastalara araştırmanın amacı ve bilgilerin araştırmacı tarafından saklı tutulacağı açıklanarak ve hastalardan yazılı onam (EK 1) alınarak çalışmaya gönüllü olarak katılmaları sağlandı.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları, çalışmanın yürütüldüğü İstanbul ilinde Avrupa yakasındaki özel bir vakıf polikliniğine başvuran hastaların verdiği yanıtlar ile sınırlıdır.

6. BULGULAR

Ocak 2013- Kasım 2013 tarihleri arasında İstanbul'da Avrupa yakasında bulunan özel bir vakıf polikliniğine başvuran hipertansiyonlu hastalardan elde edilen bulgular beş bölümde sunuldu.

- ✓ Hastaların demografik özelliklerine yönelik bulgular
- ✓ Hastaların hipertansiyona ilişkin risk faktörlerine yönelik bulgular
- ✓ Yaşam kalitesi ölçeğine yönelik bulgular
- ✓ Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğine yönelik bulgular
- ✓ Ölçeklerin birbirleriyle olan ilişkilerine yönelik bulgular

6.1. Hastaların Demografik Özelliklerine Yönelik Bulgular:

Tablo 6.1. Hastaların Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular (N:138)

Demografik Özellikler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	78	56,5
	Erkek	60	43,5
Yaş	30-39 Yaş	14	10,1
	40-49 Yaş	25	18,1
	50-60 Yaş	99	71,7
Medeni Durumu	Evli	114	82,6
	Bekar	13	9,4
	Diğer	11	8,0
Eğitim Durumu	İlkokul	28	20,3
	Ortaokul	22	15,9
	Lise	43	31,2
	Üniversite ve üstü	45	32,6
Gelir Durumu	Asgari	12	8,7
	1000-1500	38	27,5
	1501-2500	50	36,2
	2501 ve üzeri	38	27,5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	35,5
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	8,7
	Emekli	55	39,9
	Çalışmıyor (Ev Hanımı, öğrenci gibi)	22	15,9

Tablo 6.1’de hipertansiyonlu hastaların demografik özellikleri incelendiğinde; % 56,5’inin (n:78) kadın, % 71,7’sinin (n:99) 50-60 yaş arasında, % 82,6’sının (n:114) evli, % 32,6’sının (n:45) üniversite ve üstü mezunu olduğu, % 36,2’sinin (n:50) 1501-2500 TL arasında gelir durumu olduğu, % 39,9’unun (n:55) emekli olduğu belirlendi.

6.2. Hastaların Hipertansiyona İlişkin Risk Faktörlerine Yönelik Bulgular:

Tablo 6.2. Hastaların Hipertansiyona ilişkin Risk Faktörlerine Yönelik Bulgular

Risk Faktörleri	Gruplar	n	%
Hipertansiyon Tanısının Konulduğu Süre	1 Yıl ve Daha Az	32	23,2
	2-4 Yıl	52	37,7
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	39,1
Beden Kitle İndeksi	Normal	41	29,7
	Hafif Şişman	59	42,8
	Orta Derecede Şişman	23	16,7
	Ağır ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	10,9
Sigara Kullanımı	Kullanıyor	35	25,4
	Kullanmıyor	76	55,1
	Bıraktı	27	19,6
Alkol Kullanımı	Kullanıyor	37	26,8
	Kullanmıyor	101	73,2
Kronik Başka Bir Hastalığın Olma Durumu	Var	91	65,9
	Yok	47	34,1
Ailede Hipertansiyon Öyküsünün Varlığı	Var	99	71,7
	Yok	39	28,3
Hipertansiyon İlacı Kullanımı	Kullanıyor	112	81,2
	Kullanmıyor	26	18,8
Hipertansiyon İçin Özel Bir Diyet Kullanımı	Kullanıyor	51	37,0
	Kullanmıyor	87	63,0
Egzersiz Yapma Durumu	Düzenli Yapar	27	19,6
	Arasıra	70	50,7
	Yapmaz	41	29,7
Yoğun Stres Yaşama Durumu	Evet	49	35,5
	Hayır	18	13,0
	Bazen	71	51,4

Hastaların hipertansiyona ilişkin risk faktörlerine yönelik özellikler yönünden; % 39,1'inin (n:54) 5 yıl ve daha fazla sürede hipertansiyon tanısının konulduğu, % 42,8'inin (n:59) hafif şişman, %55,1'inin (n:76) sigara kullanmadığı, %73,2'sinin (n:101) alkol kullanmadığı, %65,9'unun (n:91) kronik başka bir hastalığının olduğu, %71,7'sinin (n:99) ailesinde hipertansiyon öyküsünün olduğu, %81,2'sinin (n:112) hipertansiyon ilacını kullandıklarını, %63'ünün (n:87) hipertansiyon için özel bir diyet yapmadıkları, %50,7'sinin (n: 70) arasıra egzersiz yaptıkları, % 51,4'ünün (n:71) bazen yoğun stres yaşadıkları görüldü (Tablo 6.2.).

6.3. Yaşam Kalitesi Ölçeğine Yönelik Bulgular:

Tablo 6.3.1. Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Ort	Ss	Min.	Max.
Fiziksel Fonksiyonellik	67,35	22,47	15	100
Fiziksel Rol	59,78	42,55	0	100
Bedensel Ağrı	56,38	17,64	0	90
Genel Sağlık	51,10	19,67	5	92
Canlılık	49,13	17,23	0	100
Sosyal Fonksiyonellik	66,66	23,26	0	100
Duygusal Rol	64,01	40,68	0	100
Ruh Sağlığı	55,94	13,21	20	96

* Ölçek ve Alt boyutlardan min:0 max:100 puan olarak alınmaktadır.

Tablo 6.3.1 incelendiğinde Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt boyut ortalama puanları, “fiziksel fonksiyonellik” alt boyut puan ortalaması için $67,35 \pm 22,47$; “fiziksel rol” alt boyutu puan ortalaması için $59,78 \pm 42,55$; “bedensel ağrı” alt boyut puan ortalaması için $56,38 \pm 17,64$; “genel sağlık” alt boyut puan ortalaması için $51,10 \pm 19,67$; “canlılık” alt boyut puan ortalaması için $49,13 \pm 17,23$; “sosyal fonksiyonellik” alt boyut puan ortalaması için $66,66 \pm 23,26$; “duygusal rol” alt boyut puan ortalaması için $64,01 \pm 40,68$; “ruh sağlığı” alt boyut puan ortalaması için $55,94 \pm 13,21$ bulundu.

Tablo 6.3.2. Hastaların Cinsiyetine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort	Ss	MW *	P
Fiziksel Fonksiyonellik	Kadın	78	62,62	22,94	1 663,000	0,004
	Erkek	60	73,50	20,44		
Fiziksel Rol	Kadın	78	55,12	41,16	2 018,500	0,139
	Erkek	60	65,83	43,90		
Bedensel Ağrı	Kadın	78	53,14	15,61	1 652,000	0,003
	Erkek	60	60,60	19,30		
Genel Sağlık	Kadın	78	50,71	19,25	2 259,500	0,729
	Erkek	60	51,61	20,36		
Canlılık	Kadın	78	49,42	16,63	2 193,500	0,525
	Erkek	60	48,75	18,12		
Sosyal Fonksiyonellik	Kadın	78	65,70	23,70	2 208,500	0,566
	Erkek	60	67,91	22,82		
Duygusal Rol	Kadın	78	58,97	40,53	1 951,000	0,073
	Erkek	60	70,55	40,28		
Ruh Sağlığı	Kadın	78	56,87	13,11	2 102,000	0,302
	Erkek	60	54,73	13,36		

*Mann Whitney-U testi

Hastaların fiziksel fonksiyonellik ve bedensel ağrı alt boyut puan ortalamalarının cinsiyet değişkeni açısından anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p<0,05$). Her iki alt boyutunda erkek hastaların puan ortalamalarının, kadın hastalara göre daha yüksek olduğu görüldü. (Tablo 6.3.2.)

Tablo 6.3.3. Hastaların Yaş Grubuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Yaş	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Fiziksel Fonksiyonellik	30-39 Yaş	14	72,14	23,09	6,622	0,036	2 > 3
	40-49 Yaş	25	74,80	23,34			
	50-60 Yaş	99	64,79	21,86			
Fiziksel Rol	30-39 Yaş	14	57,14	46,43	0,815	0,665	
	40-49 Yaş	25	66,00	41,38			
	50-60 Yaş	99	58,58	42,58			
Bedensel Ağrı	30-39 Yaş	14	54,28	17,43	0,272	0,873	
	40-49 Yaş	25	55,96	17,19			
	50-60 Yaş	99	56,78	17,93			
Genel Sağlık	30-39 Yaş	14	48,57	23,76	2,034	0,362	
	40-49 Yaş	25	56,64	18,38			
	50-60 Yaş	99	50,07	19,33			
Canlılık	30-39 Yaş	14	44,64	15,62	2,233	0,327	
	40-49 Yaş	25	51,60	11,24			
	50-60 Yaş	99	49,14	18,64			
Sosyal Fonksiyonellik	30-39 Yaş	14	61,60	25,22	2,268	0,322	
	40-49 Yaş	25	72,00	23,46			
	50-60 Yaş	99	66,03	22,94			
Duygusal Rol	30-39 Yaş	14	54,76	42,58	0,930	0,628	
	40-49 Yaş	25	66,66	39,67			
	50-60 Yaş	99	64,64	40,91			
Ruh Sağlığı	30-39 Yaş	14	49,71	10,49	5,523	0,063	
	40-49 Yaş	25	58,72	8,06			
	50-60 Yaş	99	56,12	14,35			

**Kruskal Wallis H-Testi, *Mann Whitney U testi: 1= 30-39 yaş, 2=40-49 yaş, 3=50-60 yaş

Hastaların fiziksel fonksiyonellik alt boyut puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından aralarında anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p < 0,05$).

Yapılan ileri analizde, fiziksel fonksiyonellik alt boyutta 40-49 yaş grubunda olan hastaların puan ortalamaları ($74,80 \pm 23,34$), 50-60 yaş grubundaki hastaların puan ortalamalarından ($64,79 \pm 21,86$) anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.3.3.).

Tablo 6.3.4. Hastaların Medeni Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Fiziksel Fonksiyonellik	Evli	114	67,01	22,73	4,408	0,110	
	Bekar	13	76,15	20,53			
	Diğer	11	60,45	20,54			
Fiziksel Rol	Evli	114	60,08	43,07	1,952	0,377	
	Bekar	13	69,21	38,39			
	Diğer	11	45,45	41,56			
Bedensel Ağrı	Evli	114	55,58	17,74	2,570	0,277	
	Bekar	13	63,69	18,62			
	Diğer	11	56,00	14,67			
Genel Sağlık	Evli	114	49,89	20,08	5,552	0,062	
	Bekar	13	63,15	17,67			
	Diğer	11	49,45	12,82			
Canlılık	Evli	114	48,15	17,36	6,152	0,046	2 > 1 2 > 3
	Bekar	13	60,38	18,42			
	Diğer	11	45,90	8,312			
Sosyal Fonksiyonellik	Evli	114	66,55	21,77	7,612	0,022	2 > 1 2 > 3
	Bekar	13	76,92	34,17			
	Diğer	11	55,68	19,65			
Duygusal Rol	Evli	114	63,45	42,06	3,480	0,175	
	Bekar	13	79,48	28,99			
	Diğer	11	51,51	34,52			
Ruh Sağlığı	Evli	114	55,40	12,28	1,119	0,571	
	Bekar	13	61,23	19,62			
	Diğer	11	55,27	13,60			

**Kruskal Wallis H-Testi, *Mann Whitney U testi: 1= Evli, 2=Bekar, 3=Diğer

Hastaların canlılık ve sosyal fonksiyonellik alt boyut puan ortalamalarının medeni durumu değişkeni açısından anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p < 0,05$).

Yapılan ileri analizde her iki alt boyutunda bekar olan hastaların puan ortalamalarının, evli ve medeni durumu diğer olan hastalara göre daha yüksek puan aldığı görüldü (Tablo 6.3.4.).

Tablo 6.3.5. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları(N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Fiziksel fonksiyonellik	İlkokul	28	61,96	23,81	9,556	0,023	4 > 1 4 > 2 4 > 3
	Ortaokul	22	62,95	21,19			
	Lise	43	64,18	23,67			
	Üniversite ve üstü	45	75,88	19,04			
Fiziksel rol	İlkokul	28	46,42	42,33	9,975	0,019	4 > 1 4 > 2
	Ortaokul	22	45,45	42,00			
	Lise	43	62,20	43,08			
	Üniversite ve üstü	45	72,77	39,10			
Bedensel ağrı	İlkokul	28	51,53	23,86	8,738	0,033	4 > 1 4 > 2 4 > 3
	Ortaokul	22	54,00	17,26			
	Lise	43	54,76	14,26			
	Üniversite ve üstü	45	62,11	15,16			
Genel sağlık	İlkokul	28	43,03	20,32	12,159	0,007	4 > 1 4 > 2
	Ortaokul	22	45,40	20,47			
	Lise	43	51,83	19,92			
	Üniversite ve üstü	45	58,222	16,214			
Canlılık	İlkokul	28	48,03	25,97	6,169	0,104	
	Ortaokul	22	42,72	11,92			
	Lise	43	51,27	14,92			
	Üniversite ve üstü	45	50,889	14,194			
Sosyal fonksiyonellik	İlkokul	28	56,25	30,52	5,275	0,153	
	Ortaokul	22	64,77	19,53			
	Lise	43	70,34	19,86			
	Üniversite ve üstü	45	70,556	21,346			
Duygusal rol	İlkokul	28	53,57	40,91	10,909	0,012	4 > 1 4 > 2 4 > 3
	Ortaokul	22	51,51	43,31			
	Lise	43	61,24	41,74			
	Üniversite ve üstü	45	79,259	34,296			
Ruh sağlığı	İlkokul	28	53,71	18,48	3,748	0,290	
	Ortaokul	22	52,54	11,59			
	Lise	43	56,18	11,17			
	Üniversite ve üstü	45	58,756	11,562			

**Kruskal Wallis H-Testi, * Mann Whitney U testi, Grup: 1=ilkokul, 2=Ortaokul, 3=Lise, 4=Üniversite ve üstü

Hastaların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, duygusal rol alt boyut puan ortalamalarının eğitim durumuna göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulundu ($p < 0.05$).

Yapılan ileri analizde; Fiziksel Fonksiyonellik, bedensel ağrı ve duygusal rol alt boyutlarında üniversite ve üstü mezunu olan hastaların puan ortalamaları ilkokul,

ortaokul ve lise mezunu olan hastaların puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı görüldü.

Fiziksel rol ve genel sağlık alt boyutlarında üniversite ve üstü mezunu olan hastaların puan ortalamaları, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastaların puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 6.3.5.).

Tablo 6.3.6. Hastaların Gelir Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Gelir Durumu	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Fiziksel Fonksiyonellik	Asgari	12	52,50	19,24	10,909	0,012	3 > 1 4 > 1 4 > 2
	1000-1500	38	62,50	23,61			
	1501-2500	50	70,50	21,48			
	2501 ve üzeri	38	72,76	21,26			
Fiziksel Rol	Asgari	12	35,41	39,10	7,897	0,048	3 > 1
	1000-1500	38	53,29	41,17			
	1501-2500	50	69,00	40,58			
	2501 ve üzeri	38	61,84	44,92			
Bedensel Ağrı	Asgari	12	50,91	14,96	4,869	0,182	
	1000-1500	38	53,97	20,91			
	1501-2500	50	56,38	14,78			
	2501 ve üzeri	38	60,52	18,06			
Genel Sağlık	Asgari	12	51,91	19,06	6,392	0,094	
	1000-1500	38	44,00	21,35			
	1501-2500	50	55,06	19,47			
	2501 ve üzeri	38	52,76	17,06			
Canlılık	Asgari	12	52,08	23,00	0,785	0,853	
	1000-1500	38	47,76	22,20			
	1501-2500	50	47,90	11,16			
	2501 ve üzeri	38	51,18	16,54			
Sosyal Fonksiyonellik	Asgari	12	59,37	36,97	1,486	0,685	
	1000-1500	38	63,81	20,09			
	1501-2500	50	69,75	20,99			
	2501 ve üzeri	38	67,76	23,90			
Duygusal Rol	Asgari	12	41,66	37,93	5,925	0,115	
	1000-1500	38	60,52	40,90			
	1501-2500	50	68,66	38,92			
	2501 ve üzeri	38	68,42	42,41			
Ruh Sağlığı	Asgari	12	58,33	19,55	0,508	0,917	
	1000-1500	38	55,15	15,28			
	1501-2500	50	54,96	7,99			
	2501 ve üzeri	38	57,26	14,47			

**Kruskal Wallis H-Testi, * Mann Whitney U testi:1=Asgari, 2=1000-1500, 3=1501-2500, 4=2500 ve üzeri

Hastaların gelir durumuna göre yaşam kalitesi alt boyutların puan ortalamaları incelendiğinde; fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol alt boyut puan ortalamaları anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Yapılan ileri analizde; Fiziksel fonksiyonellik ve fiziksel rol alt boyutlarında gelir durumu 1501-2500 TL olan hastaların puanları, gelir durumu asgari olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı görüldü.

Fiziksel fonksiyonellik boyutunda gelir durumu 2500 ve üzeri olan hastaların puan ortalamaları, asgari ve gelir durumu 1000-1500 TL olan hastaların puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 6.3.6).

Tablo 6.3.7. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Çalışma Durumu	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Fiziksel Fonksiyonellik	Çalışıyor	49	76,73	18,69	15,366	0,002	1 > 2
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	55,00	26,1			1 > 3
	Emekli	55	62,72	23,27			1 > 4
	Çalışmıyor (Ev Hanımı, öğrenci gibi)	22	64,77	19,78			
Fiziksel Rol	Çalışıyor	49	68,87	40,02	9,146	0,027	1 > 2
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	31,25	37,11			3 > 2
	Emekli	55	56,36	43,62			4 > 2
	Çalışmıyor (Ev Hanımı, öğrenci gibi)	22	63,63	42,76			
Bedensel Ağrı	Çalışıyor	49	61,77	16,51	12,856	0,005	1 > 2
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	43,75	17,48			1 > 3
	Emekli	55	55,43	17,84			1 > 4
	Çalışmıyor (Ev Hanımı, öğrenci gibi)	22	53,63	16,12			
Genel Sağlık	Çalışıyor	49	57,28	19,39	12,811	0,005	1 > 2
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	39,50	16,77			1 > 3
	Emekli	55	46,60	20,18			4 > 2
	Çalışmıyor (Ev Hanımı, öğrenci gibi)	22	54,95	15,37			
Canlılık	Çalışıyor	49	52,24	16,45	2,413	0,491	
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	46,25	17,85			
	Emekli	55	47,81	19,80			
	Çalışmıyor (Ev Hanımı, öğrenci gibi)	22	47,04	10,31			
Sosyal Fonksiyonellik	Çalışıyor	49	68,36	22,97	8,377	0,039	4 > 2
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	53,12	26,18			4 > 3
	Emekli	55	64,31	23,98			
	Çalışmıyor (Ev Hanımı, öğrenci gibi)	22	76,13	16,32			
Duygusal Rol	Çalışıyor	49	75,51	37,74	11,057	0,011	1 > 2
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	38,88	37,15			1 > 3
	Emekli	55	58,78	41,05			4 > 2
	Çalışmıyor (Ev Hanımı, öğrenci gibi)	22	65,15	41,75			
Ruh Sağlığı	Çalışıyor	49	57,06	13,70	1,269	0,737	
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	52,33	15,10			
	Emekli	55	56,00	14,00			
	Çalışmıyor (Ev Hanımı, öğrenci gibi)	22	55,27	8,69			

**Kruskal Wallis H-Testi, * Mann Whitney U testi: 1=Çalışıyor 2=Başka nedenlerle çalışmıyor, 3=Emekli, 4=Çalışmıyor

Hastaların canlılık ve ruh sağlığı alt boyutları hariç diğer tım alt boyut puan ortalamalarının çalışma durumuna göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü (p<0.05).

Yapılan ileri analizde; fiziksel fonksiyonellik ve bedensel ağrı boyutlarında çalışan hastaların puanları, diğer çalışma grubundaki hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı görüldü.

Fiziksel rol alt boyutunda çalışan, emekli ve çalışmayan hastaların puanları, başka nedenlerle çalışmayan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı görüldü.

Genel sağlık ve duygusal rol alt boyutlarında çalışan hastaların puanları, başka nedenlerle çalışmayan ve emekli olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü. Yine bu alt boyutunda çalışmayan hastaların puanları, başka nedenlerle çalışmayan hastaların puanlarına göre yüksek bulunduğu görüldü.

Sosyal fonksiyonellik alt boyutunda çalışmayan hastaların puanları, başka nedenlerle çalışmayan ve emekli olan hastaların puanlarına göre yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.3.7).

Tablo 6.3.8. Hastaların Hipertansiyon Tanısının Konulduğu Süreye Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	HT Tanısının Konulma Süresi	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Fiziksel Fonksiyonellik	1 Yıl ve Daha Az	32	77,34	21,62	10,777	0,005	1 > 2 1 > 3
	2-4 Yıl	52	66,73	19,37			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	62,03	24,11			
Fiziksel Rol	1 Yıl ve Daha Az	32	71,09	40,21	4,724	0,094	
	2-4 Yıl	52	61,05	41,24			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	51,85	44,20			
Bedensel Ağrı	1 Yıl ve Daha Az	32	61,06	14,84	3,217	0,200	
	2-4 Yıl	52	54,55	14,53			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	55,37	21,33			
Genel Sağlık	1 Yıl ve Daha Az	32	57,53	19,10	4,199	0,123	
	2-4 Yıl	52	49,55	18,03			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	48,79	21,01			
Canlılık	1 Yıl ve Daha Az	32	50,31	13,61	2,070	0,355	
	2-4 Yıl	52	46,63	13,38			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	50,83	21,84			
Sosyal Fonksiyonellik	1 Yıl ve Daha Az	32	72,65	24,88	3,120	0,210	
	2-4 Yıl	52	66,58	18,31			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	63,19	26,08			
Duyusal Rol	1 Yıl ve Daha Az	32	76,04	36,15	4,194	0,123	
	2-4 Yıl	52	63,46	39,74			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	57,40	43,15			
Ruh Sağlığı	1 Yıl ve Daha Az	32	57,62	8,61	1,853	0,396	
	2-4 Yıl	52	54,53	10,71			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	56,29	17,14			

**Kruskal Wallis H-Testi *Mann Whitney-U testi: 1= 1 yıl ve daha az, 2= 2-4 yıl,

3= 5 yıl ve daha fazla

Hastaların fiziksel fonksiyonellik alt boyut puan ortalamalarının hipertansiyon tanısının konulduğu süreye göre anlamlı derecede farklı olduğu görüldü ($p < 0.05$).

Yapılan ileri analizde fiziksel fonksiyonellik alt boyutunda hipertansiyon tanısının konulduğu süre 1 yıl ve daha az olan hastaların puanları ($77,344 \pm 21,627$), hipertansiyon tanısının konulduğu süre 2-4 yıl olan hastaların puanlarından ($66,731 \pm 19,375$) ve hipertansiyon tanısının konulduğu süre 5 yıl ve daha fazla olan hastaların puanlarından ($62,037 \pm 24,117$) anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 6.3.8.).

Tablo 6.3.9. Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Beden Kitle İndeksi	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Fiziksel Fonksiyonellik	Normal Kilolu	41	76,70	18,99	37,812	0,000	1 > 3
	Hafif Şişman	59	73,13	17,63			1 > 4
	Orta Derecede Şişman	23	56,08	19,88			2 > 3
	Ağır ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	36,33	19,13			2 > 4 3 > 4
Fiziksel Rol	Normal Kilolu	41	75,61	38,11	37,508	0,000	1 > 3
	Hafif Şişman	59	71,18	39,06			1 > 4
	Orta Derecede Şişman	23	34,78	35,14			2 > 3
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	10,00	18,42			2 > 4 3 > 4
Bedensel Ağrı	Normal Kilolu	41	59,26	15,03	19,421	0,000	1 > 3
	Hafif Şişman	59	60,23	17,94			1 > 4
	Orta Derecede Şişman	23	50,78	18,03			2 > 3
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	41,93	13,92			2 > 4
Genel Sağlık	Normal Kilolu	41	54,82	21,24	8,491	0,037	1 > 3
	Hafif Şişman	59	52,86	19,33			1 > 4
	Orta Derecede Şişman	23	45,73	14,31			
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	42,26	21,08			
Canlılık	Normal Kilolu	41	47,19	18,16	1,401	0,705	
	Hafif Şişman	59	50,67	17,43			
	Orta Derecede Şişman	23	50,21	16,47			
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	46,66	15,77			
Sosyal Fonksiyonellik	Normal Kilolu	41	69,81	25,61	4,511	0,211	
	Hafif Şişman	59	66,73	23,62			
	Orta Derecede Şişman	23	65,76	20,02			
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	59,16	19,74			
Duygusal Rol	Normal Kilolu	41	79,67	33,23	34,297	0,000	1 > 3
	Hafif Şişman	59	72,88	37,38			1 > 4
	Orta Derecede Şişman	23	44,92	39,70			2 > 3
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	15,55	24,77			2 > 4 3 > 4
Ruh Sağlığı	Normal Kilolu	41	55,12	12,97	5,363	0,147	
	Hafif Şişman	59	55,72	14,40			
	Orta Derecede Şişman	23	60,00	11,44			
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	52,80	11,13			

**Kruskal Wallis H-Testi, * Mann Whitney-U testi: 1=Normal, 2=Hafif şişman, 3=Orta derecede şişman, 4=Ağır ve Çok Ağır derecede şişman

Hastaların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, duygusal rol alt boyut puan ortalamalarının beden kitle indeksi değişkeni açısından anlamlı derecede farklı bulundu($p<0.05$).

Yapılan ileri analizde; Fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık ve duygusal rol alt boyutlarında normal kilolu olan hastaların puanları, orta derecede, ağır ve çok ağır derecede şişman olan hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek aldıkları görüldü.

Fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı ve duygusal rol alt boyutlarında hafif şişman olan hastaların puanları, orta derecede, ağır ve çok ağır derecede şişman olan hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek aldıkları görüldü.

Fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol ve duygusal rol alt boyutlarında orta derecede şişman olan hastaların puanları, ağır ve çok ağır derecede şişman olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek puan aldıkları görüldü (Tablo 6.3.9.).

Tablo 6.3.10. Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Sigara Kullanma Durumuna Göre	n	Ort	Ss	KW**	P
Fiziksel Fonksiyonellik	Kullanıyor	35	68,42	23,12	0,271	0,873
	Kullanmıyor	76	66,90	23,84		
	Bıraktı	27	67,22	17,88		
Fiziksel Rol	Kullanıyor	35	62,14	45,92	3,264	0,196
	Kullanmıyor	76	54,93	42,03		
	Bıraktı	27	70,37	38,62		
Bedensel Ağrı	Kullanıyor	35	57,82	15,71	0,189	0,910
	Kullanmıyor	76	56,05	20,10		
	Bıraktı	27	55,44	12,16		
Genel Sağlık	Kullanıyor	35	51,14	17,40	0,185	0,912
	Kullanmıyor	76	50,46	21,67		
	Bıraktı	27	52,88	16,84		
Canlılık	Kullanıyor	35	46,85	12,60	2,287	0,319
	Kullanmıyor	76	51,31	20,51		
	Bıraktı	27	45,92	10,56		
Sosyal Fonksiyonellik	Kullanıyor	35	69,64	22,74	0,610	0,737
	Kullanmıyor	76	65,46	25,56		
	Bıraktı	27	66,20	16,55		
Duygusal Rol	Kullanıyor	35	67,61	40,81	1,845	0,397
	Kullanmıyor	76	60,08	41,81		
	Bıraktı	27	70,37	37,36		
Ruh Sağlığı	Kullanıyor	35	53,25	8,73	2,655	0,265
	Kullanmıyor	76	57,15	16,27		
	Bıraktı	27	56,00	6,46		

**Kruskal Wallis H-Testi

Hastaların yaşam kalitesi ölçeğın tüm alt boyutların puan ortalamalarının sigara kullanımı değişkeni açısından incelendiğinde aralarında anlamlı fark bulunmadı($p>0.05$). (Tablo 6.3.10.)

Tablo 6.3.11. Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Alkol Kullanma Durumu	n	Ort(x)	Ss	MW*	P
Fiziksel Fonksiyonellik	Kullanıyor	37	72,97	20,56	1 513,500	0,087
	Kullanmıyor	101	65,29	22,88		
Fiziksel Rol	Kullanıyor	37	68,24	44,35	1 594,500	0,159
	Kullanmıyor	101	56,68	41,66		
Bedensel Ağrı	Kullanıyor	37	60,46	16,67	1 622,500	0,231
	Kullanmıyor	101	54,89	17,83		
Genel Sağlık	Kullanıyor	37	55,16	17,12	1 572,500	0,154
	Kullanmıyor	101	49,62	20,40		
Canlılık	Kullanıyor	37	51,75	16,25	1 644,500	0,276
	Kullanmıyor	101	48,16	17,50		
Sosyal Fonksiyonellik	Kullanıyor	37	71,62	17,34	1 596,000	0,183
	Kullanmıyor	101	64,85	24,91		
Duygusal Rol	Kullanıyor	37	75,67	39,00	1 423,500	0,022
	Kullanmıyor	101	59,73	40,63		
Ruh Sağlığı	Kullanıyor	37	56,97	12,08	1 706,500	0,431
	Kullanmıyor	101	55,56	13,64		

*Mann Whitney-U testi

Hastaların duygusal rol alt boyutu puan ortalamalarının alkol kullanımı değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede fark bulundu ($p<0,05$). Alkol kullanan hastaların duygusal rol puan ortalaması ($x=75,67$), alkol kullanmayan hastaların duygusal rol puan ortalamasından ($x: 59,73$) anlamlı derecede yüksek bulundu. (Tablo 6.3.11)

Tablo 6.3.12. Hastaların Kronik Başka Bir Hastalığın(KBBH) Olma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	KBBH Olma Durumu	n	Ort	Ss	MW*	P
Fiziksel Fonksiyonellik	Var	91	65,60	22,87	1 859,000	0,207
	Yok	47	70,74	21,51		
Fiziksel Rol	Var	91	54,39	43,55	1 714,500	0,041
	Yok	47	70,21	38,88		
Bedensel Ağrı	Var	91	54,65	18,14	1 756,000	0,082
	Yok	47	59,72	16,31		
Genel Sağlık	Var	91	48,61	20,20	1 693,500	0,045
	Yok	47	55,93	17,85		
Canlılık	Var	91	46,92	17,85	1 583,500	0,012
	Yok	47	53,40	15,25		
Sosyal Fonksiyonellik	Var	91	64,01	23,85	1 742,000	0,070
	Yok	47	71,80	21,40		
Duygusal Rol	Var	91	59,34	42,10	1 760,000	0,068
	Yok	47	73,05	36,54		
Ruh Sağlığı	Var	91	53,84	12,76	1 587,500	0,012
	Yok	47	60,00	13,26		

*Mann Whitney-U testi

Hastaların fiziksel rol, genel sağlık, canlılık, ruh sağlığı alt boyut puan ortalamalarının kronik başka bir hastalığının olma durumu değişkenine göre anlamlı farklılıklar olduğu görüldü ($p<0,05$).

Bu dört alt boyutunda kronik başka bir hastalığı olan hastaların puan ortalamalarının kronik başka bir hastalığı olmayan hastalara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü. (Tablo 6.3.12.)

Tablo 6.3.13. Hastaların Ailesinde Hipertansiyon Öyküsünün Varlığına Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Ailede Hipertansiyon Öyküsünün Varlığı	n	Ort	Ss	MW*	P
Fiziksel Fonksiyonellik	Var	99	68,38	22,48	1 712,000	0,300
	Yok	39	64,74	22,53		
Fiziksel Rol	Var	99	59,59	42,51	1 912,000	0,925
	Yok	39	60,25	43,19		
Bedensel Ağrı	Var	99	55,66	18,45	1 810,000	0,564
	Yok	39	58,20	15,47		
Genel Sağlık	Var	99	51,82	19,96	1 799,000	0,533
	Yok	39	49,28	19,05		
Canlılık	Var	99	48,83	17,43	1 869,500	0,771
	Yok	39	49,87	16,91		
Sosyal Fonksiyonellik	Var	99	65,53	23,42	1 767,500	0,434
	Yok	39	69,55	22,90		
Duygusal Rol	Var	99	63,63	40,43	1 883,500	0,812
	Yok	39	64,95	41,85		
Ruh Sağlığı	Var	99	54,90	13,28	1 752,500	0,395
	Yok	39	58,54	12,83		

*Mann Whitney-U testi

Hastaların yaşam kalitesi ölçeği tüm alt boyutların puan ortalamalarının ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı değişkenine göre incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo 6.3.13)

Tablo 6.3.14. Hastaların Hipertansiyon İlacı Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	HT ilacı Kullanma Durumu	n	Ort	Ss	MW*	P
Fiziksel Fonksiyonellik	Kullanıyor	112	64,77	22,32	900,500	0,002
	Kullanmıyor	26	78,46	19,93		
Fiziksel Rol	Kullanıyor	112	55,80	42,44	1 039,500	0,015
	Kullanmıyor	26	76,92	39,32		
Bedensel Ağrı	Kullanıyor	112	55,30	18,04	1 143,500	0,085
	Kullanmıyor	26	61,03	15,27		
Genel Sağlık	Kullanıyor	112	48,92	19,11	946,500	0,005
	Kullanmıyor	26	60,53	19,64		
Canlılık	Kullanıyor	112	49,42	17,96	1 372,000	0,644
	Kullanmıyor	26	47,88	13,86		
Sosyal Fonksiyonellik	Kullanıyor	112	64,28	22,62	962,500	0,006
	Kullanmıyor	26	76,92	23,63		
Duygusal Rol	Kullanıyor	112	60,41	41,62	1 088,500	0,032
	Kullanmıyor	26	79,48	32,76		
Ruh Sağlığı	Kullanıyor	112	56,39	13,79	1 421,000	0,847
	Kullanmıyor	26	54,00	10,38		

*Mann Whitney-U testi

Hastaların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik, duygusal rol alt boyut puan ortalamalarının hipertansiyon ilacı kullanma durumu değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p<0,05$). Bu beş alt boyutunda hipertansiyon ilacı kullanan hastaların puan ortalamalarının hipertansiyon ilacı kullanmayan hastalara göre anlamlı derecede daha düşük olduğu görüldü (Tablo 6.3.14).

Tablo 6.3.15. Hastaların Hipertansiyon İçin Özel Bir Diyet Kullanma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	HT için Özel Diyet Kullanma Durumu	n	Ort	Ss	MW*	P
Fiziksel Fonksiyonellik	Kullanıyor	51	65,88	22,81	2 096,500	0,589
	Kullanmıyor	87	68,21	22,36		
Fiziksel Rol	Kullanıyor	51	63,72	43,10	2 054,500	0,439
	Kullanmıyor	87	57,47	42,30		
Bedensel Ağrı	Kullanıyor	51	56,94	15,94	2 173,500	0,841
	Kullanmıyor	87	56,05	18,65		
Genel Sağlık	Kullanıyor	51	49,23	20,06	2 068,500	0,508
	Kullanmıyor	87	52,20	19,47		
Canlılık	Kullanıyor	51	48,52	13,68	2 154,000	0,774
	Kullanmıyor	87	49,48	19,07		
Sosyal Fonksiyonellik	Kullanıyor	51	67,89	20,50	2 150,000	0,759
	Kullanmıyor	87	65,94	24,83		
Duygusal Rol	Kullanıyor	51	70,58	39,80	1 876,500	0,105
	Kullanmıyor	87	60,15	40,93		
Ruh Sağlığı	Kullanıyor	51	55,13	11,84	2 025,500	0,390
	Kullanmıyor	87	56,41	14,00		

*Mann Whitney-U testi

Hastaların yaşam kalitesi alt boyutları puan ortalamaları hipertansiyon için özel bir diyet kullanma durumu değişkenine göre incelendiğinde aralarında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). (Tablo: 6.3.15)

Tablo 6.3.16. Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Egzersiz Yapma Durumu	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Fiziksel Fonksiyonellik	Düzenli Yapar	27	81,66	15,75	23,667	0,000	1 > 2
	Arasıra	70	68,64	21,34			1 > 3
	Yapmaz	41	55,73	22,43			2 > 3
Fiziksel Rol	Düzenli Yapar	27	80,55	34,20	12,462	0,002	1 > 2
	Arasıra	70	61,42	41,63			1 > 3
	Yapmaz	41	43,29	43,31			2 > 3
Bedensel Ağrı	Düzenli Yapar	27	59,11	14,58	7,212	0,027	1 > 3
	Arasıra	70	59,20	16,95			2 > 3
	Yapmaz	41	49,78	19,20			
Genel Sağlık	Düzenli Yapar	27	62,07	20,42	13,074	0,001	1 > 2
	Arasıra	70	49,70	18,94			1 > 3
	Yapmaz	41	46,29	18,09			
Canlılık	Düzenli Yapar	27	50,92	19,11	1,241	0,538	
	Arasıra	70	48,85	17,11			
	Yapmaz	41	48,41	16,48			
Sosyal Fonksiyonellik	Düzenli Yapar	27	74,07	27,71	5,650	0,059	
	Arasıra	70	66,25	20,99			
	Yapmaz	41	62,50	23,21			
Duygusal Rol	Düzenli Yapar	27	86,42	28,13	15,798	0,000	1 > 2
	Arasıra	70	65,23	39,08			1 > 3
	Yapmaz	41	47,15	43,44			2 > 3
Ruh Sağlığı	Düzenli Yapar	27	55,11	13,69	0,225	0,894	
	Arasıra	70	56,17	12,47			
	Yapmaz	41	56,09	14,40			

**Kruskal Wallis H-Testi *Mann Whitney-U testi : 1=düzenli yapar, 2=ara sıra, 3= yapmaz

Hastaların fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, duygusal rol alt boyutu puan ortalamalarının egzersiz yapma durumu değişkeni açısından anlamlı farklılıklar olduğu görüldü ($p < 0.05$).

Fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol ve duygusal rol alt boyutlarında düzenli egzersiz yapan hastaların puanları, ara sıra egzersiz yapan hastaların ve egzersiz yapmayan hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulundu. Yine bu üç boyutta ara sıra egzersiz yapan hastaların puanları, egzersiz yapmayan hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulundu.

Bedensel ağrı alt boyutunda düzenli egzersiz yapan hastaların ve ara sıra egzersiz yapan hastaların puanları, egzersiz yapmayan hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Genel sağlık alt boyutunda düzenli egzersiz yapan hastaların puanları, ara sıra egzersiz yapan hastaların ve egzersiz yapmayan hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulundu (Tablo 6.3.16.).

Tablo 6.3.17. Hastaların Yoğun Stres Yaşama Durumuna Göre Yaşam Kalitesi Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Yoğun Stres Yaşama Durumu	n	Ort	Ss	KW*	P
Fiziksel Fonksiyonellik	Evet	49	72,65	22,54	5,740	0,057
	Hayır	18	66,94	24,32		
	Bazen	71	63,80	21,53		
Fiziksel Rol	Evet	49	65,81	41,98	1,514	0,469
	Hayır	18	56,94	43,56		
	Bazen	71	56,33	42,82		
Bedensel Ağrı	Evet	49	58,49	17,16	2,019	0,364
	Hayır	18	56,38	26,18		
	Bazen	71	54,93	15,35		
Genel Sağlık	Evet	49	51,24	20,98	0,173	0,917
	Hayır	18	52,11	23,88		
	Bazen	71	50,76	17,79		
Canlılık	Evet	49	48,98	17,35	0,931	0,628
	Hayır	18	53,05	23,95		
	Bazen	71	48,23	15,19		
Sosyal Fonksiyonellik	Evet	49	68,11	27,72	1,110	0,574
	Hayır	18	61,80	25,89		
	Bazen	71	66,90	19,02		
Duygusal Rol	Evet	49	66,66	39,67	0,178	0,915
	Hayır	18	61,11	43,16		
	Bazen	71	62,91	41,23		
Ruh Sağlığı	Evet	49	53,71	13,29	2,767	0,251
	Hayır	18	55,33	19,31		
	Bazen	71	57,63	11,12		

*Kruskal Wallis H-Testi

Hastaların yaşam kalitesi tüm alt boyutların puan ortalamalarının yoğun stres yaşama durumu değişkeni açısından incelendiğinde aralarında anlamlı fark bulunmadı($p>0.05$). (Tablo 6.3.17.)

6.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeğine Yönelik Bulgular

Tablo 2.4.1. Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği Puan Ortalamaları(N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Ölçekten alınabilecek Min-max puanlar	Ort	Ss	Min.	Max.
Kendini Gerçekleştirme	13-52	31,14	5,85	22	45
Sağlık Sorumluluğu	10-40	22,97	4,54	16	35
Egzersiz	5-20	10,22	3,23	5	19
Beslenme	6-24	16,22	3,46	9	24
Kişilerarası Destek	7-28	17,82	3,76	10	28
Stres Yönetimi	7-28	16,12	3,11	10	26
Toplam Puan	48-192	114,51	19,02	81	171

Tablo 6.4.1’de Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, “kendini gerçekleştirme” alt boyut puan ortalamasının (31,145 ± 5,859); “sağlık sorumluluğu” alt boyut puan ortalamasının (22,971 ± 4,548); “egzersiz” alt boyut puan ortalamasının (10,225 ± 3,233); “beslenme” alt boyutu puan ortalamasının (16,225 ± 3,460); “kişilerarası destek” alt boyut puan ortalamasının (17,826 ± 3,767); “stres yönetimi” alt boyut puan ortalamasının (16,123 ± 3,119); “sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı” boyutu puan ortalamasının (114,515 ± 19,026) olduğu görüldü.

Tablo 6.4.2. Hastaların Cinsiyete Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	Cinsiyet	n	Ort	Ss	MW*	P
Kendini Gerçekleştirme	Kadın	78	31,61	6,09	2 125,500	0,356
	Erkek	60	30,53	5,52		
Sağlık Sorumluluğu	Kadın	78	23,30	4,79	2 187,500	0,511
	Erkek	60	22,53	4,20		
Egzersiz	Kadın	78	10,16	3,54	2 168,000	0,457
	Erkek	60	10,30	2,80		
Beslenme	Kadın	78	16,43	3,36	2 121,000	0,345
	Erkek	60	15,95	3,59		
Kişilerarası Destek	Kadın	78	18,24	3,66	1 988,000	0,128
	Erkek	60	17,28	3,86		
Stres Yönetimi	Kadın	78	16,29	3,47	2 232,500	0,642
	Erkek	60	15,90	2,60		
Toplam Puan	Kadın	78	116,06	20,41	2 183,000	0,500
	Erkek	60	112,50	17,00		

*Mann Whitney-U testi

Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği tüm alt boyutların puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre incelendiğinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı.($p>0,05$).(Tablo 6.4.2.)

Tablo 6.4.3. Hastaların Yaşına Göre Sağlık Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları(N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Yaş	n	Ort	Ss	KW**	P	MW*
Kendini Gerçekleştirme	30-39 Yaş	14	28,71	5,16	2,787	0,248	
	40-49 Yaş	25	31,76	6,13			
	50-60 Yaş	99	31,33	5,85			
Sağlık Sorumluluğu	30-39 Yaş	14	20,92	3,68	3,172	0,205	
	40-49 Yaş	25	23,28	5,18			
	50-60 Yaş	99	23,182	4,457			
Egzersiz	30-39 Yaş	14	9,14	2,34	1,156	0,561	
	40-49 Yaş	25	10,52	3,69			
	50-60 Yaş	99	10,303	3,215			
Beslenme	30-39 Yaş	14	14,00	3,35	8,866	0,012	2 > 1 3 > 1
	40-49 Yaş	25	17,48	3,45			
	50-60 Yaş	99	16,222	3,349			
Kişilerarası Destek	30-39 Yaş	14	16,35	2,89	3,765	0,152	
	40-49 Yaş	25	18,60	3,52			
	50-60 Yaş	99	17,838	3,901			
Stres Yönetimi	30-39 Yaş	14	14,14	1,95	7,551	0,023	2 > 1 3 > 1
	40-49 Yaş	25	16,76	3,14			
	50-60 Yaş	99	16,242	3,163			
Toplam Puan	30-39 Yaş	14	103,28	13,75	6,440	0,040	2 > 1 3 > 1
	40-49 Yaş	25	118,40	19,89			
	50-60 Yaş	99	115,121	19,021			

**Kruskal Wallis H-Testi *Mann Whitney-U testi : 1=30-39 yaş, 2=40-49 yaş, 3=50-60 yaş

Hastaların beslenme, stres yönetimi alt boyut puanları ve toplam puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından aralarında anlamlı derecede farklı bulundu($p<0,05$).

Yapılan ileri analizde; Beslenme ve stres yönetimi alt boyutu ve toplam puan ortalamalarında 40-49 yaş ile 50-60 yaş grubundaki hastaların puanları, diğer yaş grubundaki hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.4.3.)

Tablo 6.4.4. Hastaların Medeni Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Medeni Durum	n	Ort	Ss	KW**	P	MW*
Kendini Gerçekleştirme	Evli	114	30,57	5,72	6,627	0,036	3 > 1
	Bekar	13	33,61	6,50			
	Diğer	11	34,09	5,33			
Sağlık Sorumluluğu	Evli	114	22,56	4,31	4,415	0,110	
	Bekar	13	24,38	4,94			
	Diğer	11	25,54	5,61			
Egzersiz	Evli	114	10,03	3,19	6,569	0,037	2 > 1
	Bekar	13	12,38	3,12			
	Diğer	11	9,63	3,07			
Beslenme	Evli	114	15,96	3,43	3,590	0,166	
	Bekar	13	17,76	3,94			
	Diğer	11	17,09	2,77			
Kişilerarası Destek	Evli	114	17,43	3,76	9,009	0,011	2 > 1
	Bekar	13	19,84	3,15			
	Diğer	11	19,45	3,53			
Stres Yönetimi	Evli	114	15,74	3,04	10,340	0,006	2 > 1 3 > 1
	Bekar	13	18,07	3,47			
	Diğer	11	17,72	2,19			
Toplam Puan	Evli	114	112,32	18,42	8,304	0,016	2 > 1
	Bekar	13	126,07	19,48			
	Diğer	11	123,54	18,72			

**Kruskal Wallis H-Testi *Mann Whitney-U testi : 1= Evli, 2=Bekar, Diğer=3

Hastaların kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarının ve toplam puan ortalamalarının medeni durumu değişkeni açısından aralarında anlamlı farklılıklar olduğu görüldü ($p<0,05$).

Yapılan ileri analizde; Egzersiz, kişilerarası destek alt boyutların ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarında bekar olan hastaların puanları evli olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Kendini gerçekleştirme boyutunda medeni durumu diğer olan hastaların puanları, evli olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Stres yönetimi boyutunda bekar olan hastaların ve medeni durumu diğer olan hastaların puanları, evli olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.4.4.)

Tablo 6.4.5. Hastaların Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Eğitim Durumu	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Kendini gerçekleştirme	İlkokul	28	31,82	7,15	9,379	0,025	4 > 2 4 > 3
	Ortaokul	22	29,40	4,63			
	Lise	43	29,72	5,26			
	Üniversite ve üstü	45	32,93	5,63			
Sağlık sorumluluğu	İlkokul	28	24,60	5,28	14,186	0,003	1 > 2 1 > 3 4 > 2 4 > 3
	Ortaokul	22	21,13	4,26			
	Lise	43	21,65	3,38			
	Üniversite ve üstü	45	24,11	4,60			
Egzersiz	İlkokul	28	10,32	4,18	11,977	0,007	4 > 2 4 > 3
	Ortaokul	22	8,86	2,88			
	Lise	43	9,81	2,97			
	Üniversite ve üstü	45	11,22	2,69			
Beslenme	İlkokul	28	16,71	3,74	3,947	0,267	
	Ortaokul	22	15,18	3,31			
	Lise	43	15,79	3,21			
	Üniversite ve üstü	45	16,84	3,50			
Kişilerarası destek	İlkokul	28	19,32	4,0	16,085	0,001	1 > 3 4 > 3
	Ortaokul	22	17,31	4,28			
	Lise	43	16,32	3,25			
	Üniversite ve üstü	45	18,57	3,32			
Stres yönetimi	İlkokul	28	15,92	4,20	13,384	0,004	4 > 2 4 > 3
	Ortaokul	22	14,90	2,18			
	Lise	43	15,74	2,94			
	Üniversite ve üstü	45	17,20	2,60			
Toplam puan	İlkokul	28	118,71	22,72	14,286	0,003	4 > 2 4 > 3
	Ortaokul	22	106,81	17,46			
	Lise	43	109,04	16,80			
	Üniversite ve üstü	45	120,88	16,83			

**Kruskal Wallis H-Testi *Mann Whitney-U testi : 1= İlkokul, 2=Ortaokul, 3=Lise, 4=Üniversite ve üstü

Hastaların beslenme alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutların puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre aralarında anlamlı farklılıklar olduğu görüldü ($p < 0,05$).

Yapılan ileri analizde; Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, stres yönetimi alt boyutlarında ve toplam puan ortalamalarında üniversite ve üstü

mezunu olan hastaların puanları ortaokul ve lise mezunu olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Sağlık sorumluluğu alt boyutunda ilkokul mezunu olan hastaların puanları ortaokul ve lise mezunu olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek puan aldıkları görüldü.

Kişilerarası destek alt boyutunda ilkokul mezunu olan hastaların puanları, lise mezunu olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek puan aldıkları görüldü (Tablo 6.4.5.).

Tablo 6.4.6. Hastaların Gelir Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Gelir Durumu	N	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Kendini Gerçekleştirme	Asgari	12	34,333	7,820	12,941	0,005	1 > 3 4 > 3
	1000-1500	38	31,158	6,607			
	1501-2500	50	28,920	4,050			
	2501 ve üzeri	38	33,053	5,462			
Sağlık Sorumluluğu	Asgari	12	25,167	4,951	19,173	0,000	1 > 3 2 > 3 4 > 3
	1000-1500	38	23,974	5,032			
	1501-2500	50	20,920	3,325			
	2501 ve üzeri	38	23,974	4,475			
Egzersiz	Asgari	12	8,750	2,454	3,216	0,359	
	1000-1500	38	10,658	3,927			
	1501-2500	50	9,860	2,814			
	2501 ve üzeri	38	10,737	3,108			
Beslenme	Asgari	12	16,000	3,908	13,574	0,004	2 > 3 4 > 3
	1000-1500	38	16,500	3,302			
	1501-2500	50	14,960	3,136			
	2501 ve üzeri	38	17,684	3,378			
Kişilerarası Destek	Asgari	12	19,250	4,515	11,022	0,012	1 > 3 2 > 3 4 > 3
	1000-1500	38	18,605	3,894			
	1501-2500	50	16,420	3,208			
	2501 ve üzeri	38	18,447	3,652			
Stres Yönetimi	Asgari	12	16,500	3,205	17,424	0,001	4 > 2 4 > 3
	1000-1500	38	15,790	3,912			
	1501-2500	50	15,200	2,330			
	2501 ve üzeri	38	17,553	2,658			
Toplam Puan	Asgari	12	120,000	20,172	17,266	0,001	1 > 3 2 > 3 4 > 3
	1000-1500	38	116,684	22,531			
	1501-2500	50	106,280	14,385			
	2501 ve üzeri	38	121,447	16,797			

**Kruskal Wallis H-Testi *Mann Whitney-U testi: 1=asgari, 2=1000-1500, 3=1501-2500, 4=2501 ve üzeri

Hastaların Egzersiz alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutların puan ortalamalarının gelir durumu değişkeni açısından aralarında anlamlı farklılıklar olduğu görüldü ($p < 0,05$).

Yapılan ileri analizde; Sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek alt boyutları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarında gelir durumu asgari, 1000-1500, 2501 ve üzeri olan hastaların puanları, gelir durumu 1501-2500 olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı görüldü.

Kendini gerçekleştirme alt boyutunda gelir durumu asgari ve 2501 ve üzeri olan hastaların puanları, gelir durumu 1501-2500 olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Beslenme alt boyutunda gelir durumu 1000-1500, 2501 ve üzeri olan hastaların puanları, gelir durumu 1501-2500 olan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunduğu görüldü.

Stres yönetimi alt boyutunda gelir durumu 2501 ve üzeri olan hastaların puanları, gelir durumu 1000-1500 ve 1501-2500 olan hastaların puanlarına göre yüksek puan alındığı görüldü (Tablo 6.4.6.).

Tablo 6.4.7. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Çalışma Durumu	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Kendini Gerçekleştirme	Çalışıyor	49	32,02	5,50	6,008	0,111	
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	33,08	7,26			
	Emekli	55	30,92	6,35			
	Çalışmıyor(ev hanımı, öğrenci gibi)	22	28,68	3,57			
Sağlık Sorumluluğu	Çalışıyor	49	23,69	4,41	11,877	0,008	1 > 4 2 > 4 3 > 4
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	25,41	5,86			
	Emekli	55	22,81	4,49			
	Çalışmıyor(ev hanımı, öğrenci gibi)	22	20,40	2,97			
Egzersiz	Çalışıyor	49	10,83	2,99	7,621	0,055	
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	9,66	4,18			
	Emekli	55	10,32	3,24			
	Çalışmıyor(ev hanımı, öğrenci gibi)	22	8,90	2,92			
Beslenme	Çalışıyor	49	16,61	3,53	2,218	0,528	
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	16,66	4,03			
	Emekli	55	16,09	3,37			
	Çalışmıyor(ev hanımı, öğrenci gibi)	22	15,45	3,26			
Kişilerarası Destek	Çalışıyor	49	18,20	3,34	8,761	0,033	1 > 4 2 > 4
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	19,66	4,27			
	Emekli	55	17,80	4,37			
	Çalışmıyor(ev hanımı, öğrenci gibi)	22	16,04	1,64			
Stres Yönetimi	Çalışıyor	49	16,63	2,76	5,355	0,148	
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	16,83	4,38			
	Emekli	55	15,98	3,43			
	Diğer	22	14,95	1,78			
Toplam Puan	Çalışıyor	49	118,00	16,56	10,104	0,018	1 > 4 2 > 4
	Başka Nedenlerle Çalışmıyor	12	121,33	24,60			
	Emekli	55	113,94	21,01			
	Çalışmıyor(ev hanımı, öğrenci gibi)	22	104,45	10,95			

**Kruskal Wallis H-Testi *Mann Whitney-U testi: 1=çalışıyor, 2=başka nedenlerle çalışmıyor, 3=emekli, 4=çalışmıyor

Hastaların sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamasının çalışma durumu değişkeni açısından aralarında anlamlı farklılıklar olduğu görüldü (p<0,05).

Yapılan ileri analizde; Sağlık sorumluluğu alt boyutunda çalışan, başka nedenlerle çalışmayan ve emekli olan hastaların puanları, çalışmayan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek puan aldığı görüldü.

Kişilerarası destek alt boyutunda ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanlarında çalışan ve başka nedenlerle çalışmayan hastaların puanları, çalışmayan hastaların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek puan aldıkları görüldü (Tablo 6.4.7.).

Tablo 6.4.8. Hastaların Hipertansiyon Tanısının Konulma Süresi Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçek Alt Boyutları	HT Tanısının Konulma Süresi	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Kendini Gerçekleştirme	1 Yıl ve Daha Az	32	32,03	5,23	7,978	0,019	1 > 2 3 > 2
	2-4 Yıl	52	29,48	5,44			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	32,22	6,30			
Sağlık Sorumluluğu	1 Yıl ve Daha Az	32	22,68	4,03	3,428	0,180	
	2-4 Yıl	52	22,21	4,29			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	23,87	4,97			
Egzersiz	1 Yıl ve Daha Az	32	10,40	2,27	0,947	0,623	
	2-4 Yıl	52	10,13	3,26			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	10,20	3,70			
Beslenme	1 Yıl ve Daha Az	32	16,34	3,94	3,714	0,156	
	2-4 Yıl	52	15,42	3,05			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	16,92	3,41			
Kişilerarası Destek	1 Yıl ve Daha Az	32	17,75	3,49	14,263	0,001	3 > 2
	2-4 Yıl	52	16,63	3,75			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	19,01	3,62			
Stres Yönetimi	1 Yıl ve Daha Az	32	16,43	2,56	1,750	0,417	
	2-4 Yıl	52	15,73	3,08			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	16,31	3,45			
Toplam Puan	1 Yıl ve Daha Az	32	115,65	17,08	6,154	0,046	3 > 2
	2-4 Yıl	52	109,61	18,57			
	5 Yıl ve Daha Fazla	54	118,55	19,80			

**Kruskal Wallis H-Testi *Mann Whitney-U testi: 1= 1 yıl ve daha az, 2= 2-4 yıl, 3=5 yıl ve daha fazla

Hastaların kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek alt boyutu puan ortalamalarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamasının hipertansiyon tanısının konulduğu sũre değişkeni açısından aralarında anlamlı fark olduğu gũrũldũ. ($p < 0,05$).

Yapılan ileri analizde; Kendini gerçekleştirme alt boyutunda hipertansiyon tanısının konulduğu sũresi 1 yıl ve daha az olan ve hipertansiyon tanısının konulduğu sũresi 5 yıl ve daha fazla olan hastaların puanları, hipertansiyon tanısının konulduğu sũresi 2-4 yıl olan hastaların puanlarından anlamlı derecede yũksek bulundu.

Kişilerarası destek alt boyutu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarında hipertansiyon tanısının konulduğu sũresi 5 yıl ve daha fazla olan hastaların puanları, hipertansiyon tanısının konulduğu sũre 2-4 yıl olan hastaların puanlarından anlamlı derecede yũksek bulundu (Tablo 6.4.8.).

Tablo 6.4.9. Hastaların Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları(N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Beden Kitle İndeksi	n	Ort	Ss	KW**	P
Kendini Gerçekleştirme	Normal	41	30,39	5,80	2,068	0,559
	Hafif Şişman	59	31,71	5,67		
	Orta Derecede Şişman	23	31,69	6,71		
	Ağır ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	30,13	5,51		
Sağlık Sorumluluğu	Normal	41	22,58	3,76	1,105	0,776
	Hafif Şişman	59	23,15	4,69		
	Orta Derecede Şişman	23	22,34	4,74		
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	24,267	5,700		
Egzersiz	Normal	41	10,78	3,57	7,248	0,064
	Hafif Şişman	59	10,33	2,97		
	Orta Derecede Şişman	23	10,13	3,41		
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	8,400	2,501		
Beslenme	Normal	41	16,09	3,44	0,236	0,972
	Hafif Şişman	59	16,13	3,32		
	Orta Derecede Şişman	23	16,52	4,24		
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	16,46	2,97		
Kişilerarası Destek	Normal	41	17,24	3,59	2,983	0,394
	Hafif Şişman	59	18,17	3,94		
	Orta Derecede Şişman	23	18,21	3,17		
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	17,46	4,43		
Stres Yönetimi	Normal	41	16,14	3,32	1,805	0,772
	Hafif Şişman	59	16,28	3,15		
	Orta Derecede Şişman	23	16,00	3,11		
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	15,60	2,58		
Toplam Puan	Normal	41	113,24	18,24	1,032	0,793
	Hafif Şişman	59	115,79	18,58		
	Orta Derecede Şişman	23	114,91	22,05		
	Ağır Ve Çok Ağır Derecede Şişman	15	112,33	19,50		

**Kruskal Wallis H-Testi

Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamalarının beden kitle indeksi değişkeni açısından incelendiğinde aralarında anlamlı fark olmadığı görüldü($p>0.05$). (Tablo 6.4.9)

Tablo 6.4.10. Hastaların Sigara Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları(N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Sigara Kullanma Durumu	n	Ort	Ss	KW**	P	MW*
Kendini Gerçekleştirme	Kullanıyor	35	30,14	5,91	8,497	0,014	2 > 3
	Kullanmıyor	76	32,52	6,26			
	Bıraktı	27	28,55	2,80			
Sağlık Sorumluluğu	Kullanıyor	35	22,82	5,11	5,707	0,058	
	Kullanmıyor	76	23,61	4,54			
	Bıraktı	27	21,33	3,35			
Egzersiz	Kullanıyor	35	10,20	3,00	0,225	0,893	
	Kullanmıyor	76	10,18	3,36			
	Bıraktı	27	10,37	3,23			
Beslenme	Kullanıyor	35	15,88	3,74	4,368	0,113	
	Kullanmıyor	76	16,72	3,32			
	Bıraktı	27	15,25	3,31			
Kişilerarası Destek	Kullanıyor	35	16,82	4,02	30,736	0,000	2 > 1 2 > 3
	Kullanmıyor	76	19,19	3,55			
	Bıraktı	27	15,25	1,85			
Stres Yönetimi	Kullanıyor	35	16,05	3,42	2,436	0,296	
	Kullanmıyor	76	16,39	3,16			
	Bıraktı	27	15,44	2,51			
Toplam Puan	Kullanıyor	35	111,94	21,65	9,866	0,007	2 > 1 2 > 3
	Kullanmıyor	76	118,64	18,63			
	Bıraktı	27	106,22	12,77			

**Kruskal Wallis H-Testi *Mann Whitney-U testi: 1=Kullanıyor, 2=Kullanmıyor, 3=Bıraktı

Hastaların kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek alt boyut puan ortalamalarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları genel puan ortalamasının sigara kullanımı değişkeni açısından aralarında anlamlı farklılıklar olduğu görüldü ($p < 0,05$).

Yapılan ileri analizde; Kendini gerçekleştirme alt boyutunda sigara kullanmayan hastaların puanları sigarayı bırakan hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü.

Kişilerarası destek alt boyutunda ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamasında sigara kullanmayan hastaların puanları sigara kullanan hastaların ve sigarayı bırakan hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.4.10.).

Tablo 6.4.11. Hastaların Alkol Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Alkol Kullanma Durumu	n	Ort	Ss	MW*	P
Kendini Gerçekleştirme	Kullanıyor	37	31,67	5,63	1 706,500	0,435
	Kullanmıyor	101	30,95	5,95		
Sağlık Sorumluluğu	Kullanıyor	37	22,97	4,53	1 863,000	0,979
	Kullanmıyor	101	22,97	4,57		
Egzersiz	Kullanıyor	37	10,18	2,45	1 773,000	0,644
	Kullanmıyor	101	10,23	3,48		
Beslenme	Kullanıyor	37	16,13	3,45	1 817,500	0,806
	Kullanmıyor	101	16,25	3,47		
Kişilerarası Destek	Kullanıyor	37	17,37	3,24	1 757,000	0,590
	Kullanmıyor	101	17,99	3,94		
Stres Yönetimi	Kullanıyor	37	16,29	2,50	1 686,500	0,379
	Kullanmıyor	101	16,05	3,32		
Toplam Puan	Kullanıyor	37	114,64	17,64	1 823,000	0,827
	Kullanmıyor	101	114,46	19,59		

*Mann Whitney-U testi

Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamasının alkol kullanımı değişkenine göre incelendiğinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). (Tablo 6.4.11.)

Tablo 6.4.12. Hastaların Kronik Başka Bir Hastalığının(KBBH) Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	KBBH Olma Durumu	n	Ort	Ss	MW*	P
Kendini Gerçekleştirme	Var	91	30,60	5,60	1 860,500	0,211
	Yok	47	32,19	6,25		
Sağlık Sorumluluğu	Var	91	23,25	4,52	1 919,000	0,322
	Yok	47	22,42	4,60		
Egzersiz	Var	91	10,33	3,22	2 004,000	0,543
	Yok	47	10,02	3,27		
Beslenme	Var	91	16,17	3,43	2 111,500	0,903
	Yok	47	16,31	3,55		
Kişilerarası Destek	Var	91	17,60	3,71	1 899,500	0,280
	Yok	47	18,2	3,87		
Stres Yönetimi	Var	91	15,91	3,19	1 888,000	0,258
	Yok	47	16,53	2,95		
Toplam Puan	Var	91	113,87	19,03	2 007,500	0,556
	Yok	47	115,74	19,15		

*Mann Whitney-U testi

Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamasının kronik başka bir hastalığının olma durumu değişkenine göre incelendiğinde aralarında anlamlı farklılıklar saptanmadığı görüldü ($p>0,05$). (Tablo 6.4.12.)

Tablo 6.4.13. Hastaların Ailesinde Hipertansiyon Öyküsünün Varlığına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Düzeylerinin Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Ailede HT Öyküsünün Olma Durumu	n	Ort	Ss	MW*	P
Kendini Gerçekleştirme	Var	99	31,19	5,99	1	0,994
	Yok	39	31,02	5,56	929,000	
Sağlık Sorumluluğu	Var	99	22,60	4,49	1	0,109
	Yok	39	23,89	4,61	592,500	
Egzersiz	Var	99	10,14	3,35	1	0,421
	Yok	39	10,43	2,93	761,500	
Beslenme	Var	99	16,42	3,47	1	0,315
	Yok	39	15,71	3,41	719,000	
Kişilerarası Destek	Var	99	17,78	3,62	1	0,953
	Yok	39	17,92	4,15	918,000	
Stres Yönetimi	Var	99	16,10	3,11	1	0,868
	Yok	39	16,18	3,16	895,500	
Toplam Puan	Var	99	114,25	19,34	1	0,679
	Yok	39	115,18	18,41	843,000	

*Mann Whitney-U testi

Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamasının ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı durumu değişkenine göre incelendiğinde aralarında anlamlı farklılıklar saptanmadığı görüldü ($p>0,05$). (Tablo 6.4.13.)

Tablo 6.4.14. Hastaların Hipertansiyon İlacı Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	HT İlacı Kullanma Durumu	n	Ort	Ss	MW*	P
Kendini Gerçekleştirme	Kullanıyor	112	31,24	6,15	1 411,500	0,808
	Kullanmıyor	26	30,73	4,43		
Sağlık Sorumluluğu	Kullanıyor	112	23,21	4,69	1 279,500	0,335
	Kullanmıyor	26	21,92	3,73		
Egzersiz	Kullanıyor	112	10,25	3,42	1 379,000	0,673
	Kullanmıyor	26	10,11	2,30		
Beslenme	Kullanıyor	112	16,29	3,44	1 337,500	0,517
	Kullanmıyor	26	15,92	3,56		
Kişilerarası Destek	Kullanıyor	112	17,96	3,92	1 335,500	0,509
	Kullanmıyor	26	17,23	2,95		
Stres Yönetimi	Kullanıyor	112	16,20	3,27	1 427,000	0,874
	Kullanmıyor	26	15,76	2,35		
Toplam Puan	Kullanıyor	112	115,17	20,00	1 355,000	0,582
	Kullanmıyor	26	111,69	14,03		

*Mann Whitney-U testi

Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği tüm alt boyut puan ortalamalarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamalarının hipertansiyon ilacı kullanma durumu değişkenine göre incelendiğinde aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı görüldü ($p>0,05$). (Tablo 6.4.14)

Tablo 6.4.15. Hastaların Hipertansiyon İçin Özel Bir Diyet Kullanma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları(N:138)

Ölçek Alt Boyutları	HT için Özel Diyet Yapma Durumu	n	Ort(x)	Ss	MW*	P
Kendini Gerçekleştirme	Evet	51	30,47	5,39	2 008,500	0,353
	Hayır	87	31,54	6,11		
Sağlık Sorumluluğu	Evet	51	23,39	4,60	2 067,000	0,502
	Hayır	87	22,72	4,52		
Egzersiz	Evet	51	10,74	3,48	1 958,000	0,248
	Hayır	87	9,92	3,05		
Beslenme	Evet	51	17,21	3,08	1 563,500	0,004
	Hayır	87	15,64	3,55		
Kişilerarası Destek	Evet	51	17,52	3,66	2 081,500	0,543
	Hayır	87	18,00	3,83		
Stres Yönetimi	Evet	51	16,72	3,28	1 839,500	0,093
	Hayır	87	15,77	2,97		
Toplam Puan	Evet	51	116,07	18,40	2 023,000	0,388
	Hayır	87	113,59	19,42		

**Mann Whitney-U testi

Hastaların beslenme alt boyut puan ortalamalarının hipertansiyon için özel bir diyet kullanma durumu değişkenine göre aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunduğu görüldü ($p<0,05$).

Yapılan ileri analizde; Beslenme alt boyutunda hipertansiyon için özel bir diyet yapan hastaların puanları ($x=17,21$), hipertansiyon için özel bir diyet yapmayan hastaların puanlarından ($x=15,64$) anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.4.15.).

Tablo 6.4.16. Hastaların Egzersiz Yapma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Egzersiz Yapma Durumu	n	Ort	Ss	KW**	P	MW*
Kendini Gerçekleştirme	Düzenli Yapar	27	30,296	5,120	0,303	0,859	
	Arasıra	70	31,229	5,896			
	Yapmaz	41	31,561	6,317			
Sağlık Sorumluluğu	Düzenli Yapar	27	22,148	4,016	1,391	0,499	
	Arasıra	70	23,300	4,325			
	Yapmaz	41	22,951	5,239			
Egzersiz	Düzenli Yapar	27	11,667	3,385	12,771	0,002	1 > 3 2 > 3
	Arasıra	70	10,329	2,775			
	Yapmaz	41	9,098	3,513			
Beslenme	Düzenli Yapar	27	16,926	3,161	1,780	0,411	
	Arasıra	70	16,086	3,442			
	Yapmaz	41	16,000	3,695			
Kişilerarası Destek	Düzenli Yapar	27	17,630	3,639	2,003	0,367	
	Arasıra	70	18,214	3,761			
	Yapmaz	41	17,293	3,875			
Stres Yönetimi	Düzenli Yapar	27	17,259	3,758	5,879	0,053	
	Arasıra	70	16,086	2,728			
	Yapmaz	41	15,439	3,155			
Toplam Puan	Düzenli Yapar	27	115,926	18,681	1,052	0,591	
	Arasıra	70	115,243	18,554			
	Yapmaz	41	112,342	20,300			

**Kruskal Wallis H-Testi*Mann Whitney-U testi: 1=Düzenli yapar, 2= Ara sıra 3=Yapmaz

Hastaların egzersiz alt boyut puan ortalamalarının egzersiz yapma durumu değişkeni açısından aralarında anlamlı fark olduğu görüldü ($p < 0,05$).

Yapılan ileri analizde; Egzersiz alt boyutunda düzenli egzersiz yapan hastaların, ara sıra egzersiz yapan hastaların puanları, egzersiz yapmayan hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek bulunduğu görüldü (Tablo 6.4.16.).

Tablo 6.4.17. Hastaların Yoğun Stres Yaşama Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek Puan Ortalamaları (N:138)

Ölçek Alt Boyutları	Yoğun Stres Yaşama Durumu	n	Ort	Ss	KW**	p	MW*
Kendini Gerçekleştirme	Evet	49	31,46	5,72	1,102	0,576	
	Hayır	18	32,66	7,85			
	Bazen	71	30,53	5,35			
Sağlık Sorumluluğu	Evet	49	24,24	4,54	9,410	0,009	1 > 3
	Hayır	18	23,83	5,23			
	Bazen	71	21,87	4,13			
Egzersiz	Evet	49	10,93	2,90	6,335	0,042	1 > 3
	Hayır	18	10,50	4,20			
	Bazen	71	9,66	3,11			
Beslenme	Evet	49	16,53	3,79	4,811	0,090	
	Hayır	18	17,50	2,74			
	Bazen	71	15,69	3,31			
Kişilerarası Destek	Evet	49	18,32	3,68	4,196	0,123	
	Hayır	18	18,77	3,75			
	Bazen	71	17,23	3,78			
Stres Yönetimi	Evet	49	16,28	3,32	1,174	0,556	
	Hayır	18	16,83	4,19			
	Bazen	71	15,83	2,64			
Toplam Puan	Evet	49	117,79	18,98	4,590	0,101	
	Hayır	18	120,11	23,47			
	Bazen	71	110,83	17,26			

**Kruskal Wallis H-Testi, *Mann Whitney-U testi: 1=Evet, 2=Hayır, 3=Bazen

Hastaların sağlık sorumluluğu, egzersiz alt boyut puan ortalamalarının yoğun stres yaşama durumu değişkeni açısından aralarında anlamlı fark bulunduğu görüldü ($p<0,05$).

Yapılan ileri analizde; Sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt boyutlarında yoğun stres yaşayan hastaların puanları, bazen yoğun stres yaşayan hastaların puanlarından anlamlı derecede yüksek olduğu görüldü (Tablo 6.4.17).

6.5. Ölçeklerin Birbirleriyle Olan İlişkilerine Yönelik Bulgular

Tablo 6.5.1. Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeklerinin Aralarındaki İlişkinin Korelasyon Analizi ile İncelenmesi

		SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ							
		Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi	ToplamPuan	
YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ	Fiziksel Fonksiyonellik	r	0,305**	0,212*	0,384**	0,222**	0,249**	0,319**	0,341**
		p	0,000	0,012	0,000	0,009	0,003	0,000	0,000
	Fiziksel Rol	r	0,285**	0,170*	0,304**	0,125	0,187*	0,291**	0,288**
		p	0,001	0,047	0,000	0,143	0,028	0,001	0,001
	Bedensel Ağrı	r	0,244**	0,127	0,363**	0,063	0,153	0,289**	0,257**
		p	0,004	0,138	0,000	0,460	0,073	0,001	0,002
	Genel Sağlık	r	0,371**	0,056	0,174*	0,138	0,205*	0,401**	0,296**
		p	0,000	0,511	0,041	0,107	0,016	0,000	0,000
	Canlılık	r	0,594**	0,354**	0,365**	0,367**	0,435**	0,511**	0,569**
		p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	Sosyal Fonksiyonellik	r	0,202*	-0,010	0,120	0,079	0,100	0,299**	0,164
		p	0,017	0,907	0,160	0,357	0,245	0,000	0,055
Duygusal Rol	r	0,247**	0,126	0,316**	0,108	0,169*	0,266**	0,258**	
	p	0,004	0,142	0,000	0,207	0,048	0,002	0,002	
Ruh Sağlığı	r	0,512**	0,178*	0,322**	0,214*	0,338**	0,457**	0,446**	
	p	0,000	0,037	0,000	0,012	0,000	0,000	0,000	

r : Spearman korelasyon testi, *: 0,01<p<0,05 , **: p<0,01

Tablo 6.5.1.'de iki ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı ilişkiler olduğu belirlendi. (p<0,05) Buna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin toplam puanı ile yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık, canlılık, duygusal rol ve ruh sağlığı alt boyutları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görüldü.

6. TARTIŞMA

Hipertansiyonlu hastaların risk faktörleri, algıladıkları yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada, hastaların demografik özellikleri ile etkili risk faktörlerin yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyleri üzerindeki etkisi incelendi. Araştırmanın tartışması bulgular doğrultusunda yapıldı.

Hipertansiyonlu hastalarının genellikle zaman içinde günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve bu durum günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlamalara neden olmaktadır. Ayrıca bu bireyler, kronik bir hastalığa sahip olma psikolojisi yaşadıkları için ve yaşam tarzında değişiklik yapmakta zorlanmaktadırlar (Beilin et al., 1999). Böylece hastanın ve ailenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenebilmektedir (Akdemir ve Birol, 2005). Bu hastalığa sahip hastalarla ilgilenen hemşirelerin görevleri arasında, hastanın hipertansiyona ilişkin etkili risk faktörlerini azaltmak, kontrol altına almak, yaşam biçimi davranışlarını değiştirme ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetleri büyük bir yer tutmaktadır (Durna ve Yürügen, 1990).

Araştırmacılar son yıllarda hipertansiyon konusu ile ilgili etkileyen risk faktörleri, bu faktörlerin yaşam kalitesi düzeyleri üzerinde etkilerini inceleyen çalışmalar yapmışlardır. Ancak hipertansiyonlu hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile yaşam kalitesinin ilişkisini inceleyen araştırmaya ulusal literatürde rastlanmamıştır. Bu yönü ile araştırmanın önemi ön plana çıkmaktadır.

7.1. Yaşam Kalitesine Yönelik Bulguların Tartışılması

Hipertansiyonlu hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt boyut ortalama puanları, ortalamanın biraz üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durumda genel olarak bakıldığında yaşam kalitelerinin çok yüksek olmadığı söylenebilir. Bu çalışmada hastaların alt boyutlar arasında; en yüksek puan ortalaması fiziksel fonksiyonellik boyutu, en düşük puan ortalamalarının ise canlılık boyutu almıştır (Tablo 6.3.1)Hastaların fiziksel etkinliklerini yerine getirebilmesinde kısıtlılık durumunu yansıtan fiziksel fonksiyonellik boyutundan alınan puanın ortalamanın biraz üzerinde olduğu görülmüştür. Hastaların sürekli canlı ve enerjik hissetme durumlarını yansıtan

canlılık boyutundan alınan puanın ortalamasının biraz altında olduğu görülmüştür. İnal İnce ve ark.'larının (2000) kronik obstrüktif akciğer hastaları üzerinde yaptığı araştırmasında, SF-36'nın boyutlarından, en yüksek puanı fiziksel fonksiyonellik boyutundan ve en düşük puanı canlılık boyutundan aldıkları görülmüştür ve çalışmamızın sonucunu desteklemektedir.

Bu çalışmada erkek hastaların fiziksel fonksiyonellik ve bedensel ağrı boyutların puan ortalamaları kadın hastalara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6.3.2.). Bu çalışmada paralel olarak Göçgeldi ve ark.(2008) hipertansiyonlu hastalar üzerinde yaptıkları çalışmada kadınların bütün alt ölçeklerinde erkeklere göre daha düşük puan aldıklarını ve genel sağlık alt ölçeği dışında bütün alt ölçeklerde anlamlı bulunduğunu ifade etmiştir. Erkek hastaların kadın hastalarından daha yüksek puan almalarının sebebi kadınların daha duygusal bir yapıya sahip olmaları, ev ortamında fiziksel sorumlulukları daha fazla oldukları için fiziksel olarak yıpranıyor olmaları bedensel ağrılarına sebep olabilir.

Bu çalışmada 40-49 yaş grubundaki hastaların fiziksel alt boyutunda 50-60 yaş grubundaki hastalara göre anlamlı derecede yüksek puan aldıkları görüldü (Tablo 6.3.3.). Li ve ark.'nın(2005) 9703 kişi üzerinde yaptıkları bir çalışmada yaşam kalitesinin bütün alt ölçekleri için ileri yaşlarda genç yaştakilere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Yaşın artmasıyla beraber yaşlanmanın etkisiyle yaşam kalitesi düşmektedir. Özer'in(2002) kalp yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında yaşam kalitesinin yaştan etkilenmediğini saptamıştır. Buna göre bu araştırmalara göre çelişkili sonuçlar çıkmaktadır. Bunun nedeni örnekleme oluşturan çalışma gruplarının farklı ve sınırlı sayıda olması olabilir. Mevcut çalışmada, çalışma 60 yaş ile sınırlıdır. Hastaların çok ileri yaşlarda olmaması buna neden olabilir.

Bekar olan hastalar beklenildiği gibi canlılık ve sosyal fonksiyonellik boyutlarında evli ve diğer gruptan olan hastalara göre anlamlı derecede yüksek puan almışlardır (Tablo 6.3.4.). Göçgeldi ve ark.'nın(2008) yaptıkları çalışmada bütün alt ölçeklerde dul/ boşanmış olanlar evli ve bekarlara göre daha düşük puanlar almış olup, aradaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş ve çıkan bulgular çalışmamıza paralellik göstermektedir. Yalnız bazı araştırmalarda çelişkili sonuçlar da çıkmaktadır. Küçükberber ve ark.'nın (2011) kalp hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada evli olanların yaşam kalitesi ölçeğinin alt ve ana boyutlarından bekarlara göre daha yüksek

puan aldığını bulmuştur. Bunun sebebi bekarların evlilere göre daha az sorumluluklara sahip olması, daha rahat bir hayat yaşaması olabilir.

Eğitim durumu değişkeni ile yaşam kalitesi ölçek alt boyutlarından fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık ve duygusal rol alt boyutları arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık ve duygusal rol boyutlarında üniversite ve üstü mezunu olan hastaların en yüksek puanı aldıkları görülmüştür (Tablo 6.3.5.). Yıldırım (2006), eğitim seviyesi ile yaşam kalitesi arasında anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir. Westin ve ark.ları (1999) İsveç'te iskemik kalp hastaları üzerinde yürüttükleri çalışmalarında eğitim durumu yükseldikçe yaşam kalitesinin de yükseldiğini göstermişlerdir. Eğitim düzeyi, yaşam kalitesinde önemli bir belirleyicidir. Eğitim düzeyi arttıkça kişilerin bilgisi, kendine olan güvenleri, motivasyonu artmakta ve bu durum yaşam kalitelerinin yükselmesine neden olabilmektedir şeklinde açıklanabilir.

Hastaların gelir durumu yaşam kalitelerini sadece fiziksel fonksiyonellik ve fiziksel rol boyutlarında etkilemektedir. Fiziksel fonksiyonellik boyutunda en yüksek puanı gelir durumu 2501 TL ve üzeri olan grup almıştır. 1501-2500 TL geliri olan hastalar fiziksel rol boyutunda en yüksek puanı almışlardır (Tablo 6.3.6.). Çalışmamıza paralellik gösteren Dilek'in (2008) koroner arter hastaları üzerinde yaptığı çalışmada maddi yeterliliğin yaşamdan alınan doyumunu olumlu etkilediği, sağlık kuruluşlarından yararlanmayı arttırdığı, daha iyi şartlarda yaşam olanakları sağladığı (konut, beslenme, sosyal aktivite v.b.) ve bu durumun yaşam kalitesini arttırdığını belirtmiştir. Mevcut çalışmada beklentimiz gelir durumunun tüm boyutlarda etkili olmasıdır. Özellikle duygusal rol, ruh sağlığı, sosyal fonksiyonellik boyutlarında etkili olmasını beklerdik. Ancak bunun sebebi tüm grupların gelir durumları farklı olsa bile sosyal güvencelerinin olması ile açıklanabilir.

Çalışan hastaların nerdeyse tüm alt boyutlarda anlamlı derecede yüksek puanlara sahip oldukları görülmüştür (Tablo 6.3.7.). Bu çalışmayı destekleyen Küçükberber ve ark.'nın (2011) kalp hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada çalışan kalp hastaların yaşam kalitesi tüm ana boyutlarında daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır. Çalışmamızda çıkan sonuçlar beklentilerimizin paralel doğrultusunda çıkmıştır.

1 yıl ve daha az sürede Hipertansiyon tanısı konulmuş hastalarda fiziksel fonksiyonellik alt boyutu anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Tablo 6.3.8.).

Çalışmamızı kısmen paralellik gösteren Çıtıl'ın(2009) Diyabet hastalar üzerinde yaptığı çalışmada diyabetli bireylerin diyabet süresine göre yaşam kalitesi puanlarına bakıldığında, diyabet süresi SF-36'nın genel sağlık, fiziksel fonksiyonellik, enerji-canlılık ve bedensel ağrı boyutlarında yaşam kalitesini önemli şekilde etkilediği ve Diyabet süresi 10 yıldan fazla olanlarda, 10 yıldan az olanlara göre yaşam kalitesinin genel olarak daha kötü olduğu saptanmıştır. Hastalığın zamanla gösterdiği belirtiler, istenmeyen yan etkilerin çıkmasına sebep olduğundan yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir.

Beden kitle indeksine göre ağır ve çok ağır derecede şişman olan hastalar fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, bedensel ağrı, genel sağlık ve duygusal rol alt boyutlarında anlamlı derecede en düşük puanları almışlardır (Tablo 6.3.9). Göçgeldi ve ark.'nın (2008) yaptığı benzer çalışmada şişman olan hastalar genel sağlık hariç bütün alt ölçeklerde daha düşük puanlar elde etmiş, aradaki puan farklılıkları genel sağlık ve duygusal rol hariç bütün alt ölçeklerde istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu belirterek çalışmamıza benzer sonuçlar göstermişlerdir. Kilo arttıkça ruhsal, fiziksel, sosyal yönden sağlığı olumsuz etkileyebilmekte ve yaşam kalitesini düşürebilmektedir.

Çalışma grubunda sigara ve alkol kullanımı çok düşüktür.(Tablo 6.3.10 ve Tablo 6.3.11.) Bu yüzden yaşam kaliteleri üzerinde etkili olmadığı görülmüştür.

Kronik başka bir hastalığı olan hastaların fiziksel rol, genel sağlık, canlılık, ruh sağlığı alt boyutlarında anlamlı derecede düşük puan almışlardır (Tablo 6.3.12.). Göçgeldi ve ark. (2008) 'nın hipertansiyonlu hastalarda yaptığı çalışmada herhangi yandaş bir hastalığa sahip olan hastaların olmayanlara göre daha düşük puan aldıklarını ve aralarında anlamlı farklılık saptadıklarını belirtmişlerdir. Kronik bir hastalığı olanlarda duyarsızlaşma ve duygusal tükenme fazla, kişisel başarı hissi düşüktür. Bu durum yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Dilek'in(2008) yaptığı çalışmada koroner arter hastalarında görülen ilave kronik hastalıkların bireylerin, fizyolojik ve psikolojik iyilik hallerinin olumsuz etkilenmesine yol açarak yaşam kalitesini azalttığını belirtmiştir.

Ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı değişkeni yaşam kalitesi tüm alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ancak ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki anlamlı olmamasına rağmen ailede hipertansiyon öyküsü olan hastaların fiziksel rol, bedensel ağrı, canlılık, sosyal

fonksiyonellik, duygusal rol ve ruh sağlığı alt boyutlarında düşük puan aldıkları görülmüştür (Tablo 6.3.13.). Bu durum hastanın ailesinde hipertansiyon hastası var olduğu bilinci, o kişiyi tedirgin etmesi, geleceği sağlık hakkında endişe duymasına sebep olabilir.

Hipertansiyon ilacı kullanan hastaları ile fiziksel fonksiyonellik, fiziksel rol, genel sağlık, sosyal fonksiyonellik duygusal rol alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüş ve hipertansiyon ilacını kullanan hastalar bu alt boyutlarında düşük puan almışlardır (Tablo 6.3.14.). Bunun sebebi ilaç kullanan hastaların daha ağır hipertansiyon tablosuna sahip olmaları ile açıklanabilir. Bu durum yaşam kalitelerini olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir.

Çalışmada hipertansiyon için özel bir diyet kullanma durumunun yaşam kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür. (Tablo 6.3.15.). Çalışmamıza paralellik gösteren Özer'in(2002) kalp yetmezliği olan hastalarda yaptığı çalışmasında diyete uyma durumunu ile yaşam kalitesi alt ölçekleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını belirtmiştir.

Çalışmada egzersiz yapmayan hastalar canlılık, sosyal fonksiyonellik ve ruh sağlığı dışındaki tüm yaşam kalitesi alt boyutlarında anlamlı derecede düşük puan almışlardır.(Tablo 6.3.16.). Özer'in (2002) yaptığı araştırmasında bizim çalışmamızı destekleyen sonuçlar çıkmıştır.

Yoğun stres yaşama durumu ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Anlamlılık olmamasına rağmen yoğun stres yaşayan hastaların ruh sağlığı alt boyutundan düşük puan aldıkları görülmüştür. (Tablo 6.3.17.). Birbirine yakın puanlar alındığı için anlamlı fark saptanmamıştır.

7.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Hipertansiyonlu hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğın toplam puan ortalamasının düşük olduğu görölmektedir (Tablo 6.4.1.). Bu durum beklentilerimizin altında çıkmıştır. Çünkü hastalık teşhisi konulduktan sonra genel eğilim ilaç tedavisi yanı sıra hastaların kendilerini korumak için birtakım önlemler (özellikle beslenme ve yaşam şekli değişikliği) almak şeklinde çalışma grubumuzun hipertansif teşhisine sahip olmalarına rağmen SYBD düşüktür. SYBD'nı sergileyen kişinin demografik özellikleri ve yaşam biçimi yönünden pozitif olması beklenir. Literatürde Pender' in sağlığı geliştirme modeline göre bireye ait demografik özelliklerin bilişsel algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde etkili olduğu bildirilmiştir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu medeni durum gibi özellikler, sağlığı geliştiren davranışların oluşumunda etkindir (Alpar ve ark., 2003). Araştırma grubundaki hastaların özellikleri incelendiğinde sadece küçük bir oranda kişinin (%29,7) normal kiloda olduğu, çoğunun özel diyet yapmadıkları, çoğunun düzenli egzersiz yapmadığını ve stres yaşayanların fazla olduğunu görmekteyiz (Tablo 6.2.). Bu özelliklere sahip kişilerin SYBD sergilemesi beklenmeyeceği açıktır. Bu bulgu puan ortalamalarının beklenenin aksine düşük çıkmasının nedenini açıklamaktadır. HT'lu hastalarda düşük çıkan bu puan ortalaması aynı zamanda hemşirenin eğitici rolünün önemine de dikkat çekmektedir. Literatürde Drevenhorn ve ark. (2007) yaptıkları çalışmasında HT'lu hastalara verilen eğitim sonrası SYBD'nı uygulayan hasta sayısının arttığı görölmektedir. Beklenildiği gibi beslenme, egzersiz ile ilgili değişkenler SYBD üzerinde etkili bulunmuştur. Özel diyet yapanların, egzersiz yapanların puanları beslenme ve egzersiz alt boyutlarında daha yüksektir (Tablo 6.4.16- Tablo 6.4.17). Özer (2002) kalp yetmezliği olan hastaların sağlık davranışlarını değerlendirdiği çalışmasında hastaların sağlık davranışları puanının orta düzeyde olduğunu bulmuştur. Özer'in (2002) yaptığı çalışmasında diyete uyan ve egzersiz yapan hastaların daha yüksek puan aldıkları görölmüştür. Bu literatür bulguları, çalışmamızdaki bulgulara benzer çıkmıştır.

Bireylerin yaşam amaçlarını bireysel yetenekleri doğrultusunda ne derece gerçekleştirebildiğini yansıtan kendini gerçekleştirme boyutundan hastaların aldığı puanın yüksek olmadığı görüldü (Tablo 6.4.1). Bu bulgu, YKÖ puanları ile aralarındaki pozitif anlamlı ilişkiyle de durumu açıklamakta ve birbirini desteklemektedir. Sağlık

sorumluluğu, egzersiz, beslenme gibi HT hastalarında temel risk faktörlerini ifade eden SYBDÖ alt boyut puan ortalamalarında değerler oldukça düşüktür (Tablo 6.4.1.). Literatürde HT hastalarının popülasyonu incelendiğinde kilolu, egzersiz yapmayan, kötü beslenen kişilerde hastalığı etkilediği belirtilmiştir (Taş, Büyükbeşe, 2013). Literatür bulgusu, çalışmamızdaki bulgumuzu desteklemektedir.

Cinsiyet değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 6.4.2.). Anlamlı olmasa da kadın hastaların biraz daha yüksektir. Halbuki toplumsal yapımız gereği erkekler kadınlar tarafından korunup gözetilen konumundadır. Beslenme, egzersiz, kişisel destek yönünden desteklenmektedir; böylece zorunlu olarak davranışları kontrol altına alınmaktadır. Sağlık personeli üzerine yapılan iki çalışmada (Ege ve ark. 2003, Pasinlioglu ve Gözüm 1998) ve üniversite öğrencileri üzerine yapılan başka bir çalışmada (Zaybak ve Fadıloglu 2004) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama yönünde cinsiyetler arasında fark bulunamamıştır. Cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda çelişkili sonuçlarla da karşılaşmıştır. Hastalarla ilgili yapılan çalışmalara örneğin Özer'in(2002) kalp yetmezliği olan hastalar üzerinde yaptığı çalışmasında sağlık davranışları puanları anlamlı derecede erkek hastalarda kadın hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur.

Yaş grubu değişkeni ile beslenme, stres yönetimi boyutların ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. 40-49 ve 50-60 yaş grubundaki hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından beslenme, stres yönetimi alt boyutu ve toplam puan ortalamalarında anlamlı derecede yüksek puan aldıkları görülmüştür (Tablo 6.4.3.). Bu durum yaş ilerledikçe kişilerin sağlıklı yaşama yönelik davranışlarını uyguladıklarını; ilerleyen yaşla birlikte hastalıkların arttığını, bireylerin sağlıkları ile ilgili endişelendiklerini ve bu yüzden sağlıklarına daha önem verdikleri şeklinde açıklanabilir. Çalışmamıza paralel olarak Küçükberber ve ark.(2011) yaptıkları çalışmada 49-60 ve 61-80 yaş grubundakilerin 20-48 yaş grubundakilere göre, beslenme alt boyut puanlarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Özer (2002) yaptığı çalışmasında anlamlılık olmamasına rağmen 60 yaş ve altı grubunda yer alan hastaların sağlık davranışları puanlarının daha yeterli düzeyde bulunduğunu belirtmiştir ve bu bulgular çalışmamızdaki bulguları desteklemektedir.

Bu çalışmada bekar olan hastaların SYBD puan ortalamaları şaşırtıcı bir şekilde yüksek çıkmıştır (Tablo 6.4.4.). Evliliğin getirdiği yaşam biçimi daha düzenli olduğu için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da daha iyi olması beklenir. Küçükberber ve ark.(2011) yaptıkları çalışmada evli hastaların SYBDÖ manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve ölçek toplam puanından bekarlara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ve bulgular çalışmamıza paralellik göstermemektedir.

Üniversite ve üstü mezunu olan hastalar beslenme dışındaki tüm sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek alt boyutlarında ve SYBD toplam puanlarında anlamlı olarak yüksek puan almışlardır (Tablo 6.4.5.). Literatürde SYBD üzerinde eğitimin olumlu etkisinin olduğu belirtilmektedir (Özer, 2002; Drevenhorn et al., 2007). Küçükberber ve ark.(2011) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyin arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanların da arttığını belirtmiştir. Bunun nedeni eğitim düzeyi arttıkça genel kültür- bilgi seviyesi artmakta, hastalıkla ilgili bilgiler öğrenildikçe bireylerin yaşam biçimi davranışları değişmekte ve gelişmektedir şeklinde açıklanabilir.

Bu çalışmada alınan ücretin SYBD üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Özellikle gelir durumu yüksek olan hastaların diğerlerinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 6.4.6.). Çalışma sonuçlarımız oldukça karmaşıktır. Kimi boyutta düşük gelirli hastaların, kiminde de yüksek gelirli hastaların SYBD ölçek puanları daha yüksektir. Literatürde de gelir durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda çelişkili sonuçlarla karşılaşmıştır. Gelir durumu tek başına sağlıklı yaşamı sürdürme üzerinde etkili olmayabilir. Bu durum diğer hazırlayıcı faktörlerin(beslenme alışkanlığı, kişinin beklentisi gibi) farklı faktörlerle etkileşimi sonucu olabilir. Küçükberber ve ark. (2011)yaptıkları çalışmada hastaların sosyo-ekonomik durumu iyileştikçe sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinden alınan puanın arttığını belirtmişlerdir. Sosyo-ekonomik düzey yalnızca beslenme alışkanlığını değil, aynı zamanda kronik hastalıkların ortaya çıkmasını da etkileyebilmektedir. (Pala et al., 2006). Dolayısıyla yaşam kalitesini etkileyebilir. Bu bilgi iki ölçek puan ortalamaları arasındaki anlamlı ilişkiyi de desteklemektedir.

Hastaların çalışma durumu da SYBD' nı etkilemektedir. Çalışan ve başka nedenlerden dolayı çalışmayan hastalar, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek boyutları ve SYBD toplam puanları arasında anlamlı olarak en yüksek puanı aldıkları

görülmüştür (Tablo 6.4.7.). Bunun sebebi çalışan hastalardan sağlık durumlarının iyi olması, sakatlık, hastalık gibi nedenlerle çalışmayan hastaların kendi sağlıklarına daha fazla önem vermesi, sağlık sorumluklarını alması, çevrelerindeki kişilerin kendilerini desteklemesi şeklinde açıklanabilir. Küçükberber ve ark.(2011) yaptığı çalışmada çalışan kalp hastaları çalışmayan hastalara göre, SYBD ölçeğinde manevi gelişim ve fiziksel aktivite alt boyutlarından daha yüksek puan aldıklarını belirtmiştir ve bu araştırma bizim çalışmamıza paralellik göstermektedir.

5yıl ve daha fazla sürede hipertansiyon tanısı konulan hastaların puan ortalamalarının anlamlı olmasa da daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum bazı alt boyutlarda anlamlıdır (Tablo 6.4.8.). Bu durum zamanla hastalık hakkında öğrenilen bilgiler, hastalık ile ilgili yaşadıkları deneyimler sonucu kişilerin yaşam davranışlarını geliştirmiş olduklarını göstermektedir. Hipertansiyon tanısının konulma süresi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye yönelik çalışmalarda çelişkili sonuçlarla karşılaşmıştır. Özer'in(2002) yaptığı çalışmada kalp yetmezliği tanısının belirlenme zamanı ile sağlık davranışları puan ortalaması arasında anlamlı fark görülmediğini belirtmiştir. 13-24 ay kalp yetmezliği tanısı olan hastaların sağlık davranışlarının, 6-12 ay ve 25 ay ve daha uzun sürede kalp yetmezliği olan hastalardan daha yeterli düzeyde bulduklarını belirtmiştir.

Beden kitle indeksi değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Anlamlılık olmamasına rağmen ağır ve çok ağır derecede şişman olan hastaların kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi boyutlarında ve toplam puan ortalamalarında en düşük puanı; normal kilolu hastaların kişilerarası destek ve beslenme boyutunda en düşük puanı; orta derecede şişman olan hastaların ise sağlık sorumluluğu alt boyutunda en düşük puan aldıkları görülmüştür. (Tablo 6.4.9.). Özer'in(2002) kalp hastaları üzerinde yaptığı çalışmasında da beden kitle indeksinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür ve bu sonuç çalışmamızı desteklemektedir.

Sigara kullanımı değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Ancak sigara kullanmayan hastalar ile kendini gerçekleştirme, kişiler arası destek boyutlarından ve toplam puan ortalamalarından yüksek puan aldıkları görülmüştür (Tablo 6.4.10.). Böylece sigara kullanmayan

hastaların kendini gerçekleştirebilme yeteneğini kullanarak, çevresindeki kişilerle iyi iletişim kurarak yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği söylenebilir.

Kronik başka bir hastalığın olma durumu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Kronik başka bir hastalığı olan hastalar anlamlılığı olmamasına rağmen sağlık sorumluluğu ve egzersiz boyutları dışında tüm boyutlarda ve toplam puan ortalamalarında en düşük puanı almışlardır (Tablo 6.4.12). Çalışmadaki bulgularımız beklentilerimiz doğrultusunda gelişmiştir. Bireylerin yaşam deneyimi, hastalığı algılaması ve kişisel yeterliliği kronik hastalığın etkili yönetimi için önemlidir.(Christensen and Ehlers, 2002). Kronik hastalıklar bireyin yaşamının tüm yönlerini etkiler. Günlük yaşamdan, kişilerarası ilişkilere kadar hayatın içindedir ve onu biçimlendirir. Hastalıklardan korunmada, erken tanı ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir(Bahar ve ark., 2008).

Ailede hipertansiyon öyküsü olma durumu, ilaç kullanma durumları sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı etkisi olmadığı görülmüştür (Tablo 6.4.13. - Tablo 6.4.14.). Bu durum hastalığın bireysel olarak yaşandığını göstermektedir.

Özel diyet yapan hastalar ile beslenme; egzersiz yapan hastalar ile egzersiz alt boyutu arasında beklenildiği gibi anlamlı ilişki bulundu (Tablo 6.4.15- Tablo 6.4.16). Özer'in(2002) yaptığı çalışmada ise diyet uyma ve egzersiz yapma durumunun sağlık davranışları üzerinde etkili olduğu sonuca varıldığından sonuçlarımız benzerdir.

Yoğun stres yaşayan hastalar ile sağlık sorumluluğu, egzersiz alt boyutları arasında anlamlı ilişki görüldü(Tablo 6.4.17). Bu durum bireylerin yaşadıkları stresin sağlıklarına daha önem vermelerine neden olduğunu açıklayabilir.

7.3. YK ve SYBD Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde hipertansiyonlu hastaların yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki incelenmiştir.

YK ve SYBD ölçek puan ortalamaları arasında hemen hemen tüm boyutlarda pozitif yönde anlamlı ilişkiler saptanmıştır (Tablo 6.5.1.). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları arttıkça yaşam kalitesi puanları da artmaktadır. Bu bulgular

sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili faktörlerin ele alınmasının yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyecek bir yaklaşım olacağı yönündeki düşüncemizi desteklemektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük yaşam aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmıştır (Alpar ve ark., 2008). Sağlıklı yaşam biçimini sürdüren bireyler kendileri için en uygunu seçtiklerinden yaşam kaliteleri de olumlu etkilenecektir. Bu durum aralarında güçlü bir ilişki bulunan ölçek puanlarında da kendini göstermiştir ve oldukça önemlidir. Hemşirelerin bu alandaki eğitici rolünün gerekliliğini de ön plana çıkarmaktadır.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma sonucunda örneklem grubuna alınan hipertansiyonlu hastaların yaşam kalitesi orta düzeyde ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ortalamasının biraz altında olduğu;

Sosyo-demografik özelliklerden cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu değişkenlerinin yaşam kalitesi düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu,

Risk faktör özelliklerinden hipertansiyon tanısının konulma süresi, beden kitle indeksi, alkol kullanımı, kronik başka bir hastalığın olma durumu, hipertansiyon ilacı kullanma durumu, egzersiz yapma durumu değişkenlerine göre yaşam kalitesi düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu,

Sigara kullanma durumu, ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı, hipertansiyon için özel diyet kullanma durumu, yoğun stres yaşama durumu değişkenlerin yaşam kalitesi üzerinde etkili olmadığı,

Sosyo-demografik özelliklerden yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, değişkenlerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışların düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu,

Risk faktör özelliklerinden hipertansiyon tanısının konulma süresi, sigara kullanımı, diyet yapma durumu egzersiz yapma durumu, yoğun stres yaşama durumu değişkenlerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışların düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu,

Cinsiyet, beden kitle indeksi, alkol kullanımı, kronik başka bir hastalığın olma durumu, ailede hipertansiyon öyküsünün varlığı, hipertansiyon ilacı kullanma durumu değişkenlerine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkili olmadığı,

Sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergilemenin yaşam kalitesini arttırdığı sonucuna varıldı.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Hipertansiyon hastalarına yaşam biçimi davranışlarını değiştirme ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmeli, böylece yaşam tarzı davranışlarını değiştirerek yaşam kalitelerinin artırılması
- Hipertansiyon merkezlerinde çalışan hemşirelere danışmanlık rollerini etkin bir biçimde yerine getirmeleri için çalışmalarının önemini anlatılması önerilir.

9. KAYNAKLAR

- Acaray P., Pınar R. (2004) Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi; 1:1-10.
- Akdemir R. (2001) Hipertansiyon, Medical Network Actuel Medicine, 9;7:66-72.
- Akdemir N., Birol L. (2005) Kronik Hastalıklar Ve Hemşirelik Bakımı. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Sistem Ofset, Ankara, p.193-99.
- Akpolat T., Arık N. (1992) Hipertansiyon patogenezi. Hipertansiyon Bülteni; 2(1): 3-6.
- Aksoy H.(2007) Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Demografik Özellikleri, İlaç Kullanımı, Uç Organ Hasarı ve Eşlik Eden Hastalıklar Yönünden Değerlendirilmesi,(Tez Danışmanı: Doç. Dr. Remzi YILMAZ), s: 2.
- Alpar, Ş.E., Sabuncu N., Şenturan L. (2003) “Hemşirelik Yüksekokulu I. Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları”. 2nd International 9th National Nursing Congress Book, 7-11 September, Antalya, 427-430.
- Alpar Ş.E., Şenturan L., Karabacak Ü., Sabuncu N.(2008) Change in the health promoting lifestyle behaviour of Turkish university nursing students from beginning to end of nurse training. Nurse Education in Practice; 8, 382-388.
- Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, Ç., Erdem Y., Şindel Ş., Erbay B., Hasanoğlu E., Çağlar Ş. (2004) The Turkish Society of hypertension and renal diseases, prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (The PatenT Study). Journal of Hypertension, 23 (10), 1817–1823.
- Aminoff UB., Kjellgren KI. (2001). “The nurse-a resource in hypertension care”, Journal of Advanced Nursing, 35(4), 582-589.
- Anderson K.L. (1995) The Effects of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Quality of Life. Nurse Res Health;18: 547.
- Andreoli, T. E., Carpenter C. C., Griggs R. C. ve Coscalzo J. L. (2002) Cecil Essentials of Medicine Türkçesi (Çeviren: Çavuşoğlu H.). Yüce Yayım, İzmir.

- Angelana G.D., Attae F., Gewalang M.H. (2000). Pharmacogenetics And The Cardiovasculer Disease,Ed.:Hall R.J., Heart; British, 353-357.
- Apel L.J., Brands M.W., Daniels S.R., Karanja N., Emler P.J. ve Sacks F.M. (2006) Dietary approaches to prevent and treat hypertension, “A scientific statement from the American Heart Association”. Hypertension, 47, 296–308.
- Arakaume K. (1993) Antihypertensive mechanism of exercise. J Hypertens;11:223-229.
- Arı O. (1987) Normal Kan Basıncı ve Hipertansiyon. Bozak Matbaası, İstanbul. s: 14-116.
- Arık N., Karaaslan Y., Özdemar O. ve ark.(1995); Hipertansiyonda Bireyselleştirilmiş Tedavi, Medikomat Basım Yayın San. ve T.c. Ltd.Sti., s: 15-27.
- Arslan M. (1993) Obesite (Şişmanlık), STE Dergisi, Haziran (2-6) P 198-201.
- Arslan S., Kutsal Y.G. (1999) Geriatriye Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Geriatri; (2) 4: 173-178.
- Arslantaş D., Metintaş S., Ünsal A., Kalyoncu C. (2006) Eskişehir Mahmudiye İlçesi Yaşlılarında Yaşam Kalitesi. Osmangazi Tıp Dergisi; 28:81-89.
- Ayaz S., Tezcan S., Akıncı F. (2005) “Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Geliştirme Davranışları”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 9 (2): 26- 34.
- Aydemir Ö. (1999) Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisinde Yaşam Kalitesi Ölçümü: Kısaform- 36 (SF-36). 3P Dergisi; 7:14-22.
- Badır A. (2011) Hipertansiyon. İçinde: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ed: Karadakovan A., Eti Aslan F, Nobel Kitabevi, geliştirilmiş 2. Basım, Adana, s: 587-588, 590-592
- Bahar Z., Beşer A., Gördes N., Ersin F., Kısal A. (2008) Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi;12:1-13.
- Banegas J.R, Guallar -Castillón P., Rodri'guez-Artalejo F., Graciani A., López-Garcı'a E., Ruilope L.M. (2006) Association between awareness, treatment, and

control of hypertension, and quality of life among older adults in Spain. Am J Hypertens; 19: 686-693.

- Bardage C., Isacson Dag G.L. (2001) Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in Sweden. J Clin Epidemiol; 54: 172-181.
- Baysal A. (1997) Beslenme ve Sağlığımızda Çayın Önemi; STE Dergisi, Temmuz -(6-7) P: 221-4.
- Baysal A., Bozkurt N., Pekcan G., Besler H. T., Aksoy M., Merdol T. K. , Keçecioglu S., Mercanlıgil S.M. (2002) *Diyet El Kitabı*. 4. baskı. Hatiboğlu Basım ve Yayım San. Tic. Ltd. Şti. Ankara.
- Beers MH, Berkow R. (2002). Tanı/Tedavi El Kitabı 17. Edisyon. Çevirmen: Keklioğlu M. Yüce Yayınları, İstanbul.
- Beilin L.J, Puddey I.B, Burke V. (1999) Lifestyle and hypertension. American Journal Of Hypertension;12(9): 934-45.
- Bellamy N. (2003)“Principles of Outcame Assessment” In Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, eds. Rheumatology, Toronto: Mosby:893-905.
- Bengtson A., Drevenhorn E. (2003) The nurse's role and skills in hypertension care: a review. The Journal For Advanced Nursing Practice;17(5):260-68.
- Benson H., Casey A. (2006) Hipertansiyonun Nden Geliştiğini Anlamak. İçindekiler: Tansiyonunuzu Nasıl Düşürürsünüz?. Çeviren: Özkal S. Optimist Yayın, 2006, s: 28-31.
- Bilir N. (1984) Esansiyel Hipertansiyonda Primer Korunma. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 1984; 5(2): 5.
- Bilir N. (1986) Halk Sağlığı Yönünden Hipertansiyon. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını No:86/39(kısa dizi no: 5), Ankara, s: 5-16.
- Bilir N. (1988): Halk Sağlığı Yönünden Koroner Kalp Hastalığı. Hacettepe Ü. Yayınları No: 88/42.
- Bilir N. (1992) Hipertansiyonun Toplumsal Önemi ve Korunma. Hipertansiyon Bülteni, 2(4): 55-57.
- Bilir N. (1993) Beslenme, Diyet ve Süreğen Hastalıklardan korunma- Lİ. STE dergisi Ekim- (2-10) s: 350-1.

- Birol L., Akdemir N., Bedük T. (1990) İç Hastalıkları Hemşireliği. 2. Baskı. Sanem Matbaası, Ankara, s: 245-247.
- Bond ML, Jones ME, Cason C, Campell, P & Hall, J (2002) Acculturation Effects On health- Promoting Lifestyle Behaviors Among Hispanic-Origin Pregnant Women. *Journal of Multicultural Nursing& Health*, 8(2) 61–68.
- Bozboru A. (2002) Obezite ve Tedavisi. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Brown H.M.A, Dphill Kozlowski R. (1997) *Physiology and Pharmacology of the Heart*, Blackwell Science Ltd., USA.
- Braunwald E., ve Fauci A.S., Kasper D. L., Hauser S. L., Longo D. L. ve Jameson J. L. (2004) *Harrison İç Hastalıkları Prensipleri 15. Edisyon (Çeviren; Sağlıker Y.). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.*
- Burnier M. (2006) Medication adherence and persistence as the cornerstone of effective antihypertensive therapy, *American Journal of Hypertension*, 19(11): 1190-1196.
- Casey G. (2004) Hypertension. Nurses guide to management, *Nursing Standart Essentials Guide*, 18(31):1-19.
- Christensen A.J, Ehlers S.L. (2002) Psychological factors in end-stage renal disease: an emerging context for behavioral medicine research. *J Consult Clin Psychol*, 70: 712-24.
- Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R., et al. (2003) The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High BloodPressure: The JNC 7 Report *JAMA*;289:2560-72.
- Clark MJ., Curan C., Noji, A. (2000) “The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control”, *Public Health Nursing*, 17(6):452-459.
- Coyne K.S., Darlene Davis D., Frech F., Hill M.N. (2002) Healthrelated quality of life in patients treated for hypertension: a review of the literature from 1990 to 2000. *Clin Ther*; 24: 142-169.
- Cukran D., Benson H. and Casey A. (2006) *Lowering Your Blood Pressure. Tansiyonunuzu Nasıl Düşürürsünüz?. Çeviren:Özkal S., Optimist Yayın, birinci basım, İstanbul.*

- Çağatay G. ve Soydan İ. (2004). Klinik Kardiyoloji (2. bs.). Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir.
- Çıtıl R.(2009) Diyabetli Hastalarda Tıbbi ve Sosyal Faktörlerin Yaşam Kalitesine Etkisi. T.C. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. Yusuf Öztürk).
- Çöl M. (1992) Kan Basıncı ile Beden Ağırlığı ve Diyetel Faktörlerin İlişkisi; Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Temmuz – Eylül, (2-3) P 37-41.
- Çöl M. (1996) Birinci Basamak sağlık Hizmetlerinde Hipertansiyon; STE Dergisi Aralık (5-12) P 410-3
- Çöl M., Özdemir O., Ocaktan M.E. (2006) Park Sağlığı Ocağı Bölgesindeki 35 Yaş Üstü Hipertansiflerde Tedavi-Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası; 59: 144-150.
- Davidson K., Jonas B.S., Dixon K.E., Markovitz J.H. (2000) Do depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults from the Cardia study?. Archives of Internal Medicine, 160 (10), P: 1495– 1500.
- DeMartinis J.E. (2001) Clients with hypertensive disorders: promoting positive outcomes. Medical-Surgical Nursing Clinical Management for positive outcomes. Eds: Black JM, Keene AM. 6 th edition W. B. Saunders Company, Philadelphia P:1379- 1398.
- Demiralp E.(2005). Hipertansiyon özel sayısı. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi; 33:1-64.
- Despres JP Lemieux Set al.(1994): Waist circumference and abdominal sagittal diameter: Best simple antropometric indexes of abdominal visceral adipose tissue accumulation and related cardiovascular risk in men and women., Ann J Cardiol.;73:460-8.
- Drevenhorn E., Bengtson A., Allen J.K. et al. (2007). Counselling on lifestyle factors in hypertension care after training on the stages of change model. European Journal of Cardiovascular Nursing, 6(1), p: 46-53.
- Dilek F. (2008) Koroner arter hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne, (Danışman: Yard. Doç. Dr. Serap Ünsar).

- Durna Z., Yürügen B. (1990) Hipertansif kadınların hastalığa uyumunu etkileyen faktörler. Hemşirelik Bülteni;4(16):99-107.
- Dörtlemez Ö(1993); Koroner Arter Hastalığı Risk Faktörleri. STE Dergisi, Mayıs- (2-5) P 148-9.
- Dünya Sağlık Örgütü Komitesi Raporu (1999) Toplumda Hipertansiyonun Önlenmesi ve Kontrolü, Ed.: Öztürk Y.,Günay O., Hipertansiyon Kontrolü, Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri , 11-57.
- Ege E., Zincir H., Güneş G., Bilgin N. (2003) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Etkililik- Yeterlilik Düzeylerinin İncelenmesi, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi 14(2): 83–92.
- Ekmekçi A. ve diğ. (1984); Hipertansiyon Epidemiyolojisi; İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniği- P 24-31.
- Ekmekçi A. (1988) Hipertansiyon Sağaltımına Patofizyolojik Açıdan Yaklaşım, Klinik Gelişim. Ağustos (2-2) P 105-9.
- Erdine S. (1993) Hipertansiyon Haritası. Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği Yayınları. Pfizer A.Ş, İstanbul; s: 7, 99-100.
- Ergün A., Eti Aslan F., Vatan F., Olgun N., Kuğuoğlu S. (2011) Sağlık Bakımında Temel Kavramlar. İçindekiler: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ed: Karadakovan A., Eti Aslan F., Nobel Kitabevi, Geliştirilmiş 2. Baskı Adana. s : 6, 9, 15-18.
- Eser E.(2004) Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu Özet Kitabı, İzmir, s: 4-6.
- Esin N. (1997) Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul.
- Eski S. (1999) Miyokart İnfarktüsü Geçiren Bireylerin Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Ankara.
- Eski S., Feşçi H. (2002) Miyokard enfarktüsü geçiren bireylerin yaşam kalitelerinin belirlenmesi. Hemar-G Hemşirelikte Araştırma Dergisi; 14(1):15-28.

- Everson S.A., Kaplan G.A., Goldberg D.E., Salonen J.T. (2000) Hypertension incidence is predicted by high levels of hopelessness in Finnish men. *Hypertension*, 35, 561–567.
- Fagad R. H. (1995) The role of exercise on blood pressure control: supportive evidence., *J Hypertens.*;13:1223-1227.
- Fidan D. (2003) “Sağlığa _liskin Yasam Kalitesi Kavramı ve Ölçüm Yöntemleri”, *Sağlık ve Toplum*. Temmuz-Eylül. 13:3.
- Fink JW. (1981) The Challenge of High Blood Pressure Control. *Nurs Clin Nort Am* (2): 301-308.
- Fitzpatrick R. (1992) “Quality of Life Measures in Health Care”, *Applications and Issues in Assesment BMJ* 305:1074-1077.
- Flanagan J.C. (1978) A research approach to improving our quality of Life. *Am P Publishers*; 33:138.
- Fries J.F., Singh G. (1996) The hierarchy of patient outcomes. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Second Edition, Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. P:33.
- Fuchs Z. Et al. (1993) Comprehensive Individualised Nonpharmacological Treatment Programme for Hypertension in Physician- Nurse Clinics. *J. Hum. Hypertens*. 7(6). P 585-91.
- Göçgeldi E., Babayiğit M.A., Hassoy H., Açikel C.H., Taşçı İ., Ceylan S. (2008) Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi*; 50: 172-179.
- Graves, J.W. (2000) Management of diffucult to control hypertension, *Mayo Clinic Proceedings*, 75 (3): 278-28.
- Gross F. (1984) Management of Arterial Hypertension- A practical Guide fort he Physician and Allied Health Workers. WHO, Geneva, P 7-28.
- Guidelines Subcommittee (1993); Guidelines fort he Management of Mild Hypertension: Memorandum From WHO/ISH Meeting. *Bull of WHO*. (71-5) P 503-17.

- Gulanick M., Klopp A., Galanes S. et al. (2003) Nursing Care Plans. Fifth Editon. Mosby An Affiliate of Elsevier. United States of America P: 258-264.
- Gültekin İ.S., Ünal S. (2001) *İç Hastalıkları*. Güneş Kitabevi. Ankara.
- Hacıhasanoğlu R. (2009) Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(2): 167-172.
- Hui WH (2002) The Health Promoting Lifestyle of Undergraduate Nurses in Hong Kong. Journal of Professional Nursing, 18(2), 101–111.
- Irmak Z., Düzöz G.T., Bozyer İ. (2007) Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14(2):39-47.
- İnal İnce D., Tunalı N., Avcı S., Arıkan H. (2000) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarında Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi, Solunum Hastalıkları. 11: 333-337.
- Jennings G.L.R.(1993) Exercise and blood pressure: Walk, run or swim?, J Hypertens.,11:223-229.
- Kaplan N.M. (2003) Clinic Hypertension. Tercüme: Canbek E. Klinik Hipertansiyon, Turgut Yayıncılık, İstanbul. s: 1-550.
- Koçyiğit H, Aydemir O, Ölmez N, Memiş A. (1999) SF-36' nın Türkçe için güvenilirliği ve geçerliliği. Ege Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi; 12: 102-6.
- Küçükberber N., Özdilli K., Yorulmaz H. (2011) Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 11; 619-26.
- Lahdenpera TS., Kyngas HA. (2001). “Levels of compliance shown by hypertensive patients and their attitude toward their illness”, Journal of Advanced Nursing, 34 (2): 189-195.
- Lalonde L, O'connor A, Joseph L, Grover S.A. And The Canadian Collaborative Cardiac Assesment Group. (2004) Health-Related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. Quality Of Life Research;13(4):793-804.
- Lawrence W.F., Fryback D.G., Martin P.A., Klein R., Klein B.E.K.(1996) Health status and hypertension: a populationbased study. J Clin Epidemiol; 49: 1239-1245.

- Leidy N.K. (1994) Functional status and the forward progress of merry grounds. Toward a coherent analytical framework. *Nurse Res*; 43:196.
- Li W, Jiang X, Ma H, et al.(2003) Awareness, treatment and control of hypertension in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens*; 21: 1191-1197.
- Li T.C, Lee Y.D, Lin C.C, Amidon R.L. (2004) Quality of life primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: Assessment of well- being and functioning using the SF-36 health questionnaire. *Quality Of Life Research*;13:1081-88.
- Li W., Liu L., Puente J.G., et al.(2005) Hypertension and healthrelated quality of life: an epidemiological study in patients attending hospital clinics in China. *J Hypertens*; 23: 1667-1676.
- Lindquist T.L., Beilin L.J., Knudman M.W.(1997) Influence of lifestyle coping and job stress on blood pressure in men and women., *Hypertension*;20:1-7.
- Lip G. YH., Beevers D.G. (2000) Kadınlarda Hipertansiyon. İçindekiler: Kardiyolojide Güçlükler. Danışman: Çiftçi H., Çeviri: Ulusoy B., Yerli E., Altuncan A., Yalkovan Yayıncılık, İstanbul, s:45.
- MacGregor G.A, Kaplan M.N.(2001) Hipertansiyon. Çev: Uslan İ., Health Press, 2. baskı,
- Maxcy, Rosenau, Last (1992) *Public Health and Preventive Medicine* 13th Ed. P 849-857.
- Miller E.R., Erlinger T.P., Young D.R., Jehn M., Charleston J., Rhodes et al. (2002) Results of the Diet, Exercise, and Weight loss Intervention Trials (DEW–IT). *Hypertension*, P: 40, 612–618.
- Miller N.H., Hill M. (2004) Doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarıyla hipertansiyon tedavisi. Editörler: Joseph L. Izzo, Henry R.B. Çev: ed.Gürkan. 3.Baskı. Kazancı. Nobel Kitapevi. İstanbul.
- Moody L., McCormick K., Williams A. (1990) Disease and symptom severity, functional status and quality of life in chronic bronchitis and emphysem. *J Behav Med*;13: 297.
- Muldoon M.F., Barger S.D., Flory J.D. et al. (1998) What are Quality of Life measurements measuring?. *BMJ*; 316:542.

- Muna W. (1993) Cardiovascular Disorders in Africa. Wld. Hlth. Stat. Quar. (46) P 125-9.
- National Institutes of Health (1997) National Heart,Lung and Blood Institute. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults: The Evidence Report. Obesity Research; 6;515-2095.
- Nowson C.A., Worsley A., Margerison C., Jorna M.K., Godfrey S.J., Booth A. (2005) Blood pressure change with weight loss is affected by diet type in men. American Journal of Clinical Nutrition, 81, 983–989.
- Oktik N., Bozyer U., ve ark.(2004) Huzur Evinde Yaşam ve Yaşam Kalitesi Muğla Örneği. Muğla Üniversitesi Rektörlüğü, Muğla; s: 61-83.
- Onat A. (2009) Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon, İçindekiler TEKHARF Çalışması. s:11-12.
- Orhan Y., Özbey N. (2002) Şişmanlık Bilimi. Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ovayolu N., Parlar S., Karakaş S. (2003) Diyabet ve hipertansiyonlu hastalarda erken tedavi ve hemşirelik eğitiminin önemi. Hemşirelik Forumu Dergisi; 6(4):19-23.
- Ovayolu N. ve Tekir Ö. (2005). Hipertansiyon Hastalarına Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu; s: 1.
- Öksüz E, Malhan S. (2005) Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri. Başkent Üniversitesi, Ankara, s:1-33.
- Önder R. (2000) Hipertansiyon Özel Sayısı,T Clin Cardiol,13,5:327- 412,
- Özbaşaran F., Çakmakçı A., Güngör N. (2004) “Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi”, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 7(3): 43-55.
- Özbayram A. (2008) Yeni Hipertansiyon Tanısı Almış Hastalarda Tedavi Uyumu ve Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nadi Bakırcı).
- Özcebe H. (1988) Gelişmekte olan ülkelerde hipertansiyon kontrolü. Çeviri: Özcebe H., Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni; s: 7-8.

- Özer S. (2002) Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Gülümser Argon)
- Özer S., Argon G. (2005) Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21: 63-77.
- Özkan E., Deligönül E. (1983) Sistemik Arteriyel Hipertansiyon ve Hipertansif Kalp Hastalığı. Kalp Hastalıkları, Editör: Özcan R, Nobel Kitabevi, İstanbul, 581-590.
- Paffenbarger R.S., Hyde P.H., Wing A.L. (1986) Physical activity, allcause mortality and longevity of college alumni. The New England Medicine, P: 314, 605–613.
- Pala V., Sieri S., Masala G., Palli D., Panico S., Vineis P., et al. (2006) Associations between dietary pattern and lifestyle, anthropometry and other health indicators in the elderly participants of the Epicitaly cohort. Nutr Metab Cardiovasc Dis; 16: 186-201.
- Pasinlioğlu T, Gözüm S (1998) Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2 (2) 60–68.
- Pekus M. (çeviri) (1985) Teşhis Tedavi El Kitabı. Cilt: 1, Merk Yayıncılık, İstanbul, s: 293-294.
- Pender N.J. (1987) Health promoting in nursing practice. 2.ed. Norwalk. California.
- Postgraduate Medecine (1993) Hipertansiyon Tedavisinde Yeni Bir Devir. Sendrom Dergisi; 5(1).
- Puddley I. B., Cox K. (1995): Exercise lovers blood pressure-sometimes? Or did phidippies have hypertension ?, J Hypertens.,13:1229-1233.
- Rasmussen S.L., Torp-Pedersen C, Borch-Johnson K. et al. (1998) Normal values for ambulatory blood pressure and differences between causal blood pressure: Results from a Danish population survey. J Hypertens ;16:1415-24.

- Sample P.F., Landop G.B.M. The Parthenon Publishing Group.(1993) Hipertansiyona Genel Bir Bakış. Ed.:Mann R.D. Hipertansiyon Atlası, Roche Müstahzarları Sarayı Anonim Şirketi Türkçe Edisyonu,U.S.A, 9-21.
- Sanci L.A., Coffey C.M., Veit F.C., Carr-Gregg M., Patton G.C., Day N., et al. (2000) Evaluation of the effectiveness of an educational intervention for general practitioners in adolescent health care: randomized controlled trial. BMJ; 320: 224-30.
- Skolow M., McIlroy M.B.(1980) Hipertansiyon, İstanbul, 9-14.
- Small DM. (1991) Chemistry in the Kitchen; New Eng. J Med. (324-2) P: 73-7.
- Soriguer F., Martinez G.R., Dobarganes M.C., Almeida J.M.G., Esteva, I., Beltrán, M. ve diğerleri. (2003) Hypertension is related to the degradation of dietary frying oils. American Journal of Clinical Nutrition, 78, 1092–1097.
- Stamler J. (1991) Epidemiologic findings on body mass and blood pressure in adults, Ann Epidemiol; p: 347-62.
- Stergio G. S., Skeva I. (1998) Self-monitoring of blood pressure at home: how many measurements are needed?., J Hypertens;16:725-731.
- Şahin N. (2001) “Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi” (Kırıkkale Devlet ve SSK Hastaneleri Örneği), Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Taş F., Büyükbeşe M.A. (2013) Hipertansiyonda Farkındalık ve Hemşirenin rolü, TAF Preventive Medicine Bulletin, 12;6, 729-734.
- Taşçı S. (1998) “Kronik Böbrek Yetmezliğindeki Hastaların Yaşam Kaliteleri”, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Telatar T.G., Özcebe H.(2004) Geriatrik Yaşam Kalitesi, Yaşlı Nüfus ve Yaşam Kalitelerinin Yükseltilmesi. Türk Geriatri Dergisi;7:162-165.
- Tesla M.A., Nackley J.F. (1994) Methods for Quality of Life Studies. An Rev Public Health;15: 535.
- Testa M.A., Simonson D.C. (1996) “Assessment of Quality-of-life Outcomes”, New England Journal of Medicine; 334(13): 835-40.
- The Prescriber (1993) Non-pharmacological actions to treat hypertension. UNICEF: (7): 9.

- The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention (2003) Detection and Evaluation and Treatment of High Blood Pressure JNC VII, NIH pub., Dec.
- Tüzün E., Eker L. (2003) Sağlık Değerlendirme Ölçütleri ve Yaşam Kalitesi. Sağlık ve Toplum;13: 3-8.
- Üstel İ. (1989) Farmakoloji. Temel ve Klinik Bilimler, Editör: Saraçoğlu Ö.F., 1. cilt, Ankara.
- Vural B.K. (1998) “Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik için Önemi”, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (2): 39-43.
- Wadden A.A., Stunkard J.A. (2003) Obezite Tedavi El Kitabı.1.Cilt,1.Baskı, and Danışmanlık ve Yayıncılık.
- Wainwright P, Thomas J, Jones M. (2000) Health promotion and the role of the school nurse: a systematic review.
- Walker S.N., Sechrist K.R., Pender N.J. (1987) The Health promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res; 36: 76-81.
- Walker S.N., Kerr M.J., Pender N.J., Sechrist K.R. (1990) A Spanish Language Version Of The Health Promotion Lifestyle Profile, Nursing Research, 39 (5), 268–273.
- Ware J.E. (1992) The Most 36-item short form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. Med Care; 30: 473-83.
- Ware J.E., Sherbourne C.D. (1992) “The MOS 36-item Short Form Health Survey”, I. Conceptual Framework and item Selection, Med Care.
- Ware J.E. (1995) The Status of Health Assessment. An Rev Pub Health;16: 327.
- Weber M. A. (2003) Yet more hypertension guidelines: What do they add J Hypertens; 21: 1977-1981.
- Westin L., Carlsson R., Erhardt L., Cantor-Graae E., McNeil T. (1999) Differences in quality of life in men and women with ischemic heart disease. A prospective controlled study. Scand Cardiovasc J; 33: 160-5.
- Whang LL, Shen Y (2003) Chinese SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation, Validation, and Normalisation, Journal Epidemiology and Community Health, 57(4) 259–261.

- Whelton P.K., Brancati F.L. (1993) Hypertension Management in Populations. Clin. Exp. Hypertens. 15(6) P 1147-56.
- Whitehead D. (2005) “Health Promoting Hospitals: The Role and Function of Nursing”, Journal of Clinical Nursing, 14: 20–27.
- WHO(1978) Arterial Hypertension- Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 628. WHO- Geneva.
- WHO (1983) Primary Prevention of Essential Hypertension; Report of a WHO Scientific Group. Technical Report Series p: 628.
- WHO (1990) Prevention in Childhood and Youth of Adult Cardiovascular Diseases: Time For Action. Technical Report Series No: 792. P: 32-39, 74-80.
- WHO Regional Office for Western Pacific Region (1994) High Blood Pressure: The “ Silent Killer” That Threatens One in Five Adults. WHO Press Release , P: 63 .
- WHO Obesity (1997) Preventing and Managing the Global Epidemic of Obesity. Report of the WHO Consultation of Obesity. Geneva ,June 3-5.
- WHO (1999) International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension., J Hypertens.;17:151-83.
- WHO (2004) cross-national study of health behavior in school-aged children from 35 countries: Findings from 2001-2002. J Sch Health; 74: 204-6.
- Wilson I.B., Cleraly P.D. (1995) Linking clinical variables with health related quality of life. JAMA; 59.
- Winkleby Ragland, D. R., Syme L. (1989) The San Fransisco Bus Driver Study – Effects of Race on Prevalance of Hypertension. Am j Epidemiol (130-3) P: 1075-83.
- Yazıcı H., Yıldız A.(2008) Hipertansiyon: Tanı ve Epidemiyoloji. İçinde: Hipertansiyon El Kitabı. Ed: Yıldız A. İstanbul, s: 5-11.
- Yenür E.P, Besler M., Şentürk M.N., Orhon Z., Şahinoğlu Z.(çeviri) (1991) Genç hastalarda hipertansiyon, Sendrom Dergisi; 4(2): 58-65.
- Yildirim A. (2006) “The Importance of Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life After Renal Transplantation”, Transplantation Proceedings, 38:2831-2834.

- Yutaka I., Takayoshi O. (2001) Usefulness of home blood pressure measurements in assessing the effect of the treatment in a single-blind placebo-controlled open trial, *J Hypertens*;19:179-185.
- Zaman M. (2007) Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Yardımcı Sağlık Personelinin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, (Tezi danışmanı: Prof. Dr. Osman Günay).
- Zaybak A., Fadıloğlu Ç. (2004) “Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 20 (1): 77-95.
- Zhao, L., Stamler, J., Yan, L. L., Zhao, B., Wu, Y., Liu, K. ve diğeri. (2004). Blood pressure differences between Northern and Southern Chinese: Role of dietary factors, “The International study on macronutrients and blood pressure”. *Hypertension*, 43, 1332–1337.
- <http://www.mco.edu/org/bloodpre.html> Erişim: 21/04/2007
- www.nhlbi.nih.gov 20.08.2006
- www.tkd.org.tr 15.08.2006,62
- www.tkd.org.tr 15.08.2006
- Quality of Life Instruments Database. Erisim: <http://www.qolid.org>.

10. EKLER

EK 1

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Ben Nalan Hacıoğlu, Haliç Üniversitesi'nde yüksek lisans öğrencisiyim. Hipertansiyon tanısı konulmuş hastalar üzerinde bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “ Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi” dir.

Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır. Araştırma sırasında size ait bilgiler gizli tutulacak ve sadece bilimsel amaçlarla araştırma için kullanılacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı geri çekmek hakkına sahipsiniz.

TEŞEKKÜR EDERİZ

Katılımcı

Adı Soyadı:

İmza:

EK 2

BÖLÜM 1

SOSYO-DEMOGRAFİK ANKET FORMU

Aşağıdaki soruların uygun cevaplarını yanlardaki parantezlere işaretleyiniz, yazmanız gerekenleri yazınız.

1) Cinsiyetiniz:

- Kadın
 Erkek

2) Yaşınız:

3) Medeni durumunuz:

- Evli
 Bekar
 Diğer

4) Eğitim durumunuz:

- Okur-yazar olmayan
 Okuryazar
 İlköğretim mezunu
 Ortaokul mezunu
 Lise mezunu
 Üniversite
 Yüksek Lisans / Doktora

5) Gelir durumunuz:

- Asgari Ücret
 1000 TL – 1500 TL
 1501 TL – 2500 TL
 2501 TL ve üzeri

6) Çalışma durumunuz:

- Çalışıyorum
 Şimdiki hastalığım nedeni ile çalışmıyorum.
 Başka nedenlerle çalışmıyorum.
 Emekliyim

7) Sağlık güvenceniz var mı?

- Evet
 Hayır

8) Kullandığınız sağlık güvenceniz hangi kuruma aittir?

- Emekli sandığı
 SSK
 BAĞ-KUR
 Yeşil kart
 Özel sigorta
 Sağlık güvencesi yok
 Diğer

BÖLÜM 2

HİPERTANSİYONA İLİŞKİN RİSK FAKTÖR DEĞİŞKENLERİ İLE İLGİLİ ANKET FORMU

Aşağıdaki soruların uygun cevaplarını yanlardaki parantezlere işaretleyiniz, yazmanız gerekenleri yazınız.

1) Vücut Kitle İndeksi:

Boy:.....

Kilo:.....

2) Sigara kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

3) Kullanıyorsanız günde kaç tane sigara içiyorsunuz?

Günde 1-10 adet sigara

Günde 10-20 adet sigara

Günde 20'den fazla sigara

4) Alkol kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

5) Cevabınız evet ise

Miktarı:..... adet/gün Süresi:.....yıl

6) Kafein alıyor musunuz? (Çay/ kahve/kola vb.)

Evet

Hayır

7) Kaç yıldır yüksek tansiyonunuz var?

1 yıl ve daha az

2 - 4 yıl

5 yıl ve daha fazla

8) Tansiyonunuz yükseldiğinde ne gibi belirti/ belirtiler olmaktadır?

Hiçbir belirti yok

Ense bölgesinde hissedilen ağrı

Nefes darlığı

Çarpıntı

Baş dönmesi

Baş ağrısı

Sık idrara çıkma

9) Teşhisi konulmuş başka bir hastalığınız var mı?

Evet

Yok

10) Cevabınız evet ise teşhisi konulmuş diğer hastalıklarınız nelerdir? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- Böbrek Hastalığı
 Böbrek üstü bezi hastalıkları
 Tiroid Hastalıkları
 Kalp- damar Hastalıkları
 Hipofiz Bezi Hastalıkları
 Beyin-sinir Hastalıkları
 Diabet
 Diğer

11) Ailenizde hipertansiyon öyküsü var mı?

- Evet
 Hayır

12) Hipertansiyon ilacı kullanıyor musunuz?

- Evet
 Hayır

13) Hipertansiyonun tıbbi tedavisinin dışında başka yöntemlere başvuruyor musunuz?

- Evet
 Hayır

14) Cevabınız evet ise hangi yöntemler kullanıyorsunuz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz.)

- Alternatif tıp (Limonlu su, nar suyu içmek gibi)
 Egzersiz
 Stres azaltıcı yöntemler (müzik dinleme, yoga yapmak gibi)
 Diğer

15) Hipertansiyon için özel bir diyet kullanıyor musunuz?

- Evet
 Hayır

16) Egzersiz yapıyor musunuz?

- Düzenli egzersiz yaparım.
 Ara sıra egzersiz yaparım.
 Egzersiz yapmam

17)Yaşam biçiminiz düşünüldüğünde yoğun stres yaşıyor musunuz?

- Evet
Hayır
 Bazen

EK- 3

SF 36 (YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEK ANKETİ FORMU)

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruyu uygun seçeneği yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

a) Mükemmel b) Çok iyi c) İyi d) Orta e) Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştığımızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi
b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
c) Bir yıl öncesine göre hemen hemen aynı
d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
e) Bir yıl öncesine göre çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddeler gün boyunca yaptığımız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler			
Bir masayı çekmek, elektrik süpürGESİNİ İTMEK VE AĞIR olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler			
Günlük alışverişte alınanları kaldırma veya taşıma			
Merdivenle çok sayıda kat çıkma			
Merdivenle bir kat çıkma			
Eğilme veya diz çökme			
Bir iki kilometre yürüme			
Birkaç sokak öteye yürüme			
Bir sokak öteye yürüme			

Kendi kendine banyo yapma veya giyinme			
--	--	--	--

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerde kısıtlama oldu mu?		
İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)		

5. Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?		
İş veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?

- a) Hiç b) Çok hafif c) Hafif d) Orta e) Şiddetli f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığı göz önüne alarak, seçiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?						
Çok sinirli bir insan oldunuz mu?						
Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?						
Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?						
Kendinizi enerjik hissettiniz mi?						
Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?						
Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?						
Kendinizi mutlu hissettiniz mi?						
Kendinizi yorgun hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkta etkiledi?

- a) Her zaman b) Çoğu zaman c) Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
Diğer insanlardan biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.					
Tanıdığım insanlar kadar sağlıklıyım.					
Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.					
Sağlığım mükemmel.					

EK 4

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ ANKET FORMU

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler bulunmaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her seçeneğin karşısındaki cevaplardan size en uygun olanı parantez içine (x) koyarak işaretleyiniz.

Teşekkür ederiz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1. Sabahları kahvaltı ederim.				
2. Sağlığımıla ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.				
3. Kendimi beğenirim.				
4. Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.				
5. Yiyecek maddelerini alırken içinde koruyucu ya da katkı maddesi bulunmayanları seçerim.				
6. Her gün kendime rahatlatmak için zaman ayırırım.				
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.				
8. Hayata hevesle ve iyimserlikle bakarım.				
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde değiştiğini fark ederim.				
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.				
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.				
12. Kendimi mutlu ve memnun hissederim.				
13. Haftada en az 3 kez 20 dk. yoğun egzersiz yaparım.				
14. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.				
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.				
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.				
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.				

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
18. Başarılı insanları kolaylıkla takdir ederim.				
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.				
20. Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.				
21. Geleceğe ümitle bakarım.				
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.				
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.				
24. Yakın bulunduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.				
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.				
26. Çiğ, sebze, meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.				
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15–20 dk. zaman ayırırım.				
28. Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.				
29. Kendi başarılarımla övünürüm.				
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.				
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.				
32. Tansiyon ölçtürürüm ve ne anlama geldiğini bilirim.				
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirme konusunda eğitici programlara katılırım.				
34. Her günü ilginç mücadeleye değer bulurum.				
35. Her gün 4 besin grubu(protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.				
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp, gevşetirim.				
37. Yasadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.				
38. Dinlenmek için yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.				
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi yakınlık gösteririm				
40. Yatarken mutlu, hoş düşüncelere yoğunlaşırım.				

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.				
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.				
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.				
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşıyorum.				
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.				
46.Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.				
47.Sevdiğim insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.				
48.Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.				

11. ÖZGEÇMİŞ

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Nalan HACIOĞLU

Doğum Yeri ve Tarihi : Bulgaristan 28/10/1987

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dil:

E-posta Adresi: nalanhacioglu_10@hotmail.com

Tel : 0506 653 94 72

Eğitim ve Akademik Durumu

	<u>Mezun Olduğu Kurumun Adı</u>	<u>Mezuniyet Yılı</u>
Lise:	Bahçelievler Lisesi	2005
Lisans:	Haliç Üniversitesi	2010

İş Tecrübesi

<u>Görev</u>	<u>Yıl</u>
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	6 ay
Türk Kalp Vakfı	2 yıl (Halen devam etmekte)

Bildiriler/Yayınlar

Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Yorgunluğa Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi (Makale) - Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi(Yıl: 2011 Cilt: 48 Sayı :1)

