



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN**  
**HİPERTANSİYON HASTALARINDA DEPRESYON DURUMU İLE**  
**YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Hafsa İrem YAZICI**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL, 2024**





**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  
**BAŞAKŞEHİR ÇAM VE SAKURA ŞEHİR HASTANESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HİPERTANSİYON**  
**HASTALARINDA DEPRESYON DURUMU İLE YAŞAM KALİTESİ**  
**ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Hafsa İrem YAZICI**

**Tez Danışmanı: Doç. Dr. Hilal ÖZKAYA**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İSTANBUL/2024**

## **TEŞEKKÜR**

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile yetiŐmemde bŸyŸk emeği  
olan saygıdeğer hocam Doç. Dr. Hilal ŖZKAYA'ya,

Asistanlık sŸrecimde keyifle çalıŐmamda bŸyŸk katkıları olan değerli  
uzmanlarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Sevgi ve desteklerini hep yanı başımda hissettiğim, beni bŸyŸk fedakârlıklarla  
yetiŐtirip bugŸnlere getiren ve her zaman arkamda olan canım annem Aysel

YAZICI ve babam Ahmet YAZICI'ya

Sonsuz teŐekkŸrlerimi sunarım...

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR .....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR .....	iii
TABLO LİSTESİ .....	v
ÖZET .....	vii
ABSTRACT .....	viii
GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
GENEL BİLGİLER .....	2
GEREÇ VE YÖNTEM .....	17
BULGULAR .....	20
TARTIŞMA .....	40
SONUÇLAR .....	50
KAYNAKLAR .....	51
ÖZGEÇMİŞ .....	61
EKLER .....	63

## SİMGELER VE KISALTMALAR

**ACEİ:** Angiotensin converting enzyme inhibitors

**ARB:** Anjiotensin reseptör blokerleri

**BDEÖ:** Beck Depresyon Envanteri Ölçeği

**BKİ:** Beden kitle indeksi

**DKB:** Diyastolik kan basıncı

**DSM:** Diagnostic and statistical manual of mental disorders

**ESH:** European Society of Hypertension

**HT:** Hipertansiyon

**JNC:** Joint National Committee

**KB:** Kan basıncı

**KKB:** Kalsiyum kanal blokeri

**KOAH:** Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

**OUAS:** Obstrüktif uyku apne sendromu

**Patent:** Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension  
in Turkey

**PURE:** Prospective urban rural epidemiology

**SHT:** Sekonder Hipertansiyon

**SF-12:** Short Form 12

**SF-36 :** Short Form 36

**SKB:** Sistolik kan basıncı

**TEMED:** Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği

**TEKHARF:** Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

**YTD:** Yaşam tarzı değişikliği

**YKÖ:** Yaşam kalitesi Ölçeği



## TABLO LİSTESİ

**Tablo 1.** JNC 8 HT sınıflandırması

**Tablo 2.** ESH Hipertansiyon Sınıflandırması 2018

**Tablo 3.** Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu Hipertansiyon Sınıflandırması  
2019

**Tablo 4.** TEMD Hipertansiyon sınıflandırması 2022

**Tablo 5.** Hipertansif olmayan hastalarda takip önerileri

**Tablo 6.** Ofis ve ofis dışı kan basıncı ölçüm sonuçlarına hipertansiyon sınır  
değerleri

**Tablo 7.** Hipertansif olgularda yaşam tarzı önerileri

**Tablo 8.** İlaç tedavisi için yaşa göre eşik ve hedef kan basıncı değerleri

**Tablo 9.** Hipertansiyonda tedavi yaklaşımı

**Tablo 10.** DSM-5 Majör Depresyon Tanı Kriterleri

**Tablo 11.** Hastalara ait Demografik ve Çeşitli Değişkenlerin Frekans  
Dağılımı

**Tablo 12.** Hastaların Hipertansiyonla İlgili Çeşitli Değişkenlere Verdikleri  
Yanıtların Frekans Dağılımı

**Tablo 13.** Hastalara ait Çeşitli Değişkenlerin Frekans Dağılımı

**Tablo 14.** BDEÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarına ilişkin  
Tanımlayıcı İstatistikler

**Tablo 15.** Hastaların BDEÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından  
Aldıkları Puanlar ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki Korelasyon Analizi

**Tablo 16.** Hastalara ait Demografik ve Çeşitli Değişkenlerin BDEÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 17.** Hastalara ait Demografik ve Çeşitli Değişkenlerin BDEÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması

**Tablo 18.** Hastaların Hipertansiyon Sınıflaması ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

**Tablo 19.** Hastaların Tansiyon Değerleri ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

**Tablo 20.** Hastaların Yüksek Tansiyon Yılı Grupları ile Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

**Tablo 21.** Hastaların “İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?” İle Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

**Tablo 22.** Hastaların “Hipertansiyonun zamanla organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?” İle Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması

**Tablo 23.** Hastaların Yaş Grupları Açısından Ek Organ Hastalıklarının Frekans Dağılımı

**Tablo 24.** Hastaların Cinsiyetleri Açısından Ek Organ Hastalıklarının Frekans Dağılımı

**Tablo 25.** Hastaların “Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?” Sorusu ile Tansiyon Ölçme sıklığının Karşılaştırılması

## ÖZET

**AMAÇ:** Hipertansiyon yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek depresyon riskini arttıran önemli bir sağlık sorunu olarak öne çıkmaktadır. Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğine başvuran hipertansiyon hastalarının depresyon düzeyini belirlemek, depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır. Böylece birinci basamağa başvuran hastalara bütüncül ve hasta merkezli yaklaşarak kapsamlı bakım vermenin önemini vurgulamak hedeflenmiştir.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 01.07.2024-31.07.2024 tarihleri arasında çeşitli sebeplerle başvuran toplamda 192 hipertansiyon tanısı almış gönüllü hastaya yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Ankette demografik özelliklerin yanı sıra depresyon düzeyinin belirlenmesi için Beck Depresyon Envanteri Ölçeği (BDEÖ), yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Short Form 12 (SF-12) ölçeği yer almaktadır. Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 kullanılarak gerçekleştirildi ve  $p<0,05$  anlamlı kabul edildi.

**BULGULAR:** Çalışmamıza katılan hastaların 129'unun kadın, 63'ünün erkek olduğu tespit edildi. Yaş ortalamasının  $53.45 \pm 8.20$  olduğu görüldü. Hastaların depresyon düzeylerine bakıldığında %29.2' sinin orta ve şiddetli depresyon düzeyine sahip olduğu saptandı. Hipertansiyon hastalığı süresi uzadıkça hipertansiyona bağlı gelişen şikayetler ( $p=0.017$ ) ve ek organ hastalıklarının ( $p<0.001$ ) anlamlı şekilde arttığı gözlemlendi. Bununla beraber hipertansiyona bağlı şikayetleri ( $p<0.001$ ) ve ek organ hastalıkları ( $p=0.001$ ) bulunan hastaların bulunmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde BDEÖ' den daha yüksek puan aldığı görüldü. BDEÖ toplam puanları ile ve YKÖ alt boyutlarından "Fiziksel Bileşen" puanları ( $p<0.001$ ) ve "Mental Bileşen" puanları ( $p<0.001$ ) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

**SONUÇ:** Hipertansiyon kronik bir hastalık olması nedeniyle, bireylerin fiziksel sağlığını doğrudan etkilediği gibi psikolojik sağlığı üzerinde de ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Yüksek tansiyonun meydana getirdiği stres ve kaygı depresyon riskini arttırarak hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir. Hipertansiyon hastalarına birinci basamakta hasta merkezli ve bütüncül bir yaklaşım benimsenmeli; hastaların sadece fiziksel hastalıkları ve komplikasyonları değil, aynı zamanda sosyal ve psikolojik durumları da değerlendirilmelidir.

- **Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, yaşam kalitesi, depresyon, kapsamlı sağlık hizmeti, aile hekimliği, kronik hastalık

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** Hypertension stands out as a major health concern, adversely impacting quality of life and elevating the risk of depression. This study aims to assess the level of depression in hypertension patients attending a family medicine outpatient clinic and to examine the relationship between depression levels and quality of life. By taking a holistic and patient-centered approach, the study seeks to emphasize the importance of providing comprehensive care to primary care patients.

**MATERIALS AND METHODS:** A total of 192 volunteer patients diagnosed with hypertension, who visited the Başakşehir Çam and Sakura City Hospital Family Medicine Outpatient Clinic for various reasons between 01.07.2024 and 31.07.2024, were surveyed using a face-to-face interview method. In addition to demographic characteristics, the survey included the Beck Depression Inventory (BDI) to assess depression levels and the Short Form 12 (SF-12) scale to evaluate quality of life. All statistical analyses were conducted using IBM SPSS version 25.0, and  $p < 0.05$  was considered statistically significant.

**RESULTS:** Among the participants, 129 were female and 63 were male, with a mean age of  $53.45 \pm 8.20$ . It was found that 29.2% of patients had moderate to severe levels of depression. As the duration of hypertension increased, complaints related to hypertension ( $p=0.017$ ) and additional organ diseases ( $p < 0.001$ ) significantly increased. Furthermore, patients with hypertension-related complaints ( $p < 0.001$ ) and additional organ diseases ( $p=0.001$ ) had significantly higher BDI scores compared to those without these conditions. A statistically significant negative relationship was observed between total BDI scores and the “Physical Component” ( $p < 0.001$ ) and “Mental Component” ( $p < 0.001$ ) scores of the SF-12 quality of life subscales.

**CONCLUSION:** Hypertension, as a chronic disease, not only directly impacts individuals’ physical health but also has significant effects on psychological well-being. The stress and anxiety caused by high blood pressure increase the risk of depression, thereby reducing patients’ quality of life. A patient-centered and holistic approach should be adopted in primary care for hypertension patients, considering not only their physical illnesses and complications but also their social and psychological conditions.

- **Keywords:** Hypertension, quality of life, depression, comprehensive health care, family practice, chronic disease

## 1.GİRİŞ VE AMAÇ:

Hipertansiyon tekrarlayan ölçümlerde kan basıncının 140/90 mmHg'den yüksek olması olarak tanımlanır. Sürekli kan basıncı yüksekliği ile seyreden sistemik bir hastalık olmasının yanı sıra, ciddi komplikasyonlara sebep olması ve toplumda sık görülmesi nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Tedavi edilmediği takdirde birçok ölümcül hastalık için önemli bir risk faktörüdür(1).

Hipertansiyon hastalığı diğer tüm kronik hastalıklar gibi uzun vadede doku ve organ hasarına neden olmakta ve bu durum birtakım psikososyal sorunları da beraberinde getirmektedir. Hastalarda belirlenen psikososyal problemler arasında ümitsizlik, öfke, üzüntü, içe kapanma, çaresizlik ve ölüm korkusu yer almaktadır(2).

Bedensel hastalıklara en sık eşlik eden psikolojik rahatsızlık depresyondur(3). Depresyon çökkün duygu durumu ve ilgi azlığı ile seyreden, tüm dünyada en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Kronik birçok hastalığa eşlik eden depresyon kişinin günlük yaşamını ve işlevselliğini bozmakta, tedavi edilmediği takdirde yüksek tedavi maliyetlerine, yüksek mortalite ve morbidite oranlarına neden olabilmektedir(4). Kronik hastalığın kişiler üzerinde oluşturduğu fiziksel ve ruhsal problemler yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir.

Aile hekimliği çekirdek yeterliliği kapsamında bütüncül yaklaşım gereği her bir hastanın biyopsikososyal açıdan değerlendirilmesi gerekir. Hastaların kronik hastalıklarının takibi ve tedavisinin yanında sosyal ve psikolojik durumlarının da değerlendirilmesi, gerekli desteğin ve tedavinin sağlanması aile hekimliğinin temel vazifelerindedir. Bu çalışmada aile hekimliği polikliniğine başvuran hipertansiyon hastalarının depresyon durumunu belirlemek, depresyon durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır. Böylece birinci basamağa başvuran hastalara bütüncül ve hasta merkezli yaklaşarak kapsamlı bakım vermenin önemini vurgulamak hedeflenmiştir.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. Hipertansiyon

#### 2.1.1. Tanım:

Doktor tarafından yapılan tekrarlayan kan basıncı ölçümlerinde sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg ve üzeri, diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg ve üzerinde ölçülmesi hipertansiyon (HT) olarak kabul edilmektedir. 2019 yılında tekrar düzenlenen Türk HT uzlaşma raporuna göre kan basıncı düzeyleri normal, artmış, evre 1 ve evre 2 olarak sınıflandırılmıştır. Hipertansiyon hemorajik veya trombotik inme, koroner kalp hastalığı, periferik arter hastalığı, kalp yetersizliği, böbrek yetersizliği, aort diseksiyonu gibi birçok ölümcül komplikasyona neden olabilmektedir. Kan basıncı yüksekliği arttıkça hipertansiyona bağlı komplikasyonların görülme sıklığı da artmaktadır (1,5).

#### 2.1.2. Epidemiyoloji

Hipertansiyon prevalansı nüfusun yaşlanması ve sağlıksız beslenme gibi yaşam tarzına bağlı risk faktörlerinin artması nedeniyle küresel olarak artış göstermektedir(6).

Yüksek sodyum alımı, düşük potasyum alımı, obezite, alkol tüketimi, fiziksel hareketsizlik ve sağlıksız beslenme gibi hipertansiyon risk faktörlerinin seviyelerindeki farklılıklar, bölgelere göre hipertansiyon prevalansındaki farklılıklara neden olmaktadır (6,7)

Dünya çapında kardiyovasküler hastalıkların ve erken ölümün önde gelen nedenleri arasında HT ilk sıralarda yer almaktadır (6).

Ocak 2003 ile Aralık 2009 arasında 17 farklı ülkeden 35 ila 70 yaş aralığında 153.996 yetişkinin katıldığı Prospektif Kentsel Kırsal Epidemiyoloji (PURE) çalışmasında katılımcıların %40,8'inin hipertansiyona sahip olduğunu ve erkeklerde

(%41,4) kadınlara (%37,7) göre daha yüksek bir prevalansa sahip olduğu tespit edilmiştir(8). Hipertansiyonu olan hasta sayısının 2015 yılında 1.3 milyona çıktığı ve artışın büyük ölçüde düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde gerçekleştiği bulunmuştur (7).

Ülkemizde HT prevalansı ile ilgili yapılan ilk çalışma 1990 yılında yapılmış olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasıdır. Bu çalışmada toplumdaki hipertansiyon prevalansı %33,7 olarak saptanmıştır. Çalışmanın 2007- 2008 yıllarında yapılan kohortunda HT prevalansının kadınlarda %46,3, erkeklerde %37,7 olduğu tespit edilmiştir (9). 2003 yılında yapılan PatenT (Prevalence, Awareness, Treatment and

Control of Hypertension in Turkey) alışması ise HT'nin sıklığı, farkındalığı ve tedavi alma durumunu ortaya koymak için yapılmış bir diğer önemli çalışmadır. Bu alışmada HT prevalansı %31,8 olarak tespit edilmiş olup cinsiyete göre bakıldığında HT prevalansı kadınlarda %36,1 iken, erkeklerde %27,7 olarak bulunmuştur. Çalışma yapıldıktan 10 yıl sonra güncel durum ve değişiklikleri saptamak için PatenT2 isimli ikinci bir çalışma yapılmıştır. PatenT2'nin sonucunda HT prevalansı %30,3 olarak saptanmıştır(10).

### **2.1.3. Etiyolojik Sınıflandırma**

Hipertansiyon, oluşum mekanizmasına göre primer HT ve sekonder HT olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır.

#### **2.1.3.1. Primer Hipertansiyon (Esansiyel Hipertansiyom)**

Mekanizması tam olarak bilinmeyen, herhangi bir hastalık sonucu oluşmamış, arteriyel kan basıncı yksekliliğine primer hipertansiyon denir. Tüm HT vakalarının yaklaşık %80-90' ını primer HT oluşturur. Genellikle asemptomatik olması nedeni ile tanı koymada gecikme yaşanmakta ve bu durum kardiyovasküler risk açısından olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Uygun kan basıncı ölçümleri ile risk faktörlerini beraber değerlendirerek kan basıncı kontrolü sağlamak oldukça önemlidir.

Nedeni tam olarak bilinemese de obezite, yetersiz fiziksel aktivite, diyetle alınan tuz miktarındaki artış, sigara ve alkol kullanımı ile yakından ilişki içerisindedir. Yaşam koşullarının düzeltilmesi, uygun spor ve diyet nerileri, sigara ve alkol kullanımının önlenmesi ile büyük ölçüde primer koruma sağlanabilecek bir hastalıktır. Toplumda çok sık görülmesi ve çevresel faktörlerin engellenebilir olması koruyucu hekimliğin hastalığın önlenmesinde büyük bir öneme sahip olduğunu göstermektedir (1,11).

#### **2.1.3.2. Sekonder Hipertansiyon**

Altta yatan tespit edilebilir bir nedene bağlı olarak ortaya çıkan devamlı yksekan basıncına sekonder hipertansiyon (SHT) denir. Toplumdaki hipertansiyon olgularının yaklaşık %10-15'ini oluşturmaktadır. Gerekli dozda antihipertansif kullanımına rağmen kontrol edilemeyen kan basıncı yüksekliliği olan, ani kan basıncı yüksekliliği yaşayan, 30 yaşından geç, ailesinde böbrek hastalığı olan, ekstremiteler arasında kan basıncı farkı olan, santral obezite,

pembe-mor strialar gibi cushing sendromunu akla getiren bulguları olan hastalar SHT açısından araştırılmalıdır (1,5,12).

Endokrin nedenler (Primer hiperaldoosteronizm, cushing sendromu, feokromasitoma), renal nedenler (Kronik böbrek hastalığı, renal arter stenozu), uyku apne sendromu, vasküler nedenler (Aort koarktasyonu), ilaçlar ve madde kullanımı (Non-steroidal anti-inflamatuvar ilaçlar, glukokortikoidler, dekonjestanlar, amfetamin, kokain) gibi birçok nedene bağlı olarak gelişebilmektedir(1). Etiyolojinin nedeninin en erken zamanda tespit edilmesi ve yüksek kan basıncının kontrol altına alınması kardiyovasküler olayların ve hedef organ hasarının önlenmesi açısından oldukça önemlidir.

#### 2.1.4. Kan Basıncı Sınıflandırması

18 yaş ve üzeri bireylerde hekim tarafından yapılan ofis ölçümlerinde sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde ve diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Tüm dünyada oldukça sık görülmesi nedeni ile bölgesel olarak birçok sınıflandırma yapılmıştır. Bunlardan en bilinenleri arasında 2014 yılında yayınlanan Joint National Committee (JNC)-8 raporu vardır. Bu rapora göre kan basıncı normal, pre-hipertansiyon, evre 1, evre 2 olarak sınıflandırılmıştır (13).

**Tablo 1.** JNC 8 HT sınıflandırması (13)

	<b>Sistolik (mmHg)</b>		<b>Diyastolik (mmHg)</b>
<b>Normal</b>	<120	Ve	<80
<b>Prehipertansiyon</b>	120-139	Ve/ veya	80-90
<b>Evre-1 HT</b>	140-159	Ve/ veya	90-99
<b>Evre-2 HT</b>	≥160	Ve/ veya	≥100

Avrupa HT Derneği (The European Society of Hypertension- ESH) ise 2018 yılında farklı bir sınıflandırma yapmıştır (14).

**Tablo 2.** 2018 ESH HT Sınıflandırması (14)

	<b>Sistolik KB (mmHg)</b>		<b>Diyastolik KB (mmHg)</b>
<b>Optimal</b>	<120	Ve	<80
<b>Normal</b>	120-129	Ve/ veya	80-84
<b>Yüksek- normal</b>	130-139	Ve/ veya	85-89
<b>Evre 1 HT</b>	140-159	Ve/ veya	90-99
<b>Evre 2 HT</b>	160-179	Ve/ veya	100-109
<b>Evre 3 HT</b>	>180	Ve/ veya	>110
<b>İzole sistolik HT</b>	≥ 140	Ve	<90

2019 yılında yayınlanan Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu'na göre kan basıncı düzeyleri dört evrede sınıflandırılmıştır (5).

**Tablo 3.** 2019 Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu Hipertansiyon Sınıflandırması (5)

<b>Kategori</b>	<b>SKB (mmHg)</b>		<b>DKB (mmHg)</b>
<b>Normal</b>	<120	ve	<80
<b>Artmış</b>	120–139	ve/veya	80–89
<b>Hipertansiyon</b>	≥140	ve/veya	≥90
<b>Evre 1</b>	140–159	ve/veya	90–99
<b>Evre 2</b>	≥160	ve/veya	≥100

SKB: Sistolik kan basıncı; DKB: Diyastolik kan basıncı.

Yapılan son çalışmalarla beraber güncellenen bilgiler ışığında Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) hipertansiyon tanı ve tedavi 2022 kılavuzunda aşağıdaki sınıflandırma yayınlanmıştır(1).

**Tablo 4.** TEMD Hipertansiyon sınıflandırması 2022(1)

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diyastolik (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış kan basıncı	120-139	ve/veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	≥160	ve/veya	≥100
Evre 3 HT	≥180	ve/veya	≥110

**HT:** Hipertansiyon

Her insanın kendine has bir sirkadiyen ritmi olması nedeni ile kalp hızı, kan basıncı ve koroner tonus gibi parametreler gün içinde değişiklik göstermektedir. Bu duruma bağlı olarak kan basıncının sabah saatlerinde en yüksek değerlere ulaştığı, gün içinde azalma gösterdiği ve gece boyunca en düşük seviyelerde seyrettiği tespit edilmiştir. Kan basıncındaki bu sirkadiyen değişiklik yeni bir sınıflandırmanın oluşmasına neden olmuştur. Ambulatuvar kan basıncı ölçümleri ile yapılan bu sınıflamaya göre gece saatlerinde ölçülen kan basıncı değerinde gündüz değerine göre %10 veya daha fazla düşme yaşanması dipper hipertansiyon, %10'dan az düşme olması ise non-dipper hipertansiyon olarak tanımlanmıştır. Non-dipper hipertansiyonlu hastalarda serebrovasküler hastalık gelişme ihtimali ve kardiyovasküler mortalite ve morbiditede artışın daha fazla olduğu gözlenmiştir (1).

### 2.1.5 Kan Basıncı Ölçümü

Hipertansiyonun tanısı ve tedavisi esas olarak muayenede kan basıncının ölçülmesine dayanmaktadır(15). Kan basıncı ölçümünü etkileyen birden fazla durum söz konusudur. Ölçümün günün hangi saatinde yapıldığı, yemek yeme veya egzersiz yapıp yapmama durumu, ölçüm öncesi sigara veya alkol kullanımı kan basıncını önemli ölçüde etkileyen faktörlerdir(1,12).

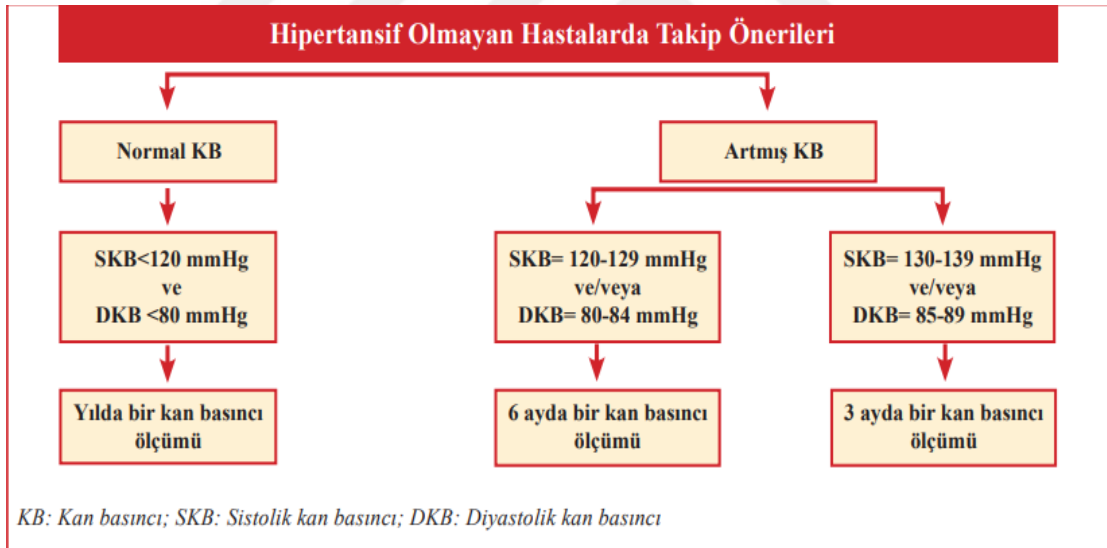
Standart kan basıncı ölçümü hekim tarafından hasta 5 dakika boyunca sessiz bir odada dinlendikten sonra yapılmalıdır. Hastanın en az 30 dk önce sigara, çay veya kahve içmemiş olmasına, tercihen yemek yememiş olmasına dikkat edilmelidir(1,5). Ölçüm sırasında hasta sırtını bir sandalyeye yaslayarak oturtulmalı, konuşmamalı, bacak bacak üstüne atmamalıdır. Tansiyon ölçmeden önce kolu çıplak hale getirilmiş olmalıdır. Manşon kalp düzeyinde ve alt

ucu dirsek çukurundan 2.5- 3 cm yukarıda olacak şekilde sarılmalıdır. Stetoskop hiçbir zaman manşonun altına yerleştirilmemeli, dirsek çukuruna hafifçe bastırılmalıdır (1,12).

İlk muayenede her iki koldan da ölçüm yapılmalıdır. İki kol arası yapılan kan basıncı ölçümlerinde fark var ise ölçümün tekrar edilmesi gerekir. İlk ölçümde kan basıncı değerinin 140/90 mmHg dan yüksek saptanması HT tanısını kesinleştirmeden doğrulamanın yapılması için hasta ikinci bir muayeneye çağırılmalıdır. Hastaya ikinci muayeneye gelene kadar evde düzenli kan basıncı (KB) ölçümü veya ambulatuvar KB ölçümü yapılması söylenerek daha doğru bir tanıya ulaşmak hedeflenmelidir(1,5).

Kan basıncı ölçümleri evre 1 olarak tespit edilen hastalar 2-4 hafta içerisinde, evre 2 olanlar ise 1-2 hafta sonra muayene için tekrar çağırılmalıdır. Ofis ölçümlerinin ortalaması evre 3 olarak tespit edilen hastalara ise ev veya ambulatuvar ölçümlere gerek duyulmaksızın antihipertansif ilaç tedavisine başlanmalıdır. Hastalarda hedef organ hasarı ile uyumlu klinik bulgular mevcutsa yine vakit kaybetmeden antihipertansif tedaviye başlanmalıdır(1).

**Tablo 5.** Hipertansif olmayan hastalarda takip önerileri(12)



### 2.1.5.1. Evde Kan Basıncı Ölçümü

Evde kan basıncı ölçümü özellikle ofis ölçümlerinde tanı alması zor olan maskeli hipertansiyon, beyaz önlük hipertansiyonu, kontrolsüz hipertansiyon ve dirençli hipertansiyon tanısının doğrulanması için önemli bir yöntem olarak görülmektedir (15).

Evde kan basıncı ölçümü yapılırken kol için uygun manşonlu, otomatik tansiyon ölçüm aletleri kullanılmalıdır. Bilekten ölçüm yapan cihazlar kan basıncı takibinde önerilmemektedir.

En az 3 gün olmak üzere tercihen 6-7 gün dinlenmiş olarak sabah ve akşam 1-2 dk dinlenerek art arda 2 defa ölçüm yapılmalı ve 2 değerin ortalaması alınmalıdır(12). Evde KB ölçüm değerleri ortalamasının 135/85 mmHg ve üzerinde olması hipertansiyon tanısını düşündürmelidir.

### 2.1.5.2. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü

Hasta üzerinde özel bir cihaz taşınması suretiyle 24 saat boyunca kan basıncı kayıtlarının alınması ile yapılan KB ölçümü hipertansiyonun tanısında ve takibinde ideal bir yöntemdir.

İmkanlar dahilinde her zaman kullanılması önerilen bu yöntemin özellikle aşağıdaki durumlarda kullanılması önerilmektedir.

- Ofis ölçümleri ve evde kaydedilen KB ölçümleri arasında belirgin bir fark olması,
- Dipping varlığının araştırılması,
- Nokturnal hipertansiyon şüphesi,
- KB değişkenliklerinin saptanması.

Hastanın uyanık olduğu dönemdeki yapılan KB ölçüm değerlerinin ortalaması  $\geq 135/85$  mmHg veya 24 saatlik KB ölçüm ortalaması  $\geq 130/80$  mmHg ise hipertansiyon tanısı konulur(1,12).

**Tablo 6.** Ofis ve ofis dışı kan basıncı ölçüm sonuçlarına hipertansiyon sınır değerleri(1)

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Ofis kan basıncı	$\geq 140$	ve/veya	$\geq 90$
Ambulatuvar kan basıncı			
Gündüz	$\geq 135$	ve/veya	$\geq 85$
Gece	$\geq 120$	ve/veya	$\geq 70$
24 saat	$\geq 130$	ve/veya	$\geq 80$
Evde ölçülen kan basıncı	$\geq 135$	ve/veya	$\geq 85$

### **2.1.6. Beyaz Önlük Hipertansiyonu**

Ofis ölçümlerinde yüksek kan basıncı değerlerinin saptanmış olmasına rağmen evde veya ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinde normal kan basıncı değerlerinin kaydedilmesi beyaz önlük hipertansiyonu olarak adlandırılır. Beyaz önlük hipertansiyonuna sahip kişilerin evde veya ambulatuvar kan basıncı yüksekliğine sahip kişilere göre daha az kardiyovasküler riske sahip olduğu tespit edilmiştir. Bazı çalışmalarda ise beyaz önlük hipertansiyonuna sahip bireylerin normotansif bireyler ile karşılaştırıldığında daha yüksek organ hasarı ve metabolik bozukluğa sahip olduğu görülmüştür. Bu nedenle beyaz önlük hipertansiyonunun çok da masum olmayabileceği düşünülmektedir. Beyaz önlük hipertansiyonuna sahip bireylere yaşam tarzı değişikliği mutlaka önerilmeli ve yakın takip edilmelidir. Ek risk faktörlerine de sahip olan hastalara yaşam tarzı değişikliğinin yanında ilaç tedavisi de önerilmektedir(1,12).

### **2.1.7 Maskeli Hipertansiyon**

Kan basıncı değerinin ofis ölçümlerinde normal olmasına rağmen günlük yaşamda yüksek olmasına maskeli hipertansiyon denir. Maskeli hipertansiyonun toplumdaki sıklığı yaklaşık olarak %10 'dur. Muayene esnasında kan basıncının normal olması nedeniyle tanı koymak oldukça zordur. Hedef organ hasarı bulunan hastalarda maskeli hipertansiyon akla gelmeli ve mutlaka araştırılmalıdır (16,17).

### **2.1.8. Klinik Değerlendirme**

#### **2.1.8.1. Anamnez**

Hipertansiyon tanısı almış bir hastanın değerlendirmesi klinik öykü ile başlamalıdır. Hastanın hipertansiyon tanısını ne zaman aldığı, kan basıncı ölçümlerinin nasıl seyrettiği, hangi ilaçları kullandığı ve ilaçların oluşturduğu yan etkileri sorgulanmalıdır. Hastanın beslenme alışkanlıkları, diyet ile aldığı tuz miktarı, sigara ve alkol kullanım durumu, kullanıyor ise ne sıklıkla kullandığı ve miktarı, hangi sıklıkla fiziksel aktivite yaptığı sorularak anamnez derinleştirilmelidir. Kan basıncını yükseltme etkisi olan ilaçların (Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar, oral kontraseptifler, kokain, siklosporin, steroid hormonla) kullanım durumu da mutlaka değerlendirilmelidir (12,18).

Hastanın kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, periferik damar hastalığı, serebrovasküler hastalık, dislipidemi, diabetes mellitus, seksüel disfonksiyon ve böbrek

hastalıkları ile ilgili geçmişi, bu klinik tablolarla ilgili semptomları ve kullandığı ilaçları kayıt edilmelidir(12,18).

Hipertansiyona bağlı gelişebilecek olan organ hasarı varlığının değerlendirilmesi için nefes darlığı, göğüs ağrısı, poliüri, noktüri, hematüri, baş ağrısı, senkop öyküsü, vertigo, görme bozukluğu, geçici iskemik atak öyküsü, intermittan klodikasyon ve derin ven trombozu öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır (1,19)

Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) hipertansiyon hastalarında oldukça sık görülmektedir. OUAS tedavi edilmediği takdirde yüksek tansiyonun medikal tedavi uygulanmasına rağmen kontrol edilemediği tespit edilmiştir(12,20) Hipertansiyon tanısı herhangi bir sekonder nedene bağlanmamış 18-35 yaş arası hastaların %89'unda altta yatan OUAS olduğu görülmüştür(21)Bu nedenle yüksek tansiyona sahip özellikle obez bireylerde mutlaka OUAS akla gelmelidir.

### **2.1.8.2. Fizik Muayene**

İlk ve en önemli bulgu doğru bir şekilde ölçülmüş kan basıncı değeridir. Devamında sekonder hipertansiyon düşündürülen bulgular ve hedef organ hasarını gösteren belirtiler yönünden dikkatli olunmalıdır(12)

Hastanın ilk gelişinde boy kilo ve bel çevresi ölçülmeli ve beden kitle indeksi hesaplanmalıdır. İnceleme bakışı ile cushing sendromuna ait pembe- mor striaların varlığı araştırılmalıdır. Nörofibromalar ve cafe au lait lekelerinin varlığı feokromasitomayı akla getirmelidir.

Tüm hastaların periferik nabızları değerlendirilmeli, düzensizlik saptanması halinde atrial fibrilasyon akla gelmelidir. Kalp, karotis ve renal arterler oskulte edilerek aort koarktasyonu ve renal hipertansiyon araştırılmalıdır. Hipertansif retinopatiyi değerlendirmek amacıyla fundoskopik inceleme yapılmalıdır (22,23).

### **2.1.8.3. Laboratuvar İncelemesi**

Laboratuvar tetkiklerinin yapılmasındaki ana amaçlar sekonder hipertansiyonun, son organ hasarının ve kardiyovasküler riskin araştırılmasıdır. Hipertansiyon hastalarına çok sık rastlanması ve sekonder nedenlerin tespit edilme oranının düşük olması nedeniyle laboratuvar incelemelerini etkin bir şekilde kullanmaya özen göstermeliyiz. Özellikle genç yaşta başlayan,

uygun antihipertansifler ile kontrol edilemeyen tansiyona sahip hastaları laboratuvar tetkikleri ile değerlendirmek gerekmektedir. Bu hastalarda yapılması gereken bazı temel laboratuvar tetkikleri tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, açlık kan glukozu, lipit profili, kanda sodyum, potasyum üre, kreatinin ve ürik asit değerleri ve elektrokardiyogramdır(12,24)

#### **2.1.8.4. Tedavi**

Hipertansiyon tedavisinin ana amacı; kan basıncını optimal değerlere düşürerek hastayı, hipertansiyonun kardiovasküler, renal ve serebrovasküler komplikasyonlarından koruyabilmektir. Tedavi yöntemi olarak yaşam tarzı değişikliğini içeren non-farmakolojik ve farmakolojik tedavi yöntemleri beraber kullanılmalıdır.

Antihipertansif tedavi planı yapılırken sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeyleri, kardiyovasküler risk düzeyi, hastanın displidemi ve diabetes mellitus gibi ek hastalıklarının varlığı, obezite, ve sigara kullanımı gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır(1).

##### **2.1.8.4.1 Yaşam Tarzı Değişikliği**

Sağlıklı yaşam şekli ile yükselmiş kan basıncının kontrolünü sağlamak ve kardiyovasküler hastalık riskini en aza indirmek mümkündür. Bu nedenle hipertansif hastalarda yaşam tarzı değişikliği olmadan tek başına farmakolojik tedavi uygulanması düşünülemez. Tedavi planlamasındaki ilk aşama her hastanın sosyokültürel düzeyine göre hayat tarzındaki değişikliklerin düzenlenmesidir. Yaşam tarzı değişikliği pre-hipertansiyon sınıfında kabul edilen düşük riskli hastalar için tek başına yeterli bir tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. İleri evrede kabul edilen hastalarda ise sağlıklı yaşam önerileri ile kan basıncı kontrolünün daha kolay sağlandığı ve çoklu ilaç kullanımı gereksiniminin azaldığı görülmüştür(1).

Önerilen hayat tarzı değişiklikleri arasında obez bireylerde ağırlığının en az %5–10'u kadar kilo kaybı, sigarayı bırakmak, düzenli egzersiz yapmak, günlük tuz kullanımını < 6 gr/gün olacak şekilde kısıtlamak, meyve ve sebze tüketimini arttırmak, günlük stresin azaltılması amacıyla her gün 15 dk nefes egzersizi yapılması ve doymuş yağ alımının azaltılması vardır(5,25).

**Tablo 7.** Hipertansif olgularda yaşam tarzı önerileri(1)

	ÖNERİ
<b>Tuz kısıtlaması</b>	Günde $\leq 6$ gr (günlük 1 çay kaşığı)
<b>Hipertansiyon diyeti (DASH)</b>	Sebze-meyve Az yağlı süt ürünleri Yağ içeriği azaltılmış ürünler
<b>Lif tüketimi</b>	Günlük 20- 35 gr lif tüketilmesi
<b>Potasyum tuzu</b>	Sebze ve meyveden sağlanan günlük 90 mmol K kullanımı
<b>Kilo kaybı (10 kg)</b>	BKİ ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ): 18.5-24.9
<b>Fiziksel aktivite</b>	Haftada 90-150 dk yürüme (3-4 gün/hafta)
<b>Alkol tüketimi</b>	Erkeklerde en fazla günde 20-30 gr Kadınlarda en fazla günde 10-20 gr
<b>Sigara</b>	Sigaranın içilmemesi
<b>İçecek tercihi</b>	En fazla günde 2 kafeinsiz kahve veya çay tüketimi

#### 2.1.8.4.2. Medikal Tedavi

Antihipertansif tedaviye başlama kararı hastanın kan basıncı düzeyi, ek hastalıkları ve sahip olduğu risk faktörlerine göre verilir. Kan basıncının  $\geq 140/90$  mmHg olması farmakolojik tedaviye başlamak için eşik değer olarak kabul edilmektedir. Bu değer 80 yaşından büyük hastalar için  $\geq 150$  mmHg olarak düzeltilmiştir(5).

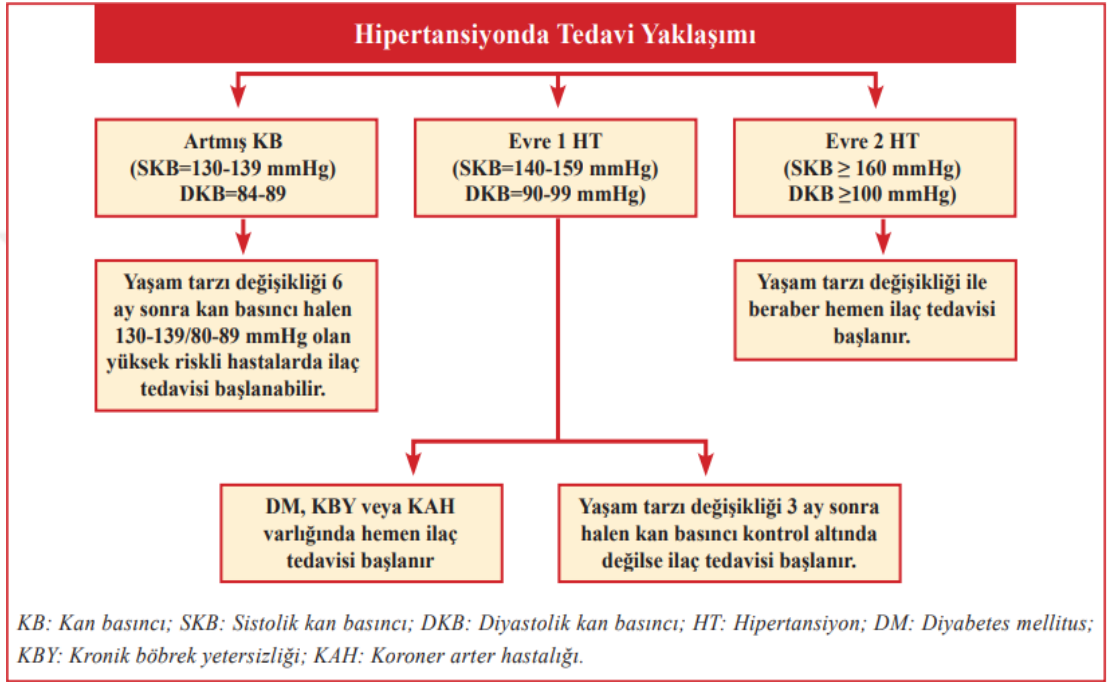
**Tablo 8.** İlaç tedavisi için yaşa göre eşik ve hedef kan basıncı değerleri(5)

Yaş Grubu	Eşik kan basıncı (mmHg)	Hedef kan basıncı (mmHg)
<b>18-64 yaş</b>	$\geq 140/90$	120-130/70-80
<b>65-79 yaş</b>	$\geq 140/90$	130-140/70-80
<b><math>\geq 80</math> yaş</b>	$\geq 150$	130-140/70-80

Hipertansiyon tanısı alan bir hasta herhangi bir risk faktörü olmaksızın evre 2 veya evre 3 ise yaşam tarzı değişikliğinin yanında medikal tedaviye de hemen başlanmalıdır. Evre 1 hipertansiyon hastaları ise eğer bir risk faktörleri yok ise yaşam tarzı değişikliği önerileri ile 1-3 ay kadar takip edilir. Takibin sonucunda kan basıncı hala yüksek seyrediyorsa yaşam tarzı

değişikliği ile beraber farmakolojik tedaviye de başlanır. Eğer evre 1 hipertansif ve diyabetes mellitus, koroner arter hastalığı, serebrovasküler hastalığı, böbrek hastalığı ve hedef organ hasarına sahip olan bireylerle karşılaşırsa yine yaşam tarzı değişikliği (YTD) ve medikal tedavi beraber başlanmalıdır(1,14).

**Tablo 9.** Hipertansiyonda tedavi yaklaşımı (12)



Ek bir hastalığa sahip olmayan hastalarda antihipertansif tedavi anjiotensin reseptör blokerleri (ARB), anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ), kalsiyum kanal blokerleri (KKB) ve diüretikler olmak üzere 4 ana grup ilaçtan oluşmaktadır. Bu dört ilaç grubu yüksek tansiyonlu bireylerde tek tek veya kombinasyon olarak kullanılabilir. (ARB ve ACEİ kombinasyonu hariç) Daha önce bu grubun içerisinde yer alan beta bloker sınıfı ilaçlar ise kalp yetmezliği, atriyal fibrilasyon, koroner arter hastalığına gibi hastalıklara sahip olmadıkça başlangıç tedavisinde önerilmez. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), diyabet, metabolik sendrom gelişme ihtimali yüksek olan hastalarda ise tercih edilmemektedir(1,5,26).

Monoterapi ile tedaviye başlanan hastalarda kan basıncında anlamlı miktarda azalma görülmemesi durumunda ilaç dozu arttırılmalı veya kombine tedaviye geçilmelidir(12). Tek bir ilacı maksimum dozda kullanmak yerine birden fazla ilacı düşük dozlarda kombine halde kullanılması hem kan basıncını daha iyi düşürecek hem de hastayı olası yan etkilerden koruyacaktır(1).

Kombinasyon tedavisi olarak ilk seçenekte ACEİ veya ARB nin yanında KKB veya ACEİ veya ARB ile diüretik tercih edilmektedir. Eğer bu ikili kombinasyon tedavileri sonrası kan basıncı düzeyi hedeflenen düzeye gelmez ise ACEİ veya ARB ile KKB ve diüretik kombinasyonuna geçilmektedir(5)

Farmakolojik tedaviyi düzenlerken ilaçların kontrendikasyonları, tolere edilebilirliği mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Buna göre;

- ACEİ ve ARB ler: Gebelik, renal arter darlığı (Bilateral), hiperkalemisi olan hastalarda
- Beta Blokerler : Astım, AV bloğu olanlarda
- Non-dihidropin grubu kalsiyum kanal blokerleri: Kalp iletim bozukluğu olan hastalarda
- Diüretikler: Gut hastalığı, hiperkalemi, bilateral renal arter stenozu olanlarda kontrendikedir(16).

## **2.2. Depresyon**

### **2.2.1. Tanım Ve Epidemiyoloji**

Depresyon, üzüntülü ve sıkıntılı bir duygudurumu ile beraber enerji eksikliği, hayattan zevk alamama, kendini değersiz ve yetersiz hissetme, düşük ruh hali, karamsar duygu ve düşünceler ile karakterize kronik bir hastalıktır. Duygusal şikayetlerin yanı sıra kabızlık, iştahsızlık veya aşırı yeme, istem dışı kilo alma veya kilo kaybetme, uykusuzluk veya çok uyuma, cinsel isteksizlik gibi birçok bedensel yakınmalar da hastalarda sıkça gözlemlenmektedir(27,28).

Depresyon hastalığında yaşam kalitesi doğrudan etkilenmekte ve sosyal işlevsellikteki azalma birçok bedensel hastalığa göre daha fazla olmaktadır. Bunun yanı sıra depresyonun varlığı bedensel hastalıkların başlaması, ilerleyişi ve şiddeti açısından risk faktörü olarak görülmektedir. Prognozu kötü yönde etkileyerek mortaliteyi arttırmaktadır(29).

Dünya çapında her yaşta 300 milyondan fazla insanı etkileyen en yaygın ruhsal bozukluklardan biridir(30). Her yaşta görülebilmekle beraber en sık 25-44 yaşları arasındaki bireyleri etkilemektedir. Kadınları erkeklere göre daha fazla etkilemekte olup yaş ilerledikçe bu fark kapanmaktadır (31) Dünya sağlık örgütü verilerine göre son yıllarda doğal afetler, göç, COVID-19 salgını gibi faktörler nedeniyle ülkemizde kaygı ve depresyonun arttığı, nüfusun %

17 'sinin ruhsal hastalıklar ile karşı karşıya olduğu görülmektedir. Bu veriler ışığında 3,2 milyon kişinin depresyon hastası olduğu ve antidepresan tüketiminin 5 yılda %56 arttığı tespit edilmiştir(32).

Birinci basamak sağlık kuruluşları, hastaların genel sağlık sorunları için başvurdukları ilk hizmet noktaları olmalarına rağmen ruhsal hastalıkların % 30-80'ine tanı konamamaktadır (33). Tanısal zorluğun sebepleri arasında ruh ve sinir hastalıkları uzmanlarının daha az sayıda hastaya daha uzun süre ayırarak bir görüşmede yalnız bir sorunla ilgilenirken birinci basamak hekimlerinin bir görüşmede ortalama 6 sorunla ilgilenmesi örnek gösterilebilir. Bir diğer önemli neden ise psikiyatriye başvuran hastalarda belirtiler daha şiddetli görülürken birinci basamağa başvuran hastaların belirtilerinin daha hafif görülmesidir.

### 2.2.2. Tanı

Biyopsikososyal yaklaşım, hastaların sağlık sorunlarına biyolojik, psikolojik ve sosyal açılardan bütüncül bir şekilde değerlendirmeyi savunmaktadır. Hastalar herhangi bir sağlık sorunuyla başvurabilmektedir. Bu nedenle aile hekimleri rutin muayenelerinde hastayı tüm yönleriyle ele almalı ve daima ruh sağlığını da değerlendirmelidir (33).

**Tablo 10.** DSM-5 Majör Depresyon Tanı Kriterleri(34)

<p><b>A.</b> İki haftalık bir dönem sırasında, aşağıdaki semptomlardan en az beşinin <u>yada</u> daha fazlasının bulunması; semptomlardan en az birinin depresif ruh hali veya ilgi kaybı olması</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Depresif ruh hali- üzüntü, çökkünlük, boşluk, çaresizlik hissi; neredeyse her gün</li><li>2. İlgi ve zevk kaybı; neredeyse her gün</li><li>3. Uykusuzluk veya aşırı uyuma; neredeyse her gün</li><li>4. İştah kaybı ya da kilo değişikliği; neredeyse her gün</li><li>5. Psikomotor retardasyon veya ajitasyon</li><li>6. Düşük enerji, yorgunluk; neredeyse her gün</li><li>7. Kötü konsantrasyon; neredeyse her gün</li><li>8. Değersizlik veya suçluluk düşünceleri; neredeyse her gün</li><li>9. Tekrarlayan ölüm veya intihar düşünceleri; neredeyse her gün</li></ol> <p><b>B.</b> İşlev kaybı vardır.</p> <p><b>C.</b> Semptomlar madde kullanımına veya genel tıbbi duruma bağlı değildir.</p> <p><b>D.</b> Başka <u>ruşal</u> hastalıkla açıklanamaz.</p> <p><b>E.</b> Hiçbir zaman bir manik veya hipomanik nöbet yoktur.</p> <p>*Yas durumunun dışlanması kriteri DSM-5'te çıkartılmıştır.</p>
---

### 2.3. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi temel olarak kişinin iyilik halinin farkında olması ve kendini değerli hissetmesi neticesinde kendinden memnun olmasını içerir. Bireyin günlük hayatta yaşadığı olaylara karşı tepkilerini, hayat koşullarına uyumda kişisel tatminini, bu uyumu en çok etkileyen hastalıkların seyri sırasında hastalığın yaşamı üzerinde oluşturduğu ruhsal, sosyal ve fiziksel etkilere verdiği yanıtı kapsamaktadır(35).

Dünya Sağlık Örgütüne göre ise kişilerin yaşadıkları kültür ve değerler sistemi çerçevesinde geleceğe dair istekleri, hayatlarında oluşturmak istedikleri standartları, hayata dair kaygıları ve amaçları ile ilgili olarak kendi konumunu nerede algıladığı şeklinde tarif edilmektedir. Yaşam kalitesi fiziksel, sosyal, psikolojik ve çevresel birçok faktörden etkilenmektedir(36,37).

HT kronik bir hastalık olması sebebiyle günlük yaşam aktivitelerini oldukça etkilemekte ve bu durum işlevselliğin azalmasına neden olmaktadır. Bunun yanında kronik bir hastalığa sahip olmak hastanın psikolojisini olumsuz yönde etkilemekte ve tedavinin en önemli parçası olan yaşam tarzı değişikliğini uygulamakta zorluk çekmektedir. Bu psikolojik ve fiziksel nedenlere bağlı olarak yaşam kalitesi olumsuz yönde etkilenmektedir (38–40).

Birçok çalışma, kronik bir hastalığa sahip olmanın sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini etkileyebileceğini ve hastalığın kendisinden daha fazla zihinsel ve ruhsal sağlık üzerinde etkisi olabileceğini doğrulamıştır. Kore’de Kim ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılmış olan hipertansiyonlu hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada hipertansiyon gibi kronik hastalıklar ile depresyon başlangıcı arasında yakın bir ilişki olduğu ve hipertansiyona sahip hastaların %26,8'inin depresyona da sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca yüksek tansiyonun hastaların sağlıkla ilgili yaşam kalitesini düşürebilen önemli bir etken olduğu bildirilmiştir.(41)

Aydemir ve arkadaşlarının 2005 yılında Türkiye'nin dört farklı bölgesinde yaptıkları çalışmada hipertansif bireylerin normal popülasyona göre SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinden daha düşük puan aldığı ve komplikasyon gelişerek ek hastalıklara sahip olan bireylerde olmayanlara göre fiziksel ve psikolojik sağlık skorlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.(42). 2014 yılında Vietnam’ da yapılan bir çalışmada ise eş zamanlı kronik hastalıkları olan hipertansif hastaların daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu gösterilmiştir.(43) Kronik hastalıklara çoğunlukla anksiyete ve depresyon eşlik etmekte olup

kronik hastalık sayısındaki artış ile anksiyete ve depresyon düzeylerindeki artış arasında anlamlı bir ilişki olduğu Arıcı ve arkadaşları tarafından ortaya koyulmuştur(44).

Hastalığın süresi, ek hastalıkların eşlik etmesi, tedavi yöntemi, hastanın tedaviye uyumu, hastalıkla ilgili verilen eğitim yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerdir.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Özellikleri**

Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Araştırma Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastalar üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın anket formu, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 01.07.2024-31.07.2024 tarihleri arasında başvuran hastalara yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 2 ayda başvuran hipertansiyon hastası sayısı ortalama 528 kişi olup, referans makaleden yola çıkarak, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile erişilmesi gereken hasta sayısı 192 kişi olarak tespit edilmiştir.

#### **3.4. Araştırmaya Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri**

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1. Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran,
2. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve yazılı onam veren,
3. Hipertansiyon tanısı olan hastalar

Araştırmadan dışlama kriterleri:

1. Dil hususunda iletişim sağlanamayan hastalar ( Türkçe bilmeyen hastalar )
2. Yanıtların doğruluğunu etkileyecek ciddi nöropsikiyatrik hastalık olması
3. Herhangi bir psikiyatrik tanısı bulunan hastalar

### **3.5. Araştırmanın Hipotezleri**

H<sub>0</sub>: Hipertansiyon hastalarının depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki yoktur.

H<sub>1</sub>: Hipertansiyon hastalarının depresyon düzeyi ile yaşam kalitesi arasında ilişki vardır

### **3.6. Veri Toplama Aracı Yöntemleri ve Toplanması**

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hipertansiyon hastalarındaki depresyon durumu ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırdığımız çalışmamızda; çalışma öncesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 10.07.2024 tarihli toplantıda Karar No: 100 ile onay alınmıştır.

Araştırmanın anket formu, Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine 01.07.2024-31.07.2024 tarihleri arasında çeşitli sebeplerle başvuran toplamda 192 hipertansiyon tanısı almış hastaya yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

Araştırmanın anket formu 3 ana başlıktan oluşmaktadır. Bunlar; sosyo-demografik bilgiler, Beck Depresyon Envanteri Ölçeği (BDEÖ) ve Short Form 12 (SF-12) yaşam kalitesi ölçeğidir. İlgili literatür tarandıktan sonra sosyo-demografik özellikler başlığı altında hastaların cinsiyet, yaş, boy, kilo, medeni hal, meslek, gelir durumu gibi bilgilerini öğrenmek amacıyla 22 soru hazırlanmıştır. Hastaların kilo ve boy bilgisi kendi beyanlarından edinilmiş ve beden kitle indeksi (BKİ) hesaplaması bu bilgiye göre tarafımızca yapılmıştır. Hastaların poliklinik başvuruları esnasında anlık ölçülen tansiyon değerleri kaydedilmiştir ve TEMD hipertansiyon kılavuzuna göre sınıflandırma yapılmıştır.

Ardından hastaların depresyon düzeylerinin belirlenebilmesi için BDEÖ uygulanmıştır(45). Beck depresyon ölçeği toplam 21 sorudan oluşmaktadır ve sorular çoktan

seçmeli şeklindedir. Her soru için 0-3 arası puanlandırma yapılmaktadır. Verilen cevaplara göre en düşük 0 ve en yüksek 63 puan ile sonuçlanmaktadır. Ölçek bittiğinde 0-9 puan arası minimal depresyon, 10-16 arası hafif depresyon, 17-29 arası orta depresyon 30-63 arası şiddetli depresyon şeklinde değerlendirilmektedir.

Katılımcıların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için ise SF-12 uygulanmıştır. SF-12 yaş ve belirli bir hastalık fark etmeksizin kişilerin son 4 hafta içindeki yaşam kalitesini değerlendirmektedir. Ware ve arkadaşları tarafından SF-36 ölçeğine alternatif olarak 12 sorudan oluşan kısa bir form olarak geliştirilmiştir(46). Soylu ve arkadaşları tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır(47). SF-12 uygulanan bireylerde katılımcıların fiziksel ve mental bileşenlerini için ayrı ayrı puan hesaplaması yapılır. Testten alınan puanın yüksek olması yaşam kalitesinin de iyi olduğunu işaret etmektedir.

### **3.7.İstatistiksel Analiz**

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS sürüm 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tablolarda sürekli değişkenler medyan(IQR) ve Ort±SS olarak verilmiştir. Kategorik değişkenler sayı (n) ve yüzde (%) şeklinde sunulmuştur.

Çalışmanın sürekli verileri normallik varsayımları açısından incelendiğinde, Kolmogorov-Smirnov değerleri  $p < 0.05$  ve Skewness ve Kurtosis değerlerinin standart hatalarına bölümlerinden elde edilen değerlerin  $\pm 3,29$  eşik değer aralığında olmamasından dolayı normal dağılım göstermediği belirlenmiştir(48)BDEÖ, Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları ve çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için nonparametrik testlerden sperman korelasyon testi kullanılmıştır. BDEÖ, Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları ile katılımcıların çeşitli değişkenleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 2 gruplu değişkenler için nonparametrik testlerden Mann Whitney U testi uygulanmıştır. BDEÖ, Yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanları ile katılımcıların çeşitli değişkenleri arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek üzere 3 ve üzeri gruba sahip değişkenler için Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır. Gruplar arasında anlamlı fark çıkması durumunda, anlamlılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla post-hoc testlerinden DUNN'S testi tercih edilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması için Chi-Square test kullanılmıştır.  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4.BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde BDEÖ, yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarından elde edilen verilerin istatistiksel sonuçları ele alınmaktadır. Sonuçların ilk bölümünde hastaların demografik özellikleri ve çeşitli değişkenlerin frekans dağılımları yer almaktadır. İkinci bölümde hastaların BDEÖ, yaşam kalitesi ölçeği alt boyut puanlarının demografik özelliklerine göre karşılaştırıldığı analiz sonuçları yer almaktadır.

**Tablo 11. Hastalara ait Demografik ve Çeşitli Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=192)**

Değişkenler	n veya Medyan (Min-Maks)	% veya Ort.±SS
<b>Yaş (yıl)</b>	55,0 (21,0-65,0)	53,45±8,20
<b>Yaş Grup</b>		
18-34 yaş	6	3,1
35-49 yaş	50	26,0
50-65 yaş	136	70,8
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	129	67,2
Erkek	63	32,8
<b>Medeni durum</b>		
Bekâr/Dul/Boşanmış	36	18,8
Evli	156	81,3
<b>Evde kimlerle yaşıyor</b>		
Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum.	85	44,3
Yalnız yaşıyorum.	24	12,5
Geniş ailemle yaşıyorum.	13	6,8
Eşimle yaşıyorum.	61	31,8
Diğer	9	4,7
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	64	33,3
Devlet Memuru	30	15,6
Emekli	62	32,3
Özel Sektör	28	14,6
Diğer	8	4,2
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	53	27,6
Gelir gidere eşit	96	50,0
Gelir giderden fazla	43	22,4
<b>Boy (Cm)</b>	165,0 (149,0-188,0)	165,74±8,05
<b>Kilo (Kg)</b>	77,0 (44,0-113,0)	77,76±12,72
<b>BKİ</b>	27,69 (14,83-45,61)	28,35±4,52
<b>BKİ grup</b>		
Zayıf (n=2)/Normal	34	17,7
Fazla kilolu	91	47,4
Obez	67	34,9
<b>Sigara içiyor musunuz?</b>		
Evet	49	25,5

Hayır	143	74,5
<b>Sigara içtiği yıl sayısı</b>	15,0 (1,0-40,0)	15,60±9,96
<b>Günde içtiği sigara sayısı</b>	12,0 (1,0-40,0)	15,20±10,11
<b>Günde içtiği sigara sayısı grup</b>		
1-10 adet	29	51,8
20den fazla	27	48,2
<b>Alkol kullanıyor musunuz?</b>		
Evet	27	14,1
Hayır	165	85,9
<b>Düzenli egzersiz (yürüyüş vs) yapar mısınız?</b>		
Evet, düzenli yaparım	32	16,7
Nadiren yaparım	96	50,0
Hiç yapmam	64	33,3

n=Sayı, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort.=Ortalama, SS=Standart sapma

Tablo 11'de hastaların demografik değişkenlerine ilişkin frekans analizi sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların minimum yaşı 21, maksimum yaşı 65, medyan yaşı 55 iken ortalama yaş ise 53.45 (SS=8.20)'dir. Hastaların %70,8'i (n=136) 50-65 yaş arasında, %67,2'si (n=129) kadın, %81,3'ü (n=156) evli, %44,3'ü (n=85) eşi ve çocukları ile yaşıyor, %33,3'ü (n=64) çalışmıyor, %50,0'ı (n=96) geliri giderine eşit ve %47,4'ü (n=91) fazla kilolu olduğu, %25,5'i (n=49) sigara kullandığı, %51,8'i (n=29) günde 1-10 arasında sigara içtiği ve %14,1'i (n=27) alkol kullandığı, %50,0'ı (n=96) nadiren egzersiz yaptığı belirlenmiştir.

**Tablo 12. Hastaların Hipertansiyonla İlgili Çeşitli Değişkenlere Verdikleri Yanıtların Frekans Dağılımı (n=192)**

Değişkenler	n veya Medyan (Min-Maks)	% veya Ort.±SS
<b>Yemeğe tadına bakmadan tuz atar mısınız?</b>		
Evet	57	29,7
Hayır	135	70,3
<b>Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemeklerde kullandığınız tuz miktarı nasıl değişti?</b>		
Azaldı	107	55,7
Değişmedi	85	44,3
<b>Sistolik kan basıncı</b>	129,0 (100,0-184,0)	130,18±13,18
<b>Diastolik kan basıncı</b>	82,0 (60,0-110,0)	83,03±9,09
<b>HT Sınıflama</b>		
Normal	28	14,6
Artmış kan basıncı	100	52,1
Evre 1 HT	56	29,2
Evre 2/3 HT	8	4,2
<b>Kaç yıldır yüksek tansiyon hastalığınız var?</b>	5,0 (1,0-30,0)	6,95±5,65
<b>Yüksek tansiyon yılı grup</b>		

0-4 yıl	82	42,7
5-14 yıl	90	46,9
15 yıl ve üstü	20	10,4
<b>Evde tansiyon aletiniz var mı?</b>		
Evet	168	87,5
Hayır	24	12,5
<b>Var ise hangi tip tansiyon aleti kullanmaktasınız? (n=168)</b>		
Dijital tansiyon aleti	152	90,5
Eski tip tansiyon cihazı (analog)	16	9,5
<b>Tansiyonunuzu ne sıklıkla ölçer veya ölçtürürsünüz?</b>		
Hiç	38	19,8
Haftada 1 kez	47	24,5
Haftada 2 kez	41	21,4
Haftada 3 kez	28	14,6
Haftada 4 ve daha fazla	38	19,8
<b>Hipertansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?</b>		
1,00	95	49,5
2,00	71	37,0
3,00	22	11,5
4,00	4	2,1
<b>Kullandığı ilaç sınıfı*</b>		
Anjiyotensin reseptör blokleri (ARB)	77	24,2
Diüretik	68	21,4
ACE inhibitörü (ACEI)	66	20,8
Kalsiyum kanal blokleri (KKB)	63	19,8
Beta bloker (BB)	44	13,8
<b>Toplam</b>	<b>318</b>	<b>100,0</b>
<b>İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?</b>		
Evet	154	80,2
Hayır	38	19,8
<b>Hipertansiyonun zamanla organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?</b>		
Evet	109	56,8
Hayır	83	43,2

n=Sayı, Min=Minimum, Maks=Maksimum, Ort.=Ortalama, SS=Standart sapma, \*Cevaplar çoklu yanıt olduğundan n sayısı örneklem hacmini geçmiştir.

Tablo 12’de hastaların tansiyon ile ilgili değişkenlerine ilişkin frekans analizi sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların %70,3’ünün (n=135) yemeğin tadına bakmadan tuz atmadığı, %55,7’sinin (n=107) Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemeklerde kullandığı tuz miktarının azaldığı, %52,1’i (n=100) artmış kan basıncı olduğu, %46,9’unun (n=90) 5-14 yıl arasında yüksek tansiyon hastası olduğu, %87,5’inin (n=168) evinde tansiyon aleti olduğu, %90,5’inin (n=152) evdeki tansiyon aletinin dijital tansiyon aleti olduğu, %24,5’inin (n=47) haftada 1 kez tansiyonunu ölçtüğü, %49,5’inin (n=95) hipertansiyon için 1 tane ilaç kullandığı,

%80,2'sinin (n=154) ilaçlarını düzenli kullandığı ve %56,8'inin (n=109) hipertansiyonun zamanla organlarında oluşturabileceği hasarı bildiği belirtilmiştir.

Hastaların kullandıkları ilaçların sınıfları incelendiğinde sırasıyla en çok; %24,2 oranında (n=77) Anjiyotensin reseptör blokleri (ARB), %21,4 oranında (n=68) Diüretik, %20,8 oranında (n=66) ACE inhibitörü (ACEI), %19,8 oranında (n=63) Kalsiyum kanal blokleri (KKB) ve %13,8 oranında (n=44) Beta bloker (BB) ilaç sınıflarını kullandıkları belirlenmiştir.

**Tablo 13. Hastalara ait Çeşitli Değişkenlerin Frekans Dağılımı (n=192)**

Değişkenler	n	%
<b>Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?</b>		
Var	86	44,8
Yok	106	55,2
<b>Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıkları*</b>		
Hipertansif retinopati( göz hastalığı, katarakt, glokom vs)	58	43,3
Kalp yetmezliği	28	20,9
Böbrek hastalığı	19	14,2
Koroner kalp hastalığı /Miyokard İnfarktüsü (Kalp krizi)	14	10,4
Serebrovasküler hastalık (İnme)	13	9,7
Baş ağrısı	2	1,5
<b>Toplam</b>	134	100,0
<b>Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?</b>		
Var	125	65,1
Yok	67	34,9
<b>Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyet*</b>		
Baş ağrısı	95	43,2
Bulanık görme	33	15,0
Nefes darlığı	30	13,6
Bacak ağrısı	24	10,9
Göğüs ağrısı	18	8,2
İdrar yaparken kısıtlılık	18	8,2
Halsizlik	2	0,9
<b>Toplam</b>	220	100,0
<b>Hipertansiyon ilacına bağlı yan etki yaşıyor musunuz?</b>		
Var	58	30,2
Yok	134	69,8
<b>Hipertansiyon ilacına bağlı yan etki*</b>		
Ayak bileğinde şişme	25	32,5
Baş ağrısı	19	24,7
Nefes darlığı	15	19,5
Öksürük	11	14,3
Alerjik döküntü	5	6,5

Kabızlık	2	2,6
<b>Toplam</b>	<b>77</b>	<b>100,0</b>

*n*=Sayı, *Min*=Minimum, *Maks*=Maksimum, *Ort.*=Ortalama, *SS*=Standart sapma, \*Cevaplar çoklu yanıt olduğundan *n* sayısı örneklem hacmini geçmiştir.

Tablo 13'te hastaların tansiyon ile ilgili değişkenlerine ilişkin frekans analizi sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların %44,8'inin (n=86) hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarının olduğu belirlenmiştir. Hastaların ek organ hastalıkları incelendiğinde sırasıyla en çok; %43,3 oranında (n=58) hipertansif retinopati (göz hastalığı, katarakt, glokom vs), %20,9 oranında (n=28) kalp yetmezliği, %14,2 oranında (n=19) böbrek hastalığı, %10,4 oranında (n=14) koroner kalp hastalığı /miyokard infarktüsü (Kalp krizi), %9,7 oranında (n=13) serebrovasküler hastalık (İnme) ve %1,5 oranında (n=2) baş ağrısı olduğu saptanmıştır.

Hastaların %65,1'inin (n=125) hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetleri olduğu belirlenmiştir. Hastaların hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetler incelendiğinde sırasıyla en çok; %43,2 oranında (n=95) baş ağrısı, %15,0 oranında (n=33) bulanık görme, %13,6 oranında (n=30) nefes darlığı, %10,9 oranında (n=24) bacak ağrısı, %8,2 oranında (n=18) göğüs ağrısı, %8,2 oranında (n=18) idrar yaparken kısıtlılık ve %0,9 oranında (n=2) halsizlik gibi şikâyetler yaşadıkları belirlenmiştir.

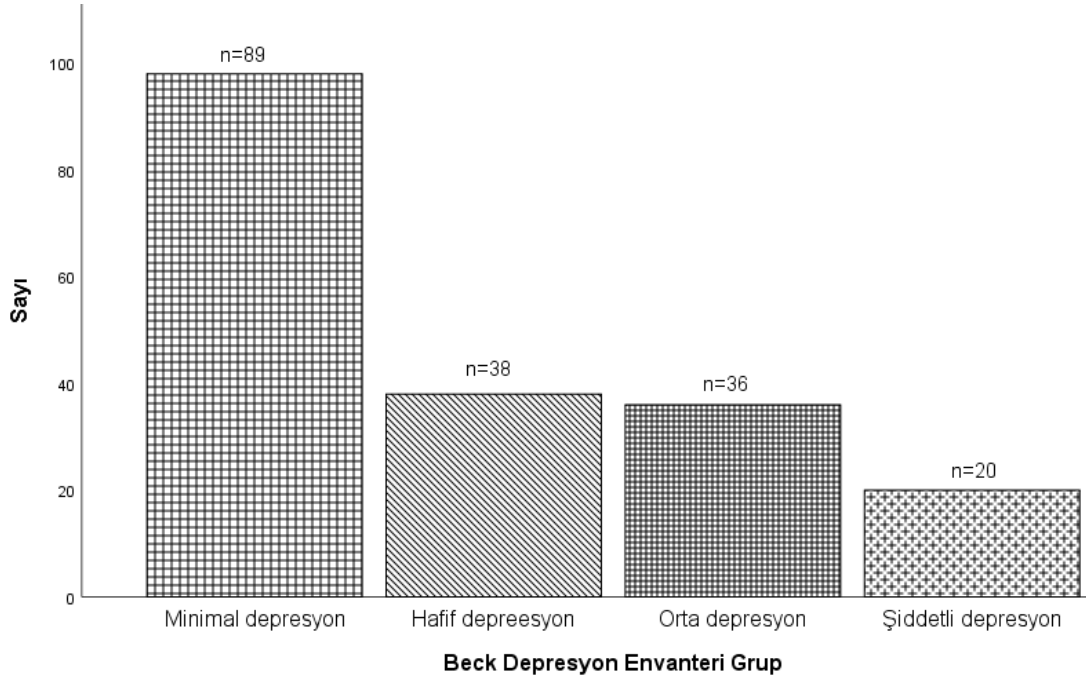
Hastaların %30,2'sinin (n=58) hipertansiyon ilacın bağlı yan etki yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların hipertansiyona bağlı yaşadığı yan etkiler incelendiğinde sırasıyla en çok; %32,5 oranında (n=25) ayak bileğinde şişme, %24,7 oranında (n=19) baş ağrısı, %19,5 oranında (n=15) nefes darlığı, %14,3 oranında (n=11) öksürük, %6,5 oranında (n=5) alerjik döküntü ve %2,6 oranında (n=2) kabızlık gibi yan etkiler yaşadıkları belirlenmiştir.

**Tablo 14. BDEÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyut Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**

Değişkenler	n	Medyan	Min,	Maks,	Ort,	SS
Beck Depresyon Envanteri Toplam Puanı	192	9,0	,00	44,00	12,53	10,94
YKÖ-Fiziksel Bileşen Puanı	192	43,31	20,39	59,17	42,11	10,66
YKÖ-Mental Bileşen Puanı	192	45,54	6,79	63,91	42,98	12,52

*n*=Sayı, *Min*=Minimum, *Maks*=Maksimum, *Ort.*=Ortalama, *SS*=Standart sapma

Tablo 14'te hastaların BDEÖ ve YKÖ alt boyutlarından aldıkları puanlarına ait minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir.



Şekil 1. Hastaların BDEÖ Gruplarına ilişkin frekans dağılımı

Hastaların BDEÖ gruplarına göre frekans dağılımı incelendiğinde; %51,0'nın (n=98) minimal depresyon, %19,8'inin (n=38) hafif depresyon, %18,8'inin (n=36) orta depresyon ve %10,4'ünün (n=20) şiddetli depresyona sahip olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 15. Hastaların BDEÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar İle Çeşitli Değişkenler Arasındaki**

**Korelasyon Analizi**

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-Yaş (yıl)	Rho	1									
	p	.									
2-BKİ	Rho	-0,085	1								
	p	0,242	.								
3-Sigara içtiği yıl	Rho	,516**	-,322*	1							
	p	<b>&lt;0.001</b>	<b>0,019</b>	.							
4-Günde içtiği sigara sayısı	Rho	0,030	-0,042	0,184	1						
	p	0,828	0,763	0,187	.						
5-Sistolik kan basıncı	Rho	-0,049	,199**	-,370**	-0,174	1					
	p	0,496	<b>0,006</b>	<b>0,006</b>	0,203	.					
6-Diastolik kan basıncı	Rho	-0,100	,154*	-,434**	-0,181	,739**	1				
	p	0,169	<b>0,033</b>	<b>0,001</b>	0,187	<b>&lt;0.001</b>	.				
7-Kaç yıldır yüksek tansiyon hastalığınız var?	Rho	,570**	-0,099	0,269	-0,257	,144*	0,108	1			
	p	<b>&lt;0.001</b>	0,172	0,051	0,059	<b>0,046</b>	0,137	.			
8-BDEÖ Toplam puanı	Rho	,168*	0,046	0,057	,425**	0,130	0,066	,169*	1		
	p	<b>0,020</b>	0,529	0,686	<b>0,001</b>	0,073	0,363	<b>0,019</b>	.		
9-YKÖ-Fiziksel bileşen puanı	Rho	-,292**	-0,130	-0,061	,282*	-0,075	-0,14	-,306**	-,493**	1	
	p	<b>&lt;0.001</b>	0,073	0,663	<b>0,037</b>	0,300	0,052	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	.	
10-YKÖ-Mental bileşen puanı	Rho	0,051	0,034	0,045	-,315*	-0,039	-0,074	-0,002	-,743**	,173*	1
	p	0,480	0,635	0,75	<b>0,019</b>	0,591	0,309	0,982	<b>&lt;0.001</b>	<b>0,016</b>	.

**Sperman korelasyon testi, Rho: Sperman korelasyon katsayısı, \*\*p <0.01, \*p <0.05**

Tablo 15’te katılımcıların BDEÖ ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanlar ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişki spearman korelasyon analizi ile gösterilmiştir. Bu analiz sonucuna göre Yaş (yıl) değişkeni ile BDEÖ toplam puanları arasında (Rho=0.168, p=0.020) pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Yaş (yıl) değişkeni ile YKÖ alt boyutlarından “Fiziksel Bileşen” puanları arasında (Rho=-0.292, p<0.001) negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Günlük içilen sigara sayısı ile BDEÖ toplam puanları arasında (Rho=0.425, p=0.001) ve YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanları (Rho=0.282, p=0.037) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Günlük içilen sigara sayısı ile YKÖ alt boyutlarından mental bileşen puanları (Rho=-0.315, p=0.019) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

“Kaç yıldır yüksek tansiyon hastalığınız var?” sorusu ile BDEÖ toplam puanları arasında (Rho=0.169, p=0.019) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

“Kaç yıldır yüksek tansiyon hastalığınız var?” sorusu ile YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanları (Rho=-0.306, p<0.001) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

BDEÖ toplam puanları ile ve YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanları (Rho=-0.493, p<0.001) ve mental bileşen” puanları (Rho=-0.743, p<0.001) arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

**Tablo 16. Hastalara ait Demografik ve Çeşitli Değişkenlerin BDEÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması (n=192)**

Değişkenler	n	BDEÖ	YKÖ-	YKÖ-
			Fiziksel	Mental
			bileşen	bileşen
			puanı	puanı
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
<b>Yaş Grup</b>				
1)18-34 yaş	6	16,33±17,65	47,19±11,87	42,00±10,72
2)35-49 yaş	50	10,12±9,66	44,70±9,64	42,07±12,32
3)50-65 yaş	136	13,25±10,99	40,94±10,81	43,37±12,73
KV=		3,780	5,441	0,683
p=		0,151	0,066	0,711
Post-Hoc=		-	-	-

<b>Cinsiyet</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
Kadın	129	12,40±10,33	40,36±10,9	42,42±11,89
Erkek	63	12,81±12,18	45,71±9,24	44,14±13,75
Z=		-0,302	-3,239	-1,236
p=		0.763	<b>0.001</b>	0.216
<b>Medeni durum</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
Bekâr/Dul/Boşanmış	36	20,17±13,19	37,74±11,77	38,38±14,75
Evli	156	10,77±9,58	43,12±10,16	44,05±11,75
Z=		-3,978	-2,512	-1,970
p=		<b>&lt;0.001</b>	<b>0.012</b>	<b>0.049</b>
<b>Evde kimlerle yaşıyor</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
1)Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum.	85	9,79±9,22	44,79±9,98	44,65±10,82
2)Yalnız yaşıyorum.	24	21,04±13,25	38,01±11,41	36,88±14,61
3)Geniş ailemle yaşıyorum.	13	15,54±13,79	33,77±9,08	43,68±11,87
4)Eşimle yaşıyorum.	61	11,77±10,32	41,59±10,75	44,47±12,52
5)Diğer	9	16,56±6,67	43,36±7,81	32,55±15,24
KV=		19,426	16,282	11,066
p=		<b>0.001</b>	<b>0.003</b>	<b>0.026</b>
Post-Hoc=		1<2	1>3	-
		2>4		
<b>Çalışma durumu</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
1)Çalışmıyor	64	15,23±9,81	38,7±11,44	40,62±12,03
2)Devlet Memuru	30	7,57±9,84	42,87±10,39	49,72±11,13
3)Emekli	62	14,71±12,08	41,81±9,02	40,47±13,64
4)Özel Sektör	28	7,86±9,74	49,08±8,76	45,75±10,59
5)Diğer	8	9,00±6,85	44,56±12,65	46,50±7,90
KV=		27,629	19,498	16,429
p=		<b>&lt;0.001</b>	<b>0.001</b>	<b>0.002</b>
Post-Hoc=		1<3	1<4	1<2
		1>2	3<4	2>3
		3>4		
		1>4		
<b>Gelir Durumu</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
1)Gelir giderden az	53	18,17±12,33	38,04±10,05	39,65±14,37
2)Gelir gidere eşit	96	12,84±10,02	41,98±10,52	40,63±10,93
3)Gelir giderden fazla	43	4,88±5,38	47,43±9,57	52,36±8,38
KV=		42,939	20,017	34,577
p=		<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>
Post-Hoc=		3<2	3>1	3>2
		3<1	3>2	3>
		2<1		

Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, Z=Mann Whitney U test, KV=Kruskal Wallis H test, Post-Hoc=DUNN'S, p<0.05

Tablo 16'da hastaların BDEÖ ve YKÖ alt boyut puan ortalamalarının demografik ve çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-3.239$   $p=0.001$ ). Erkeklerin kadınlara kıyasla fiziksel bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur.

BDEÖ toplam puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-3.978$ ,  $p<0.001$ ). Bekâr/Dul/Boşanmış olanların evlilere kıyasla BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-2.512$ ,  $p=0.012$ ). Evli olanların bekâr/dul/boşanmış olanlara kıyasla fiziksel bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur.

YKÖ alt boyutlarından mental bileşen puanı ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-1.970$ ,  $p=0.049$ ). Evli olanların bekâr/dul/boşanmış olanlara kıyasla mental bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur.

BDEÖ toplam puanı ile “Evde kiminle yaşıyor?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $KV=19.426$ ,  $p=0.001$ ). Evde yalnız yaşayanların diğer gruplara kıyasla BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN’S post-hoc analizi sonucuna göre eşi ve çocukları ile yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar arasında ( $p=0.001$ ), eşi ile yaşayanlar ile yalnız yaşayanlar arasında ( $p=0.033$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanı ile “Evde kiminle yaşıyor?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $KV=16.282$ ,  $p=0.003$ ). Eşi ve çocukları ile yaşayanların diğer gruplara kıyasla fiziksel bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN’S post-hoc analizi sonucuna göre eşi ve çocukları ile yaşayanlar ile geniş ailesi ile yaşayanlar arasında ( $p=0.006$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

YKÖ alt boyutlarından mental bileşen puanı ile “Evde kiminle yaşıyor?” Sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $KV=11.066$ ,  $p=0.026$ ). Eşi ve çocukları ile yaşayanların diğer gruplara kıyasla mental bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur.

BDEÖ toplam puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $KV=27.629$ ,  $p<0.001$ ). Çalışmayanların diğer gruplara kıyasla BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN’S post-hoc analizi sonucuna göre çalışmayanlar ile emekliler arasında ( $p=0.006$ ), çalışmayanlar ile devlet memurları arasında

( $p<0.001$ ), emekli ile özel sektör arasında ( $p=0.022$ ) ve çalışmayanlar ile diğer meslekler arasında ( $p=0.002$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $KV=19,498$ ,  $p=0.001$ ). Özel sektörde çalışanların gruplara kıyasla fiziksel bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN'S post-hoc analizi sonucuna göre çalışmayanlar ile diğer meslekler arasında ( $p<0.001$ ) ve özel sektör ile diğer meslekler arasında ( $p=0.011$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

YKÖ alt boyutlarından mental bileşen puanı ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $KV=16.429$ ,  $p=0.002$ ). Diğer mesleklerde çalışanların mental bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN'S post-hoc analizi sonucuna göre çalışmayanlar ile devlet memurları arasında ( $p=0.003$ ) ve emekli ile devlet memuru arasında ( $p=0.006$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

BDEÖ toplam puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $KV=42.939$ ,  $p<0.001$ ). Geliri giderinden az olanların diğer gruplara kıyasla BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN'S post-hoc analizi sonucuna göre geliri giderinden az olanlar ile geliri giderinden fazla olanlar arasında ( $p<0.001$ ), geliri giderine eşit olanlar ile geliri giderinden fazla olanlar arasında ( $p<0.001$ ) ve geliri giderine eşit olanlar ile geliri giderinden az olanlar arasında ( $p=0.040$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $KV=20,017$ ,  $p<0.001$ ). Geliri giderinden fazla olanların diğer gruplara kıyasla fiziksel bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN'S post-hoc analizi sonucuna göre geliri giderinden az olanlar ile geliri giderinden fazla olanlar arasında ( $p<0.001$ ), geliri giderine eşit olanlar ile geliri giderinden fazla olanlar arasında ( $p=0.009$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

YKÖ alt boyutlarından mental bileşen puanı ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $KV=34.577$ ,  $p<0.001$ ). Geliri giderinden fazla olanların diğer gruplara kıyasla mental bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN'S post-hoc analizi sonucuna göre geliri giderinden az olanlar ile geliri giderinden fazla olanlar arasında ( $p<0.001$ ), geliri giderine eşit olanlar ile geliri giderinden fazla olanlar arasında ( $p<0.001$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

**Tablo 17. Hastalara ait Demografik ve Çeşitli Değişkenlerin BDEÖ ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları Açısından Karşılaştırılması (n=192)**

Değişkenler	n	BDEÖ	YKÖ- Fiziksel bileşen puanı	YKÖ- Mental bileşen puanı
		Ort.±SS	Ort.±SS	Ort.±SS
<b>BKİ grup</b>				
1)Zayıf/Normal	34	15,47±12,77	41,96±9,92	40,06±13,45
2)Fazla kilolu	91	9,92±8,23	43,55±10,4	44,32±11,8
3)Obez	67	14,58±12,43	40,25±11,23	42,67±12,89
KV=		6,063	3,348	2,459
p=		<b>0.048</b>	0.187	0.292
Post-Hoc=		-	-	-
<b>Düzenli egzersiz (yürüyüş vs) yapar mısınız?</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
1)Evet, düzenli yaparım	32	5,56±4,91	48,41±8,35	47,17±10,29
2)Nadiren yaparım	96	11,44±9,70	43,63±9,98	44,16±12,36
3)Hiç yapmam	64	17,66±12,49	36,7±10,33	39,13±12,91
KV=		27,574	29,292	9,514
p=		<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.009
Post-Hoc=		1<2 1<3 2<3	1>2 1>3	1>3
<b>Yüksek tansiyon yılı grup</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
1)0-4 yıl	82	10,20±9,07	45,85±8,83	42,92±11,34
2)5-14 yıl	90	13,99±11,98	40,06±11,17	43,81±13,73
3)15 yıl ve üstü	20	15,55±11,76	36,01±10,35	39,54±11,35
KV=		5,663	18,554	2,820
p=		0.059	<b>&lt;0.001</b>	0.244
Post-Hoc=		-	1>3 1>2	-
<b>İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
Evet	154	11,29±9,56	41,41±10,72	44,92±11,33
Hayır	38	17,58±14,43	44,96±10,05	35,16±14,15
Z=		-2,191	-1,767	-3,811
p=		<b>0.028</b>	0.077	<b>&lt;0.001</b>
<b>Hipertansiyonun zamanla organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
Evet	109	9,87±9,35	43,54±9,31	44,82±11,72
Hayır	83	16,02±11,92	40,25±12,02	40,57±13,19
Z=		-3,823	-1,678	-2,383
p=		<b>&lt;0.001</b>	0.093	<b>0.017</b>
<b>Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
Var	86	14,97±11,21	36,88±9,7	42,81±13,44

Yok	106	10,56±10,36	46,37±9,48	43,13±11,78
Z=		-3,218	-6,156	-0,183
p=		<b>0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.855
<b>Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
Var	125	15,32±11,04	38,71±10,53	40,99±12,9
Yok	67	7,33±8,69	48,47±7,61	46,72±10,93
Z=		-5,644	-5,956	-3,000
p=		<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	<b>0.003</b>
<b>Hipertansiyon ilacına bağlı yan etki yaşıyor musunuz?</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
Var	58	16,38±11,25	37,52±11,29	40,81±13,76
Yok	134	10,87±10,42	44,11±9,77	43,93±11,87
Z=		-3,589	-3,736	-1,318
p=		<b>&lt;0.001</b>	<b>&lt;0.001</b>	0.187

Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, Z=Mann Whitney U test, KV=Kruskal Wallis H test, Post-Hoc=DUNN'S, p<0.05

Tablo 17'de hastaların BDEÖ ve YKÖ alt boyut puan ortalamalarının demografik ve çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre BDEÖ toplam puanı ile BKİ grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=6.063, p=0.048). Zayıf/Normal olanların diğer gruplara kıyasla BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

BDEÖ toplam puanı ile düzenli egzersiz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=27.574, p<0.001). Hiç egzersiz yapmayanların diğer gruplara kıyasla BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN'S post-hoc analizi sonucuna göre düzenli egzersiz yapanlar ile nadiren yapanlar arasında (p<0.001), düzenli egzersiz yapanlar ile hiç yapmayanlar arasında (p<0.001) ve nadiren egzersiz yapanlar ile hiç egzersiz yapmayanlar arasında (p=0.005) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanı ile düzenli egzersiz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=29.292, p<0.001). Düzenli egzersiz yapanların diğer gruplara kıyasla fiziksel bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN'S post-hoc analizi sonucuna göre düzenli egzersiz yapanlar ile nadiren yapanlar arasında (p<0.001), düzenli egzersiz yapanlar ile hiç yapmayanlar arasında (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

YKÖ alt boyutlarından mental bileşen puanı ile düzenli egzersiz arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=9.514, p=0.009). Düzenli egzersiz yapanların diğer gruplara kıyasla mental bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN'S post-

hoc analizi sonucuna göre düzenli egzersiz yapanlar ile hiç yapmayanlar arasında ( $p=0.015$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanı ile yüksek tansiyon yılı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $KV=18.554$ ,  $p<0.001$ ). 0-4 yıl arasında tansiyonu olanların diğer gruplara kıyasla fiziksel bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN'S post-hoc analizi sonucuna göre 0-4 yıl ile 15 yıl ve üstü arasında ( $p=0.001$ ) ve 0-4 yıl ile 5-14 yıl arasında ( $p=0.002$ ) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

BDEÖ toplam puanı ile düzenli ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-2.191$ ,  $p=0.028$ ). Düzenli ilaç kullanmayanların BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

YKÖ alt boyutlarından mental bileşen puanı ile düzenli ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-3.811$ ,  $p<0.001$ ). Düzenli ilaç kullananların mental bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur.

BDEÖ toplam puanı ile “Hipertansiyonun zamanla organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-3,823$ ,  $p<0.001$ ). Hipertansiyonun zamanla organlarında oluşturabileceği zararı bilmeyenlerin BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

YKÖ alt boyutlarından mental bileşen puanı ile “Hipertansiyonun zamanla organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-2.383$ ,  $p=0.017$ ). Hipertansiyonun zamanla organlarında oluşturabileceği zararı bilenlerin mental bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur.

BDEÖ toplam puanı ile “Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-3,218$ ,  $p=0.001$ ). Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıkları olanların BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanı ile “Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-6,156$ ,  $p<0.001$ ). Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıkları olmayanların fiziksel bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur.

BDEÖ toplam puanı ile “Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-5,644$ ,  $p<0.001$ ).

Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetleri olanların BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanı ile “Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-5,956$ ,  $p<0.001$ ). Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetleri olmayanların BDEÖ fiziksel bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur.

YKÖ alt boyutlarından mental bileşen puanı ile “Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-3,000$ ,  $p=0.003$ ). Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetleri olmayanların BDEÖ mental bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur.

BDEÖ toplam puanı ile “Hipertansiyon ilacına bağlı yan etki yaşıyor musunuz?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-3,589$ ,  $p<0.001$ ). Hipertansiyon ilacına bağlı yan etki yaşayanların BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur.

YKÖ alt boyutlarından fiziksel bileşen puanı ile “Hipertansiyon ilacına bağlı yan etki yaşıyor musunuz?” sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $Z=-3,736$ ,  $p<0.001$ ). Hipertansiyon ilacına bağlı yan etki yaşamayanların fiziksel bileşen puanı daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 18. Hastaların Hipertansiyon Sınıflaması İle Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması (n=192)**

Değişkenler	HT Sınıflama				p
	Normal (n=28)	Artmış kan basıncı (n=100)	Evre 1 HT (n=56)	Evre 2/3 HT (n=8)	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	18 (14)	64 (49,6)	40 (31)	7 (5,4)	0.471 <sup>a</sup>
Erkek	10 (15,9)	36 (57,1)	16 (25,4)	1 (1,6)	
<b>Yemeğe tadına bakmadan tuz atar mısınız?</b>					
Evet	12 (21,1)	31 (54,4)	14 (24,6)	0 (0)	0.095 <sup>a</sup>
Hayır	16 (11,9)	69 (51,1)	42 (31,1)	8 (5,9)	
<b>BKİ grup</b>					
Zayıf/Normal	7 (20,6)	15 (44,1)	10 (29,4)	2 (5,9)	0.551 <sup>b</sup>
Fazla kilolu	11 (12,1)	54 (59,3)	23 (25,3)	3 (3,3)	
Obez	10 (14,9)	31 (46,3)	23 (34,3)	3 (4,5)	

**Yüksek tansiyon yılı grup**

0-4 yıl	14 (17,1)	45 (54,9)	18 (22)	5 (6,1)	0.093 <sup>b</sup>
5-14 yıl	13 (14,4)	47 (52,2)	29 (32,2)	1 (1,1)	
15 yıl ve üstü	1 (5)	8 (40)	9 (45)	2 (10)	

**Hipertansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?**

1 ilaç	18 (18,9)	47 (49,5)	25 (26,3)	5 (5,3)	0.150 <sup>b</sup>
2 ilaç	5 (7)	37 (52,1)	26 (36,6)	3 (4,2)	
3 ilaç	3 (13,6)	15 (68,2)	4 (18,2)	0 (0)	
4 ilaç	2 (50)	1 (25)	1 (25)	0 (0)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 18'de hastaların HT sınıflaması ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların HT sınıflaması ile cinsiyet (p=0.471), "Yemeğe tadına bakmadan tuz atar mısınız?" sorusu (p=0.095), BKİ grup (p=0.551), yüksek tansiyon yılı grup (p=0.093) ve "Hipertansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?" sorusu (p=0.150) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

**Tablo 19. Hastaların Tansiyon Değerleri İle Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması (n=192)**

Değişkenler	n	Sistolik kan basıncı Ort.±SS	Diastolik kan basıncı Ort.±SS
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	129	130,81±13,54	83,88±9,31
Erkek	63	128,92±12,43	81,3±8,44
Z=		-0,791	-1,690
p=		0.429	0.091
<b>Yemeğe tadına bakmadan tuz atar mısınız?</b>			
Evet	57	127,54±11,27	81,19±8,7
Hayır	135	131,3±13,8	83,81±9,18
Z=		-1,516	-1,338
p=		0.130	0.181
<b>BKİ grup</b>			
1)Zayıf/Normal	34	128,15±18,00	81,71±10,90
2)Fazla kilolu	91	129,19±11,24	82,70±7,56
3)Obez	67	132,58±12,62	84,16±9,98
KV=		5,445	2,039
p=		0.066	0.361
Post-Hoc=		-	-
<b>Yüksek tansiyon yılı grup</b>			
1)0-4 yıl	82	129,63±14,69	82,70±9,62
2)5-14 yıl	90	129,38±11,17	82,46±8,28
3)15 yıl ve üstü	20	136,10±14,18	87,05±9,85
KV=		4,373	3,434
p=		0.112	0.180
Post-Hoc=		-	-

<b>Hipertansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
1 ilaç		128,82±14,16	82,61±8,88
2 ilaç		133,24±11,8	84,32±9,49
3 ilaç		128,5±10,35	82,27±6,94
4 ilaç		117,75±16,46	74,5±14,53
KV=		10,360	4,390
p=		<b>0.016</b>	0.222
Post-Hoc=		1<2	-
<b>Hipertansiyonun zamanla organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
Evet	109	131,39±12,61	83,14±9,03
Hayır	83	128,60±13,80	82,89±9,21
Z=		-0,535	-0,059
p=		0.593	0.953
<b>İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?</b>		<b>Ort.±SS</b>	<b>Ort.±SS</b>
Evet	154	130,74±12,38	83,15±8,80
Hayır	38	127,94±16,00	82,55±10,29
Z=		-1,575	-0,224
p=		0.115	0.823

Ort=Ortalama, SS=Standart sapma, Z=Mann Whitney U test, KV=Kruskal Wallis H test, Post-Hoc=DUNN'S, p<0.05

Tablo 19'da hastaların tansiyon değerlerinin çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların sistolik kan basıncı değerleri ile "Hipertansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?" sorusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır (KV=10.360, p=0.016). Hipertansiyon için 2 tane ilaç kullanan hastaların diğerlerine kıyasla sistolik kan basıncı değerleri daha yüksek bulunmuştur. Yapılan DUNN'S post-hoc analizi sonucuna göre hipertansiyon için 1 ilaç kullananlar ile 2 ilaç kullananlar arasında (p=0.039) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

**Tablo 20. Hastaların Yüksek Tansiyon Yılı Grupları İle Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması (n=192)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Yüksek tansiyon yılı grup</b>			<b>p</b>
	<b>0-4 yıl (n=82)</b>	<b>5-14 yıl (n=90)</b>	<b>15 yıl ve üstü (n=20)</b>	
<b>Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?</b>				
Var	22 (25,6)	52 (60,5)	12 (14)	<b>&lt;0.001<sup>a</sup></b>
Yok	60 (56,6)	38 (35,8)	8 (7,5)	
<b>Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?</b>				

Var	45 (36)	63 (50,4)	17 (13,6)	<b>0.017<sup>a</sup></b>
Yok	37 (55,2)	27 (40,3)	3 (4,5)	
<b>Hipertansiyon ilacına bağlı yan etki yaşıyor musunuz?</b>				
Evet	17 (29,3)	31 (53,4)	10 (17,2)	<b>0.019<sup>a</sup></b>
Hayır	65 (48,5)	59 (44)	10 (7,5)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 20'de hastaların yüksek tansiyon yılı grupları ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların yüksek tansiyon yılı grupları ile "Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?" sorusu (p<0.001), "Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?" sorusu (p=0.017) ve "Hipertansiyon ilacına bağlı yan etki yaşıyor musunuz?" sorusu (p=0.019) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

**Tablo 21. Hastaların "İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?" İle Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması (n=192)**

Değişkenler	İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?		p
	Evet (n=154)	Hayır (n=38)	
<b>Hipertansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?</b>			
1 ilaç	66 (69,5)	29 (30,5)	<b>0.003<sup>b</sup></b>
2 ilaç	63 (88,7)	8 (11,3)	
3 ilaç	21 (95,5)	1 (4,5)	
4 ilaç	4 (100)	0 (0)	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	106 (82,2)	23 (17,8)	0.329 <sup>a</sup>
Erkek	48 (76,2)	15 (23,8)	
<b>Yüksek tansiyon yılı grup</b>			
0-4 yıl	62 (75,6)	20 (24,4)	<b>0.049<sup>a</sup></b>
5-14 yıl	72 (80)	18 (20)	
15 yıl ve üstü	20 (100)	0 (0)	
<b>Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?</b>			
Var	72 (83,7)	14 (16,3)	0.271 <sup>a</sup>
Yok	82 (77,4)	24 (22,6)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 21'de hastaların "İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?" sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların "İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?" sorusu ile "Hipertansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?" sorusu arasında (p=0.003) ve yüksek tansiyon yılı grup arasında (p=0.049) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

**Tablo 22. Hastaların “Hipertansiyonun zamanla organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?” İle Çeşitli Değişkenlerin Karşılaştırılması (n=192)**

Değişkenler	Hipertansiyonun zamanla organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?		p
	Evet (n=109)	Hayır (n=83)	
<b>Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemeklerde kullandığınız tuz miktarı nasıl değişti?</b>			
Azaldı	63 (58,9)	44 (41,1)	0.508 <sup>a</sup>
Değişmedi	46 (54,1)	39 (45,9)	
<b>Düzenli egzersiz (yürüyüş vs) yapar mısınız?</b>			
Evet, düzenli yaparım	25 (78,1)	7 (21,9)	<b>0.020<sup>a</sup></b>
Nadiren yaparım	53 (55,2)	43 (44,8)	
Hiç yapmam	31 (48,4)	33 (51,6)	
<b>İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?</b>			
Evet	97 (63)	57 (37)	<b>&lt;0.001<sup>a</sup></b>
Hayır	12 (31,6)	26 (68,4)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 22’de hastaların “Hipertansiyonun zamanla organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?” sorusu ile çeşitli değişkenlerin karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre hastaların “Hipertansiyonun zamanla organlarınızda oluşturabileceği hasarları biliyor musunuz?” sorusu ile “Düzenli egzersiz (yürüyüş vs) yapar mısınız?” sorusu (p=0.020) ve “İlaçlarınızı düzenli alıyor musunuz?” sorusu (p<0.001) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

**Tablo 23. Hastaların Yaş Grupları Açısından Ek Organ Hastalıklarının Frekans Dağılımı**

Değişkenler	Yaş Grupları			
	18-34 yaş	35-49 yaş	50-65 yaş	
<b>Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?</b>				
Var	0 (0)	7 (8,1)	79 (91,9)	<b>&lt;0.001<sup>b</sup></b>
Yok	6 (5,7)	43 (40,6)	57 (53,8)	
<b>Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıkları*</b>	<b>18-34 yaş</b>	<b>35-49 yaş</b>	<b>50-65 yaş</b>	
Hipertansif retinopati( göz hastalığı, katarakt, glokom vs)	-	1 (14,3)	57 (74,0)	
Serebrovasküler hastalık (İnme)	-	0 (0,0)	13 (16,9)	
Kalp yetmezliği	-	3 (42,9)	25 (32,5)	
Böbrek hastalığı	-	0 (0,0)	19 (24,7)	

Koroner kalp hastalığı /Miyokard İnfarktüsü (Kalp krizi)	-	1 (14,3)	13 (16,9)
Baş ağrısı	-	2 (28,6)	0 (0,0)
<b>Toplam</b>	-	<b>7 (100,0)</b>	<b>77 (100,0)</b>

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 23'de hastaların yaş grupları ile ek organ hastalıklarının karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre yaş grupları ile "Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?" sorusu arasında (p<0.001) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır.

Hastaların yaş grupları ile ek organ hastalıklarının frekans dağılımı incelendiğinde; 18-34 yaş arasında olan hastaların ek organ hastalıklarının olmadığı belirlenmiştir, 35-49 yaş arasında olan hastaların %14,3'ü (n=1) hipertansif retinopati, %42,9'unun (n=3) kalp yetmezliği, %14,3'ünün (n=1) koroner kalp hastalığı, %28,6'sının (n=2) baş ağrısı yaşadığı belirlenmiştir. 50,65 yaş arasında olan hastaların %74,0'nının (n=57) hipertansif retinopati, %16,9'unun (n=13) serebrovasküler hastalık, %32,5'inin (n=25) kalp yetmezliği, %24,7'sinin (n=19) böbrek hastalığı ve %16,9'unun (n=13) koroner kalp hastalığı /miyokard infarktüsü yaşadığı belirlenmiştir.

**Tablo 24. Hastaların Cinsiyetleri Açısından Ek Organ Hastalıklarının Frekans Dağılımı**

Değişkenler	Cinsiyet		p
	Kadın	Erkek	
<b>Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?</b>			
Var	55 (64)	31 (36)	0.390 <sup>a</sup>
Yok	74 (69,8)	32 (30,2)	
<b>Hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıkları*</b>	<b>Kadın</b>	<b>Erkek</b>	
Hipertansif retinopati( göz hastalığı, katarakt, glokom vs)	37 (69,8)	21 (67,7)	
Serebrovasküler hastalık (İnme)	6 (11,3)	7 (22,6)	
Kalp yetmezliği	22 (41,5)	6 (19,4)	
Böbrek hastalığı	11 (20,8)	8 (25,8)	
Koroner kalp hastalığı /Miyokard İnfarktüsü (Kalp krizi)	10 (18,9)	4 (2,9)	
Baş ağrısı	2 (3,8)	0 (0,0)	
<b>Toplam</b>	<b>53</b>	<b>31</b>	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher's Exact test, p<0.05

Tablo 24'te hastaların cinsiyetleri ile ek organ hastalıklarının karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre cinsiyet ile "Hipertansiyonun neden

olduğu ek organ hastalıklarınız var mı?” sorusu arasında (p=0.390) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Hastaların cinsiyetleri ile ek organ hastalıklarının frekans dağılımı incelendiğinde; kadın hastaların %69,8’inin (n=37) hipertansif retinopati, %11,3’ünün (n=6) serebrovasküler hastalık (İnme), %41,5’inin (n=22) kalp yetmezliği, %20,8’inin (n=11) böbrek hastalığı, %18,9’unun (n=10) koroner kalp hastalığı ve %3,8’inin (n=2) baş ağrısı yaşadığı belirlenmiştir. Erkek hastaların %67,7’sinin (n=21) hipertansif retinopati, %22,6’sının (n=7) serebrovasküler hastalık, %19,4’ünün (n=6) kalp yetmezliği, %25,8’inin (n=8) böbrek hastalığı ve %2,9’unun (n=4) koroner kalp hastalığı /miyokard infarktüsü yaşadığı belirlenmiştir.

**Tablo 25. Hastaların “Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?” Sorusu ile Tansiyon Ölçme sıklığının Karşılaştırılması**

Değişkenler	Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?		p
	Var (n=125)	Yok (n=67)	
<b>Tansiyon Ölçme Sıklığı</b>			
Hiç	23 (60,5)	15 (39,5)	0.584 <sup>a</sup>
Haftada 1 kez	34 (72,3)	13 (27,7)	
Haftada 2 kez	26 (63,4)	15 (36,6)	
Haftada 3 kez	20 (71,4)	8 (28,6)	
Haftada 4 ve daha fazla	22 (57,9)	16 (42,1)	

a=Pearson Chi-Square test, b=Fisher’s Exact test, p<0.05

Tablo 25’te hastaların “Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?” sorusu ile tansiyon ölçme sıklığının karşılaştırılmasına ilişkin analiz sonuçları verilmiştir. Bu analiz sonucuna göre “Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?” sorusu ile tansiyon ölçme sıklığı arasında (p=0.584) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

## 5.TARTIŞMA

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine çeşitli sebeplerle başvuran hipertansiyon hastalarındaki depresyon durumu ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladığımız çalışmamızda elde edilen veriler ışığında HT hastalarında depresyon derecesinin artması ile yaşam kalitesinin kötüye gittiği gözlemlenmiştir.

Çalışmamızda yer alan 192 katılımcının minimum yaşı 21, maksimum yaşı 65, medyan yaşının 55 olduğu görülmüştür. Hastaların %70,8’inin 50-65 yaş arasında olduğu tespit

edilmiştir. Gülhane Askeri Tıp Akademisinde 2012 yılında yürütülen hipertansiyon hastalarında anksiyete bozukluğunu araştıran çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının 57.33 olduğu saptanmıştır(49). Bu durum hipertansiyon prevalansının yaş ile birlikte artmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların çoğunluğunu (%67,2) kadın hastalar oluşturmaktadır. Çöl ve arkadaşları tarafından Park sağlık ocağında hipertansiyon hastaları üzerinde yapılmış olan bir çalışmada katılımcıların %19.1'inin erkek, %80.9'unun kadın olduğu görülmüştür. Kadınların katılım oranının daha yüksek olması, hipertansiyonun kadınlarda daha sık görülmesinin yanı sıra, birinci basamağa başvuran hastaların daha çok kadın popülasyon tarafından oluşması ve kadınların bilimsel çalışmalara erkeklerden daha fazla ilgi göstermesinden kaynaklanmaktadır. Ülkemizde 2012 de yürütülen PatenT2 çalışmasında hipertansiyon prevalansının kadınlarda %50.3 erkeklerde %49.7 olduğu tespit edilmiştir(10). Hipertansiyonun kadınlarda daha sık görülmesinin sebebi olarak; yaşla birlikte vücut yağ dağılımının değişmesi, postmenapozal değişiklikler sebebiyle östrojen miktarının azalması ve bunların sonucu olarak kadınların tuza karşı daha hassas duruma gelmeleri gösterilebilir(50).

Katılımcıların %70,3'ünün yemeğin tadına bakmadan tuz atmadığı ve %55,7'sinin hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yemeklerde kullandığı tuz miktarını azalttığı tespit edilmiştir. Benzer şekilde Arslantaş ve arkadaşlarının 2019 yılında hipertansiyon hastaları üzerinde yapmış olduğu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun (%70,5) yemeklerinde tuz kısıtlaması yaptığı gösterilmiştir(51). Buradan yola çıkarak hipertansiyon hastalarının yaşam tarzı değişikliklerinin en önemli unsuru olan tuz kısıtlamasına özen gösterdiği gözlemlenmiştir.

Çalışmamıza gönüllü olan katılımcılara yüz yüze anket uygulanması esnasında yapılan tansiyon ölçümlerinde hastaların %14,6'sının normal, %52,1'inin artmış kan basıncına sahip olduğu, hastaların %10,4'ünün 15 yıldan daha fazla süredir hipertansiyon tanısı olduğu görülmüştür. Hipertansiyon hastalarında yaşam kalitesinin değerlendirildiği Emre ve arkadaşlarının 2020 yılında Denizli'de yapmış olduğu bir çalışmada hedef kan basıncı değeri 140/90 mmHg'nın altı kabul edilmiş ve katılımcıların %78,6'sının tansiyon değerinin kontrol altında olduğu bulunmuştur(52).

Çalışmamızda hastaların %87,5'inin evinde tansiyon aleti bulundurduğu, bunun yanında %19,8'inin tansiyon takibini hiç yapmadığı gözlemlenmiştir. 2009 yılında İtalya'da Cuspidi ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hipertansiyon hastalarının %25,3'ünün kan

basıncını düzenli takip etmediği saptanmıştır(53). Bu durum hipertansiyon hastalığında kan basıncı takibinin öneminin yeterince anlaşılamadığını düşündürülebilir.

Çalışmamızda ‘İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?’ sorusuna katılımcıların %80,2’si evet yanıtını verirken benzer şekilde Arslantaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların aynı soruya verdiği cevabın %87,2 oranında evet olduğu görülmüştür(51). 2013 yılında Kretchy ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise hastaların ilaçlara uyumunun oldukça düşük olduğu (%6.75) saptanmıştır(54).

Çalışmamıza katılan gönüllülerin %49,5’inin hipertansiyon için 1 tane ilaç kullandığı saptanmış olup Aşiret ve arkadaşlarının 2019 yılında Aksaray’da yapmış olduğu çalışmada hipertansiyon için 1 tane ilaç kullananların katılımcıların %86.4’ünü oluşturduğu görülmüştür(55). İki çalışma kıyaslandığında çalışmamıza katılan hipertansif hastaların Aşiret ve arkadaşlarının çalışmasına göre daha fazla oranda ikili kombine tedavi aldığı saptanmıştır.

Çalışmamızdaki gönüllülerin kullandıkları antihipertansif ilaçlar incelendiğinde; en çok ARB (%24) ve diüretik (%20,8) grubu ilaçların tercih edildiği, en az tercih edilen antihipertansif ilaç grubunun BB (%13.8) olduğu tespit edilmiştir. Hindistan’da 2014 yılında Beg ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir çalışmada reçete edilen toplam 697 antihipertansif ilacın %33,5’i ARB, %16,7’si ACEİ, ve %11,9’u KKB idi(56). 2015 yılında Tedla ve arkadaşları tarafından Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılmış olan bir çalışmada ise en sık kullanılan antihipertansif ilaçlar diüretikler (%39,7) ve ARB (%31,6) idi.(57) Bu bilgiler ışığında ülkelere göre tercih edilen antihipertansif ilaç grubunun farklılık gösterdiği söylenebilir. Çalışmamızda ACEİ kullanım oranının düşük çıkmasına sebep olarak ülkemizde sıklıkla kombinasyon tedavisinin kullanılması ve ACEİ ile ARB’lerin kombine olarak kullanılmaması gösterilebilir.

Çalışmamızda yer alan gönüllülere hipertansiyon ilaçlarına bağlı yan etki yaşıyor musunuz sorusu sorulduğunda katılımcıların %30,2’sinin en az 1 yan etki yaşadığı sonucu elde edilmiştir. Çalışmamıza katılan bireylerin yan etki olarak en sık ayak bileğinde ödem (%32,5) şikayeti yaşadığı tespit edilmiştir. Polaczyk ve arkadaşlarının 2022 yılında antihipertansif ilaçların erkek ve kadınlarda ilaç yan etkilerini ortaya koymak için yapmış olduğu çalışmada antihipertansif kullanan katılımcıların %47.9’unun en az 1 yan etki yaşadığı gözlenmiş olup en sık karşılaşılan yan etkinin alerjik reaksiyon (%41.9) olduğu tespit edilmiştir.(58) Çalışmamızda çıkan verilere göre ise hastaların %6,5’inde alerjik reaksiyon olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların %44,8'inde hipertansiyonun neden olduğu ek organ hastalıklarının eşlik ettiği tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Çevik ve arkadaşlarının 2014 yılında İstanbul'da gerçekleştirmiş olduğu çalışmada 90 hipertansiyon hastasının %51,2'sinde ek organ hasarı saptanmıştır(59). Çalışmamızda hastalara en sık eşlik eden uç organ hasarı göz hastalıkları (hipertansif retinopati, glokom, katarakt) (%43,3) iken Çevik ve arkadaşlarının çalışmasında en sık sol ventrikül hipertrofisi (%23,3) eşlik etmektedir.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların %65,1'inin hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikayetlerinin olduğu saptanmıştır. Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikayetler incelendiğinde en sık görülen şikayetin baş ağrısı (%43,2) olduğu tespit edilmiştir. 2023 yılında Kowalski ve arkadaşları tarafından Polonya'da yapılan ve acil servise ayaktan başvuran hipertansiyon hastalarındaki semptomların sıklığını gözlemleyen çalışmada katılımcıların %84,9'unda yüksek kan basıncına eşlik eden şikayetler gözlemlenmiş olup, en sık görülen şikayetlerin sırasıyla; baş ağrısı, göğüs ağrısı, baş dönmesi ve kalp çarpıntısı olduğu tespit edilmiştir(60).

Katılımcılara uygulanmış olan BDEÖ sonuçlarına göre gönüllülerin %29,2'si orta ve şiddetli depresyon grubunu oluşturduğu görülmüştür. Suudi Arabistan'da Alhamidah ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yürütülen bir çalışmada hipertansif hastalara Beck depresyon Envanteri uygulanmış ve toplam puanı 20'nin üzerinde olanlar depresif kabul edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hipertansif hastaların %20,7 sine depresyonun eşlik ettiği tespit edilmiştir(61). Yine aynı yılda Brezilya'da Mantovani ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada ise katılımcıların Beck Depresyon Envanteri aldıkları topla puanın 10 ve üzerinde olması depresyon kabul edilmiş ve hastaların %43,4'ünde depresyon geliştiği tespit edilmiştir(62).

Çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarının BDEÖ'den aldığı toplam puan ve Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından "Fiziksel Bileşen" puanları ve "Mental Bileşen" puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre hastaların depresyon düzeyinin artması ile yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür. 2023 yılında Güvener ve arkadaşları hipertansiyonu olan bireylerde depresyon ve anksiyetenin yaşam kalitesi üzerine etkilerini araştıran bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde depresyon ve anksiyetenin kişilerin yaşam kalitesi üzerine kuvvetli bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir(63). Literatürdeki birçok çalışma hipertansiyonun depresyon semptomlarını etkilediğini ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz sonuçlar meydana getirdiğini göstermektedir.(64,65).

Gönüllülerin BDEÖ'den almış olduğu puanlar incelendiğinde yaş değişkeni ile BDEÖ toplam puanları arasında ( $Rho=0.168$ ,  $p=0.020$ ) pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Güvener ve arkadaşlarının 2023 yılında Sinop'ta acil servise başvuran hipertansif hastalar üzerinde gerçekleştirmiş olduğu çalışmada Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASS-21) kullanılarak hastaların depresyon durumları hakkında veriler toplanmıştır. İncelenen veriler neticesinde hastaların yaşlarındaki artış ile DASS-21' den aldıkları puan arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır(63). Bireylerde yaşın ilerlemesiyle fonksiyonel becerilerin zayıflaması, sosyal ilişkilerde azalma ve kronik rahatsızlıkların ortaya çıkması ile depresif duygu durumuna yatkınlığın oluşabileceği düşünülebilir. Ayrıca yaşın artması ile YKÖ alt boyutlarından "Fiziksel Bileşen" ölçeğinden alınan puanlar arasında ( $Rho=-0.292$ ,  $p<0.001$ ) negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Güvener ve arkadaşlarının çalışmasında ise yaş artışı ile YKÖ alt boyutlarından hem "Fiziksel Bileşen" hem de "Mental Bileşen" arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ortaya çıkarılmıştır.

Çalışmamızda yer alan erkek katılımcıların YKÖ alt boyutlarından "Fiziksel bileşen" puanının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde 2023 yılında Runa ve arkadaşları tarafından SF- 36 dan faydalanılarak yapılan çalışmada erkeklerin yaşam kalitelerinin kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır(66). Güvener ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise erkeklerin yaşam kalitesi düzeyi kadınlara göre daha yüksek iken depresyon düzeyi kadınlarda daha yüksek bulunmuştur(63). Çalışmamızdaysa depresyon düzeyinde cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Yaşam kalitesinin erkeklerde daha yüksek olmasının nedeni olarak; erkeklerin kadınlara kıyasla daha az duygusal olmaları ve olumsuz yaşam koşullarından daha az etkilenmeleri gösterilebilir.

Çalışmamızdaki hipertansif hastaların günlük içtiği sigara sayısı ile BDEÖ 'den aldığı puan arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Velioğlu ve arkadaşlarının sigara bıraktırma polikliniğine başvuran hastalarda yaptığı çalışmada (2017) hastaların nikotin bağımlılığının artmasıyla depresyon düzeyinin de anlamlı bir şekilde yükseldiği tespit edilmiştir.(67)

Çalışmamıza katılan gönüllü hipertansiyon hastalarında; hastalığı geçirme süresi ile BDEÖ toplam puanı ( $Rho=0.169$ ,  $p=0.019$ ) arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının kronik hatalığa sahip bireylerde yaptığı çalışmada ise hastalığın uzaması ile hastaların depresyon puan ortalamasının arttığı fakat bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir(68).Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise tanıdan sonra ilk yıl depresyon skoru yüksek saptanmış, hastalık süresi 1-5 yıl

olan grupta bu skor düşmüş ve 5 yıldan fazla zamandır HT tanısı olan katılımcılarda ise skor tekrar yükselmiştir(69) Çalışmamızda hastalığı geçirme süresi arttıkça YKÖ alt boyutlarından “Fiziksel Bileşen” puanının azaldığı gözlemlenmiştir. Gün ve arkadaşlarının 2014 yılında yürütmüş olduğu çalışmada hastalara SF-36 testi uygulanmış ve hastalık süresi ilk bir yılda olanların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır(70). Hastalığın erken vakitlerinde yaşam kalitesinin daha yüksek olmasının, henüz hastalığa bağlı olumsuz etkilerin ortaya çıkmamış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda bekâr, dul ve boşanmış olanların evlilere kıyasla BDEÖ’den daha fazla puan aldığı gözlemlenmiştir. Benzer şekilde 2022 yılında Şibka ve arkadaşları tarafından yürütülmüş olan çalışmada bekar ve ilişkisi olmayan bireylerin depresyon düzeyinin evlilerin depresyon düzeyinden daha yüksek olduğu bulunmuştur(71). Bu çalışmalar evliliğin yalnızlık hissini gidermesi ve kişilerin sosyal hayatın içinde daha aktif rol oynamasını sağladığı için kişilerin ruhsal sağlığının olumlu yönde etkilenmesi ile açıklanabilir.

Çalışmamıza katılan evli bireylerin diğer katılımcılara göre fiziksel ve mental bileşen puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Gün ve arkadaşlarının yürütmüş olduğu çalışmada evli bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Evli bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek saptanması kişilerin sosyal desteklerinin daha fazla olmasından kaynaklanabildiği düşünülmektedir(70).Evlilerin yaşam kalitelerinin genel olarak daha yüksek olmasında sosyal desteklerinin daha fazla olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların evde birlikte yaşadığı kişi sayısı arttıkça depresyon düzeyinde azalma ve yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de mental bileşeninde artış olduğu gözlemlenmiştir. Benzer şekilde 2008 yılında Gülhane Tıp dergisinde yayınlanan çalışmada SF-36 ölçeği uygulanan hastalardan evde yalnız yaşayanların tüm alt ölçeklerden daha düşük puan aldığı ortaya çıkarılmıştır(72). Maral ve arkadaşlarının huzur evinde yaşayan yaşlı bireyler üzerinde yapmış olduğu çalışmada ise depresyon prevalansının huzurevinde yaşayan bireylerde daha fazla olduğunu saptamıştır(73). Bu bilgiler ışığında kişilerin aile bireyleri ile birlikte yaşamaları sevgi ve huzur ortamının oluşmasını sağlamaktadır. Bu şekilde ruhsal sağlığın korunmasında ve yaşam kalitesinin artırılmasında önemli bir faktör olduğu sonucuna varılmaktadır.

Çalışmamıza katılım sağlayan bireylerin çalışma durumları değerlendirildiğinde herhangi bir işte çalışmayanların BDEÖ toplam puanı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın aksine Hacıhasanoğlu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastaların çalışma

durumlarının BDEÖ puanlarına etki etmediği sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan birçok çalışmada hastaların meslekleri ile depresyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir(74,75). Grubun diğer gruplara kıyasla BDEÖ 'den daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Çalışmamızda yer alan gönüllülerin gelir durumu incelendiğinde geliri giderinden az olan katılımcıların BDEÖ' den daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Geliri giderinden fazla olanların ise Fiziksel bileşen ve Mental bileşen puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Benze şekilde Göçgeldi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada geliri düşük kabul edilen grubu diğer gruplar ile karşılaştırıldığında depresyon düzeyinin daha yüksek ve yaşam kalitesinin daha düşük olduğu görülmüştür(72).

Katılımcıların vücut kitle indeksleri göre BDEÖ puanları değerlendirildiğinde zayıf/normal olanların diğer gruplara kıyasla daha yüksek puana sahip oldukları görülmüştür. Hindistan'da Ranjan ve arkadaşları tarafından Hastane Depresyon ve Anksiyete ölçeği kullanılarak hazırlanan çalışmada ise vücut kitle indeksi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır(76).

Çalışmamıza katılım sağlayan gönüllülerin egzersiz yapma durumları ile ölçeklerden almış oldukları puanlar karşılaştırıldığında düzenli egzersiz yapan grubun diğer gruplara nazaran BDEÖ den daha düşük puan aldığı, fiziksel ve mental bileşen puanlarının ise diğer gruplara kıyasla daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Güvener ve arkadaşlarının çalışmasında da düzenli egzersiz yapan bireylerde yapmayanlara göre daha az depresyon görülmüştür ve yaşam kalitesinin daha iyi olduğu ortaya çıkarılmıştır(63). Düzenli yapılan egzersizin ruhsal sağlığın korunmasında, hastalıklar ve stresle baş etmede oldukça önemli bir yeri olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamıza katılan gönüllerin tedaviye uyumu değerlendirildiğinde hastaların %80 'inin ilaçlarını düzenli bir şekilde aldığı tespit öğrenildi. Li ve arkadaşlarının 2003 yılında yapmış olduğu çalışmada ise hipertansif hastaların %56 'sının tedaviye uyum sağladığı tespit edilmiştir(77).Teknolojinin gelişmesiyle bilgiye ulaşmanın kolaylaşması ve toplumun sağlık konusunda daha bilinçli hale gelmesi tedaviye uyum oranlarının iyileşmesini açıklayabilir.

Çalışmamıza yer alan gönüllülerin düzenli ilaç kullanımı ile BDEÖ ve YKÖ' den almış oldukları puanlar karşılaştırıldığında tedaviye uyum sağlayan hastaların uyumlu olmayanlara göre mental bileşen puanlarının daha yüksek olduğu ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızın aksine Runa ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada

hataların ilaç uyumları ile yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(66). Çalışmamızda tedaviye uyumsuz bireylerin depresyon düzeyinin daha yüksek saptanmış olması depresyon belirtilerinin tedaviye uyumu bozması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamıza dahil olan katılımcılarda hipertansiyonun neden olduğu ek hastalıkların varlığı ile depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki incelendiğinde ek hastalıkların varlığı hastaların depresyon düzeyini arttırmakta ve yaşam kalitesi bileşenlerinden fiziksel bileşen puanını negatif yönde etkilemektedir. Aydemir ve arkadaşlarının 2005 yılında Türkiye'nin dört farklı bölgesinde yaptıkları çalışmada komplikasyon gelişerek ek hastalıklara sahip olan hipertansif bireylerde ek hastalığı olmayanlara kıyasla fiziksel ve psikolojik sağlık skorlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir.(42) Hindistan' da Ramachandran ve arkadaşları tarafından hipertansif bireylerde depresyonun düzeyinin belirlendiği çalışmada da benzer şekilde ek hastalıkların eşlik etmesi ile depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak birçok çalışmada eşlik eden ek hastalıkların sayısındaki artış yaşam kalitesinin azalması ile ilişkilendirilmiştir(78,79)

Çalışmamıza katılım gösteren bireylerin “Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetiniz var mı?” sorusu ile BDEÖ toplam puanı ve YKÖ alt bileşenlerinden alınan toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Hipertansiyon hastalığının neden olduğu şikâyetleri mevcut olanların; BDEÖ toplam puanı daha yüksek, YKÖ alt boyutlarından aldıkları puanlar daha düşük bulunmuştur. Steven ve arkadaşlarının 2012' de yapmış olduğu çalışmada hipertansiyona bağlı semptom sayısı daha fazla olan hastaların, semptomu olmayan veya daha az semptomu olanlara kıyasla SF-36 ölçeğinden aldıkları puanın daha düşük olduğu saptanmıştır(80).

Çalışmamıza katılan gönüllülerin HT ilaçlarına bağlı yan etki yaşamaları ile yaşam kalitesi ölçeğinin fiziksel alt bileşeni arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre çalışmamıza katılan HT hastalarının ilaçlara bağlı yan etkileri yaşamaları yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. İspanya'da polifarmasinin hastalar üzerindeki olumsuz etkilerini göstermeyi amaçlayan çalışmada; kullanılan ilaç sayısının artmasıyla ilaçlara bağlı yan etkilerin ortaya çıkma sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Literatürdeki birçok çalışmada çeşitli ilaç gruplarının yan etkileri nedeniyle bireylerin yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği ortaya konmuştur (81,82)

Çalışmamızda yer alan katılımcıların muayene esnasında ölçülen kan basıncı değerleri ile yemeğe tadına bakmadan tuz atmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır. Ancak literatür incelendiğinde 2015 yılında İzmir’de Sözmen ve arkadaşları tarafından yürütülmüş olan çalışmada yemeğin tadına bakmadan tuz kullanan bireylerde tedavi olma oranının anlamlı olarak düşük olduğu tespit edilmiştir (83). Bu durum ülkemizde tuz tüketiminin oldukça yüksek miktarda olmasına ve farkındalığı artırmaya yönelik kampanyaların yeterli olmamasına bağlanabilir.

Çalışmamıza katılan bireylerde hastalık süresinin artışı ile hipertansiyon hastalığına bağlı oluşan şikayetlerin, hastalığın neden olduğu ek hastalıkların ve antihipertansif ilaçlara bağlı yan etkiler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. 2019 yılında Suvila ve arkadaşları tarafından yapılan ve hipertansiyon başlangıç yılı ile hipertansiyona bağlı ek organ hasarı gelişmesi arasındaki ilişkiyi göstermeyi hedefleyen çalışma neticesinde; 35 yaşın altında hipertansiyon tanısı almış olan bireylerde 45 yaşının üzerinde tanı almış bireylere kıyasla hedef organ hasarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Buradan yola çıkarak yüksek kan basıncına uzun süre maruz kalmanın hedef organ hasarı gelişmesinde önemli bir etken olduğu düşünülebilir(84).

Çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarında ek organ hastalıklarının eşlik etmesi ile tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Literatür incelendiğinde ise Borataş’ın çalışmasında (2017) ek hastalıkların artması ile ilaca uyum oranının arttığı gözlemlenmiştir(85). Akgül’ün çalışmasında ise hastalık süresinin ilerlemesiyle HT a bağlı semptomların artacağını ve ilaç tedavisine uyumun anlamlı arttığı gözlemlenmiştir(86).

Çalışmamızda yer alan gönüllülerin ilaçlarını düzenli kullanmaları ile hipertansiyon hastalık süresi ve hipertansiyon için kullanılan ilaç sayısı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre hastalığın süresi ve kullanılan ilaç sayısı arttıkça ilaca uyum oranı da artmaktadır. Gün ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hastalık süresi bir yıl ve daha az olanların diğer gruplara göre ilaç tedavisine daha az uyum gösterdiği belirlenmiştir(70). Hastalık süresi arttıkça hipertansiyona bağlı şikayetlerin sıklaşması ve komorbid hastalıkların eklenmesi; hastaların tedaviye uyumundaki artışı açıklayabilir. Çalışmamızda çıkan sonucun aksine Ruksakulpiwat ve arkadaşları tarafından 2024 yılında ABD’de yapılan bir çalışmada; reçetelenen anti-hipertansif ilaçların sayısının artmasıyla ilaç uyumunda azalma arasında anlamlı düzeyde ilişki saptandı(87). Bu çalışmanın sonucundan yola çıkarak ise reçete edilen anti-hipertansif ilaç sayısındaki artışın ilaç dozlarını takip etmede zorluk oluşturarak tedaviye uyum sürecini negatif yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmamıza katılan gönüllülerin HT hastalığının zamanla organlarında oluşturabileceği hasarlar hakkında bilgi sahibi olması ile düzenli egzersiz yapması ve ilaçlarını düzenli kullanması arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Yadav ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada (2023) hipertansiyon hastalarının hastalık ile ilgili bilgi düzeyleri ölçülerek egzersiz yapma durumları ile karşılaştırılmıştır(88). Bu çalışmanın sonunda çalışmamız ile benzer şekilde hastalık hakkında bilgi sahibi olan bireylerin daha sık ve düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır. Buradan anlaşılacağı üzere toplumun hastalıklarla ilgili farkındalık düzeylerinin artırılması bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili önlemler almasına katkıda bulunabilir. Endonezya’da yapılan bir çalışmada hastaların hipertansiyon ile ilgili bilgi düzeyleri ölçülerek tedaviye uyumları ile karşılaştırılmıştır. Tedaviye uyumlarının tespiti için hastalara reçeteyi satın alma ve ilaçları düzenli kullanması hakkında sorular sorulmuştur. Araştırmanın sonucuna göre hastaların hipertansiyon ile ilgili bilgi düzeyleri ve tedaviye uyumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir(89).

Çalışmanın kısıtlılıkları arasında;

- Anket verileri kişilerin beyanına dayalı elde edildiği için verilerin güvenilirliği ve kalitesinin etkilenmesi yer almaktadır.
- Anket verilerinin toplanması sürecinde hastalara poliklinikte ulaşması nedeniyle tansiyon ölçümleri bir defa yapılmıştır.

## 6.SONUÇ

Yaptığımız çalışmada HT hastalarında depresyon düzeyi ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi değerlendirebilmek amacıyla BDEÖ ve SF-12 yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre HT hastalarında depresyon düzeyindeki artışın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Hastaların %29,2'sinin orta ve şiddetli depresyon düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki birçok çalışma hipertansiyonun depresyon semptomlarını etkilediğini ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz sonuçlar meydana getirdiğini göstererek çalışmamız ile uyum göstermektedir.

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde çoğunluğunun kadın ve ileri yaşta olduğu görülmüştür. Hastaların evli olması, gelir durumunun yüksek olması ve düzenli egzersiz yapmasının depresyon düzeyini azalttığı ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Hastaların yaşlarının ilerlemesi ile depresyon düzeylerinin arttığı, yaşam kalitelerinin ise olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir.

Uzun yıllardır HT hastalığına sahip olan bireylerde hipertansiyona bağlı şikayetlerin ve ek organ hastalıklarının daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Hipertansiyona bağlı şikayetlerin ve ek organ hastalıklarının artmasının ise depresyon düzeyini olumsuz yönde etkilediği ve yaşam kalitesini düşürdüğü gözlemlenmiştir. Birçok çalışmada eşlik eden hastalıkların depresyon düzeyi üzerinde oldukça önemli bir etkiye sahip olduğu; fiziksel ve mental yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

Hipertansiyon hastalığının organlarda oluşturabileceği hasarların bilincinde olan hastaların egzersiz yapma oranının daha yüksek olduğu ve ilaçlarını daha düzenli kullandıkları tespit edilmiştir. Hipertansiyon hastalığının uzun vadede ortaya çıkarabileceği komplikasyonlar hakkında hastaların bilgilendirilmesi, birinci basamakta tersiyer korumanın sağlanmasında oldukça etkili olacaktır.

Aile hekimleri kişileri ait olduğu toplumun içinde ele alır, hastalık ayırt etmeksizin tüm hastaları biyo-psikososyal açıdan değerlendirir, bütüncül ve kesintisiz bir sağlık hizmeti sunar. Birinci basamak hekimleri; fiziksel ve psikolojik işlevselliği bozabilen ve kronik bir hastalık olan hipertansiyondan korunmada, hastalığın yönetiminde, komplikasyonların önlenmesinde, yaşam tarzı değişikliği ve medikal tedavinin uygulanmasında etkin rol oynayarak

hipertansiyona bağlı depresyon düzeyinin düşürülmesinde ve yaşam kalitesinin arttırılmasında önemli bir yere sahiptir.

## KAYNAKLAR

1. Aydoğdu A, Atlı T, Bayram F, Can AS, Cesur M, Eren MA, et al. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu 6. Baskı (Çevrimiçi Yayın): [Internet]. 2022 [cited 2024 May 5]. Available from: [www.temd.org.tr](http://www.temd.org.tr)
2. Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., vd. (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1). <https://doi.org/10.5798/diclemedj.0921.2012.04.0184>.
3. Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., & Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.
4. Özdemir Ü, Taşci S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar Ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* . 2013;1:57–68.
5. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu Turkish Hypertension Consensus Report. *Türk Kardiyoloji Derneği* . 2019;47(6):535–46.
6. Mills KT, Stefanescu A, He J. The Global Epidemiology of Hypertension. Vol. 16, *Nature Reviews Nephrology*. Nature Research; 2020. p. 223–37.
7. Zhou, B., Bentham, J., Di Cesare, M., Bixby, H., Danaei, G., Cowan, M. J., ... & Cho, B. (2017). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19· 1 million participants. *The Lancet*, 389(10064), 37-55.
8. Chow, C. K., Teo, K. K., Rangarajan, S., Islam, S., Gupta, R., Avezum, A., ... & Yusuf, S. (2013). Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *Jama*, 310(9), 959-968.
9. Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, E., Erginel-Ünaltuna, N., Kaya, A., & Altay, S. (2017). TEKHARF 2017 Tıp dünyasının kronik hastalıklara yaklaşımına öncülük. İstanbul: Logos Yayıncılık, 104-19. Logos Yayıncılık;
10. Sengul, S., Akpolat, T., Erdem, Y., Derici, U., Arici, M., Sindel, S., ... & Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. (2016). Changes in hypertension prevalence, awareness,

- treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of hypertension*, 34(6), 1208-1217. [cited 2024 Jul 20]; Available from: [www.jhypertension.com](http://www.jhypertension.com)
11. Hernandez-Vila E, Coulter SA. *Cardiovascular Disease in Women* [Internet]. Vol. 42. 2015 [cited 2024 Jul 20]. 226 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.14503/THIJ-15-5067>
  12. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Hipertansiyon Klinik Protokolü (Versiyon 1.0)*. 2020 Ankara.
  13. James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., ... & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*, 311(5), 507-520. [cited 2024 Jul 24]; Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497>
  14. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... & Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European heart journal*, 39(33), 3021-3104. [cited 2024 Jul 24]; Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
  15. Shimbo, D., Artinian, N. T., Basile, J. N., Krakoff, L. R., Margolis, K. L., Rakotz, M. K., ... & American Heart Association and the American Medical Association. (2020). Self-measured blood pressure monitoring at home: a joint policy statement from the American Heart Association and American Medical Association. *Circulation*, 142(4), e42-e63. Lippincott Williams and Wilkins;
  16. Volpe M, Gallo G, Battistoni A, Tocci G. Highlights of ESC/ESH 2018 Guidelines on the Management of Hypertension: What Every Doctor Should Know. *High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention* [Internet]. 2019 Feb 8 [cited 2024 Jul 25];26(1):1–8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40292-018-00297-y>
  17. Aksu F, Keleş N, Yılmaz Y, Demircioğlu K, Çalışkan M. Masked hypertension. *Medeni Med J* [Internet]. 2016 Apr 1 [cited 2024 Jul 25];31(2):122. Available from: <https://openurl.ebsco.com/contentitem/doi:10.5222%2FMMJ.2016.122?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:doi:10.5222%2FMMJ.2016.122>
  18. Tekin G. Sistemik Hipertansiyonun Güncel Tanı ve Tedavisi. *Archives Medical Review Journal*. 2016;25(2):163–80.

19. Levine GN, Al-Khatib SM, Beckman JA, Birtcher KK, Bozkurt B, Brindis RG, et al. Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension* [Internet]. 2018;71:13–115. Available from: [www.acc.org](http://www.acc.org)
20. Yeghiazarians Y, Jneid H, Tietjens JR, Redline S, Brown DL, El-Sherif N, et al. Obstructive Sleep Apnea and Cardiovascular Disease: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2021 Jul 20 [cited 2024 Jul 26];144(3):E56–67. Available from: [www.ahajournals.org/journal/circ](http://www.ahajournals.org/journal/circ)
21. Brown J, Yazdi F, Jodari-Karimi M, Owen JG, Reisin E. Obstructive Sleep Apnea and Hypertension: Updates to a Critical Relationship. *Curr Hypertens Rep* [Internet]. 1906 [cited 2024 Jul 26];24:173–84. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11906-022-01181-w>
22. Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., ... & Harrap, S. B. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *Journal of hypertension*, 32(1), 3-15.
23. Mancia, G., & Kreutz, R. (2023). Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al., Authors/Task Force Members. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). *J Hypertens*, 41, 1874-2071. [Internet]. [www.jhypertension.com](http://www.jhypertension.com). Available from: <http://journals.lww.com/jhypertension>
24. Chobanian A V., Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 Report. *JAMA* [Internet]. 2003 May 21 [cited 2024 Jul 27];289(19):2560–71. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/196589>
25. Samadian F, Dalili N, Jamalian A. Lifestyle Modifications to Prevent and Control Hypertension. *Iranian Journal of Kidney Diseases* | [Internet]. 2016;10(5):237–63. Available from: [www.ijkd.org](http://www.ijkd.org)
26. Toyama, T., Furuichi, K., Shimizu, M., Hara, A., Iwata, Y., Sakai, N., Perkovic, V., Kobayashi, M., Mano, T., Kaneko, S., & Wada, T. (2015). Relationship between Serum Uric Acid Levels and Chronic Kidney Disease in a Japanese Cohort with Normal or Mildly Reduced Kidney Function. *PloS one*, 10(9), e0137449. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137449>. [cited 2024 Jul 30]; Available from: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1370848662507570309>

27. Öztürk MO, & UA. Ruh sağlığı ve bozuklukları . 11. baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2011. 340–460 p.
28. Cui R. (2015). Editorial: A Systematic Review of Depression. *Current neuropharmacology*, 13(4), 480. <https://doi.org/10.2174/1570159x1304150831123535>. [cited 2024 Jul 30]; Available from: [/pmc/articles/PMC4790400/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26444400/)
29. Scott AJ, Correa AB, Bisby MA, Dear BF. Depression and Anxiety Trajectories in Chronic Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychother Psychosom* [Internet]. 2023 Sep 19 [cited 2024 Jul 30];92(4):227–42. Available from: <https://dx.doi.org/10.1159/000533263>
30. Trivedi MH. Major Depressive Disorder in Primary Care: Strategies for Identification. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2020 Mar 17 [cited 2024 Jul 30];81(2):27712. Available from: <https://www.psychiatrist.com/jcp/identifying-mdd-in-primary-care>
31. Helvacı Çelik, F. ve Hocaoğlu, Ç. (2016). Major Depresif Bozukluğun Tanımı, Etiolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66. <https://doi.org/10.16899/ctd.03180>. [cited 2024 May 5]; Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/gopctd/issue/24113/255971>
32. Supporting Turkish mental health policy and service delivery [Internet]. [cited 2024 Jul 31]. Available from: <https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/country-story/2020/supporting-turkish-mental-health-policy-and-service-delivery>
33. Aydın S. Birinci Basamakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2005;9(1):26–31.
34. Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4th ed. 2013. 419–447 p.
35. Çam C, Atay E, Işıklı B. Yaşlılarda Yalnızlık ve Yaşam Kalitesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2018;3(2):49-67.
36. Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* [Internet]. 2004 Mar [cited 2024 Aug 1];13(2):299–310. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15085902/>
37. Menon B, Cherkil S, Aswathy S, Unnikrishnan A, Rajani G. The Process and Challenges in the Translation of World Health Organization Quality of Life (WHOQOL- BREF) to a Regional Language; Malayalam. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2012 Apr [cited 2024 Aug 1];34(2):149–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23162191/>

38. Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BEK. Health Status and Hypertension: A Population-based Study. *J Clin Epidemiol*. 1996 Nov 1;49(11):1239–45.
39. Bardage C, Isacson DGL. Hypertension and Health-related Quality of Life: an Epidemiological Study in Sweden. *J Clin Epidemiol*. 2001 Feb 1;54(2):172–81.
40. Beilin LJ, Puddey IB, Burke V. Lifestyle and Hypertension. *Am J Hypertens* [Internet]. 1999 [cited 2024 Aug 2];12(9 Pt 1):934–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10509554/>
41. Kim, H. R., & Son, M. (2022). Associations of socioeconomic status with depression and quality of life in patients with hypertension: an analysis of data from the 2019 Community Health Survey in Korea. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 55(5), 444.
42. Aydemir O, Ozdemir C, Koroglu E. The Impact of Co-Morbid Conditions on the SF-36: A Primary-Care-Based Study Among Hypertensives. *Arch Med Res*. 2005 Mar 4;36(2):136–41.
43. Ha NT, Duy HT, Le NH, Khanal V, Moorin R. Quality of Life Among People Living with Hypertension in a Rural Vietnam Community. *BMC Public Health* [Internet]. 2014 Aug 11 [cited 2024 Oct 1];14(1):1–9. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-14-833>
44. Arıcı, H. (2018). Kronik hastalıkları olan kişilerin depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kişilik özellikleri etkileşimi (Master's thesis, Hasan Kalyoncu Üniversitesi). [Internet]. [cited 2024 Oct 5]. Available from: <http://openaccess.hku.edu.tr/xmlui/handle/20.500.11782/1769>
45. Beck Depresyon Envanteri Erişim tarihi:06.09.2024 Erişim adresi: <https://androloji.org.tr/androlojiDATA/Document/25112014164858-10-BECK-DEPRESYON-ENVANTERI>. Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K, et al. Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. *Konuralp Medical Journal* pdf.
46. Ware JE, Ware J. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a User's Manual. 1993 [cited 2024 Oct 6]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/292390260>
47. Soylu C, Kütük B. SF-12 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçe Formunun Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* [Internet]. 2021 [cited 2024 Oct 6]; Available from: <https://doi.org/10.5080/u25700>
48. Mayers, A. (2013). Introduction to statistics and SPSS in psychology. (No Title).
49. Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K, et al. Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. *Konuralp Medical Journal* [Internet]. 2012 Aug 1 [cited 2024 Oct 3];4(2):1–5. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ktd/issue/10303/126402>

50. Yurdakul S, Aytekin S. Kadınlarda hipertansiyon. Turkish Society of Cardiology. 2010;38:25–31.
51. Arslantaş EE, Sevinç N, Çetinkaya F, Günay O, Aykut M, Toplum ZM, et al. Hipertansif Kişilerin Hipertansiyon Konusundaki Tutum ve Davranışları. Ege Tıp Dergisi . 2019;58(4):319–29.
52. Emre N, Özşahin A, Çoban N, Yanık Barışkan A. Hipertansiyon Hastalarında İlaç Tedavisine Uyumun Yaşam Kalitesi ve Sağlık Algısıyla İlişkisi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care [Internet]. 2020 Sep 20 [cited 2024 Oct 3];14(3):436–42. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/tjfm/issue/56370/725974>
53. Cuspidi C, Meani S, Lonati L, Fusi V, Magnaghi G, Garavelli G, et al. Prevalence of home blood pressure measurement among selected hypertensive patients: Results of a multicenter survey from six hospital outpatient hypertension clinics in Italy. Blood Press [Internet]. 2005 [cited 2024 Oct 3];14(4):251–6. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08037050500210765>
54. Kretchy I, Owusu-Daaku F, Danquah S. Spiritual and Religious Beliefs: Do They Matter in the Medication Adherence Behaviour of Hypertensive Patients? Biopsychosoc Med [Internet]. 2013 Oct 18 [cited 2024 Oct 3];7(1):1–7. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/1751-0759-7-15>
55. Duru Aşiret G, Okatan C. Hipertansiyon Hastalarının İlaç Uyum Düzeyleri İle Spirütuël İyi Oluşları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Turk J Cardiovasc Nurs [Internet]. 2019 [cited 2024 Oct 3];10(23):122–8. Available from: [www.anatoljcardiol.com](http://www.anatoljcardiol.com)
56. Beg, M. A., Dutta, S., Varma, A., Kant, R., Bawa, S., & Anjoom, M. (2014). Study on drug prescribing pattern in hypertensive patients in a tertiary care teaching hospital at Dehradun, Uttarakhand. Int J Med Sci Public Health, 3(8), 922-6.
57. Tedla YG, Bautista LE. Drug Side Effect Symptoms and Adherence to Antihypertensive Medication. Am J Hypertens [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2024 Oct 4];29(6):772–9. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/ajh/hpv185>
58. Polaczyk M, Olszanecka A, Wojciechowska W, Rajzer M, Stolarz-Skrzypek K. The Occurrence of Drug-induced Side Effects in Women and Men with Arterial Hypertension and Comorbidities. Polish Heart Journal [Internet]. 2022 [cited 2024 Oct 4];80(11):1094–103. Available from: [https://journals.viamedica.pl/polish\\_heart\\_journal/article/view/KP.a2022.0232/69798](https://journals.viamedica.pl/polish_heart_journal/article/view/KP.a2022.0232/69798)
59. Çevik ÖA, Orta Kılışkesmez K, Sansoy V. Hipertansiyonlu Hastalarda Mikroalbuminüri Tayini Karotis Arter Ultrasonografisi ve Ekokardiyografi ile Hedef Organ Hasarı Araştırılmasının Toplam Risk Değerlendirilmesine Etkisi. MN Kardiyoloji. 2014;21:145.

60. Kowalski S, Goniewicz K, Moskal A, Al-Wathinani AM, Goniewicz M. Symptoms in Hypertensive Patients Presented to the Emergency Medical Service: A Comprehensive Retrospective Analysis in Clinical Settings. *J Clin Med* [Internet]. 2023 Sep 1 [cited 2024 Oct 8];12(17):5495. Available from: [/pmc/articles/PMC10487958/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40487958/)
61. Alhamidah, A. S., Alshammari, K. T., Albukhari, S. M., Bagarish, M. A., Bagaresh, R. A., & Alattas, A. A. (2017). Prevalence of depression among hypertensive patients in Saudi Arabia. *Annals of International Medical and Dental Research*, 3(5), 37.
62. de Fátima Mantovani, M., Arthur, J. P., Mattei, Â. T., Bortolato-Major, C., Ulbrich, E. M., & Kalinke, L. P. (2017). Depressão e qualidade de vida em adultos com hipertensão. *Cogitare Enfermagem*, 22(3). [cited 2024 Oct 4]; Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.51630>
63. Güvener, Y. Ö., & Altaş, E. Hipertansiyon Hastası Olan Bireylerin Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Artuklu International Journal of Health Sciences*. [cited 2024 Oct 4]; Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/artukluder>
64. Saleem F, Hassali MA, Shafie AA. A cross-sectional Assessment of Health-related Quality of Life (HRQoL) Among Hypertensive Patients in Pakistan. *Health Expectations*. 2014;17(3):388–95.
65. Loke WH. Loke, W. H., & Ching, S. M. (2022). Prevalence and factors associated with psychological distress among adult patients with hypertension in a primary care clinic: A cross-sectional study. *Malaysian Family Physician: the Official Journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 17(2), 89. [cited 2024 Oct 5]; Available from: [/pmc/articles/PMC9357408/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39357408/)
66. Runa, M., & Bahar, A. (2023). Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1072-1085. [cited 2024 Oct 5]; Available from: [https://www.researchgate.net/publication/374218006\\_Hipertansiyon\\_Hastalarinda\\_Yasam\\_Kalitesi\\_ve\\_Oz\\_Bakim\\_Yonetimi\\_Arasindaki\\_Iliskinin\\_Incelenmesi](https://www.researchgate.net/publication/374218006_Hipertansiyon_Hastalarinda_Yasam_Kalitesi_ve_Oz_Bakim_Yonetimi_Arasindaki_Iliskinin_Incelenmesi) Investigation\_of\_the\_Relationship\_Between\_Quality\_of\_Life\_and\_Self-Care\_Management\_in\_Hypertension\_Patien
67. Velioğlu, U., & Sönmez, C. I. (2018). Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. *Dicle Tıp Dergisi*, 45(1), 35-41.
68. Hacıhasanoğlu, R., Karakurt, P., Yıldırım, A., & Uslu, S. (2010). Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(3), 209-216.

69. Kayır T, Öztekin C. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Diabetes Mellitus ve/veya Hipertansiyon Hastalarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Hitit Medical Journal* [Internet]. 2022 Jun 29 [cited 2024 Oct 5];4(2):49–55. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hititmedj/issue/70808/1123752>
70. Gün, Y., & Korkmaz, M. (2014). Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 98-108. Available from: <http://www.deuhyoedergi.org>
71. Şibka D, Duman H. Yetişkinlerde Bazı Demografik Değişkenlerle Mutluluk Korkusu, Aleksitimi, Depresyon ve Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkiler. *International Journal of Economics Administrative and Social Sciences*,. 2022;5(1):40–56.
72. Göçgeldi, E., Babayiğit, M. A., Hassoy, H., Açıkel, C. H., Taşçı, İ., & Ceylan, S. (2008). Evaluation of the quality of life perceived by hypertensive patients and of the factors affecting the quality of life. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(3), 172. [cited 2024 Oct 5]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/235618458>
73. Maral, I., Aslan, S., İlhan, M. N., Yıldırım, A., Candansayar, S., & Bumin, M. A. (2001). Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4), 251-259. [Internet]. [cited 2024 Oct 5]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2002-10484-001>
74. Yazici K, Tot S, Yazici A, Kanik A., Erdem P. Hastanede yatan tıbbi hastalarda anksiyete ve depresyon düzeyleri ile sosyodemografik faktörlerin ilişkisi. *Yeni Symposium*. 2003;41:120–4.
75. Çelik CH, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi* [Internet]. 2007 Feb 1 [cited 2024 Oct 5];12(1):23–7. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/firattip/issue/6367/85035>
76. Ranjan R, Nath S, Sarkar S. Association Between Depression, Anxiety and Quality of Life Among Patients with Diabetes Mellitus and/or Hypertension in a Tertiary Care Railway Hospital in India: A Cross-sectional Study. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2020 Sep 1 [cited 2024 Oct 5];62(5):555–8. Available from: [https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/fulltext/2020/62050/association\\_between\\_depression,\\_anxiety\\_and.15.aspx](https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/fulltext/2020/62050/association_between_depression,_anxiety_and.15.aspx)
77. Li W, Jiang X, Ma H, Yu T sun I, Ma L, Puente JG, et al. Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Patients Attending Hospital Clinics in China. *J Hypertens* [Internet]. 2003;21(6). Available from: [https://journals.lww.com/jhypertension/fulltext/2003/06000/awareness,\\_treatment\\_and\\_control\\_of\\_hypertension.20.aspx](https://journals.lww.com/jhypertension/fulltext/2003/06000/awareness,_treatment_and_control_of_hypertension.20.aspx)

78. Chantakeeree C, Sormunen M, Estola M, Jullamate P, Turunen H. Factors Affecting Quality of Life among Older Adults with Hypertension in Urban and Rural Areas in Thailand: A Cross-Sectional Study. *Int J Aging Hum Dev.* 2022 Sep 1;95(2):222–44.
79. Chen C, Liu G, Shi Q, Sun Y, Zhang H. Health-Related Quality of Life and Associated Factors Among Oldest-Old in China. *J Nutr* [Internet]. 2020 [cited 2024 Oct 6];24(3):330–8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1279770723011223>
80. Erickson SR, Williams BC, Gruppen LD. Relationship Between Symptoms and Health-Related Quality of Life in Patients Treated for Hypertension. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy* [Internet]. 2004 Mar 1 [cited 2024 Oct 7];24(3):344–50. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1592/phco.24.4.344.33177>
81. Chawla S, Kumar S. Adverse Drug Reactions and their Impact on Quality of Life in Patients on Antipsychotic Therapy at a Tertiary Care Center in Delhi. *Indian J Psychol Med* [Internet]. 2017 May 1 [cited 2024 Oct 8];39(3):293. Available from: </pmc/articles/PMC5461839/>
82. Montiel-Luque A, Núñez-Montenegro AJ, Martín-Aurioles E, Canca-Sánchez JC, Toro-Toro MC, González-Correa JA, et al. Medication-related Factors Associated with Health-related Quality of Life in Patients Older Than 65 Years with Polypharmacy. *PLoS One* [Internet]. 2017 Feb 1 [cited 2024 Oct 8];12(2). Available from: </pmc/articles/PMC5293190/>
83. Sözmen, K., Ergör, G., & Ünal, B. (2015). Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2), 199-207. [cited 2024 Oct 6]; Available from: [www.diclemedj.org](http://www.diclemedj.org)
84. Suvila K, McCabe EL, Lehtonen A, Ebinger JE, Lima JAC, Cheng S, et al. Early Onset Hypertension Is Associated with Hypertensive End-Organ Damage Already by Mid-Life. *Hypertension* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2024 Oct 7];74(2):305. Available from: </pmc/articles/PMC6938569/>
85. Borataş, S. (2017). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların İlaç Tedavisine Uyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Master's thesis, Eastern Mediterranean University EMU).
86. Akgül, C. (2008). Hipertansiyon hastalarında antihipertansif uyumun değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye.*
87. Ruksakulpiwat S, Schiltz NK, Irani E, Josephson RA, Adams J, Still CH. Medication Adherence of Older Adults with Hypertension: A Systematic Review. *Patient Prefer Adherence* [Internet]. 2024 May 7 [cited 2024 Oct 7];18:957–75. Available from: <https://www.dovepress.com/medication-adherence-of-older-adults-with-hypertension-a-systematic-re-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>

88. Yadav PK, Kalyani VC, Narayan D, Kataria N. A Descriptive Study to Assess Knowledge Related to Hypertension and Its Impact Upon Exercises and Sleep Pattern Among Adults from Communities of Uttarakhand. *J Educ Health Promot* [Internet]. 2023 Mar [cited 2024 Oct 7];12(1). Available from: [/pmc/articles/PMC10243414/](#)
89. Suvila, K., McCabe, E. L., Lehtonen, A., Ebinger, J. E., Lima, J. A., Cheng, S., & Niiranen, T. J. (2019). Early onset hypertension is associated with hypertensive end-organ damage already by midlife. *Hypertension*, 74(2), 305-312. [cited 2024 Oct 7]; Available from: [/pmc/articles/PMC10365644/](#)



