

T.C.
MANISA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ESANSİYEL HİPERTANSİFLERDE TUZ UYUMU VE KAN
BASINCI KONTROLÜNÜN ANKSİYETE, DEPRESYON VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİ**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Nurana KASUMOVA**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Seyhun KÜRŞAT**

Manisa 2025

T.C.
MANISA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**ESANSİYEL HİPERTANSİFLERDE TUZ UYUMU VE KAN
BASINCI KONTROLÜNÜN ANKSİYETE, DEPRESYON VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE OLAN ETKİSİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Nurana KASUMOVA

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Seyhun KÜRŞAT

Manisa 2025

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca gece gündüz demeden, hem eğitim sürecimde hem de tez çalışmalarım da bilgi, deneyim ve yardımlarını esirgemeyen, çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Seyhun KÜRŞAT'a, tez çalışmalarım da desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Doç. Dr. Aynur ÇETİNKAYA'ya,

Asistan eğitimi süresi boyunca bizlere örnek olan, eğitimime katkı sağlayan tüm hocalarıma, asistanlıkta birlikte çalıştığım, desteklerini her zaman yanımda hissettiğim değerli asistan doktor arkadaşlarıma,

Yoğun çalışmalarım sırasında tez yazım sürecinde küçük olmalarına rağmen büyük sabır göstererek çalışmama izin verdikleri için sevgili kızım İnci ve oğlum Beyler'e,
Beni her zaman seven ,ellerinden gelen desteği esirgemeyen, sevgili ailem ve eşimin ailesine,

Tez sürecimde yanımda olan, en büyük destekçim sevgili eşim Hagani KERİMOV'a teşekkürlerimi sunarım.

Dr.Nurana KASUMOVA

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
KISALTMALAR	IV
TABLO LİSTESİ	V
EKLER LİSTESİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	X
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Hipertansiyon	6
2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı	6
2.1.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	7
2.1.3. Hipertansiyonun Etiyolojisi	8
2.1.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	9
2.1.4.1. Kan Basıncı Ölçümüne Göre	9
2.1.4.2. Etiyolojisine Göre	10
2.1.5. Hipertansiyon ve Depresyon	11
2.1.4. Hipertansiyon ve Anksiyete	11
2.1.5. Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi	12
2.2. Depresyon	13
2.2.1. Depresyonun Tanımı	13
2.2.2. Depresyonu Etkileyen Faktörler	14
2.2.2.1. Bireysel Yatkınlık ve Sosyal Faktörler	14
2.2.2.2. Biyolojik Faktörler	15
2.2.2.3. Tetikleyici Faktörler	15
2.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi	15
2.2.4. Depresyonun Tedavisi	18
2.3. Anksiyete (Kaygı)	19
2.3.1. Kaygının Tanımı	20
2.3.2. Kaygı Türleri	20

2.3.3. Kaygıyı Etkileyen Faktörler	21
2.3.4. Kaygının Belirtileri	21
2.3.5. Kaygının Tedavisi	22
2.4. Yaşam Kalitesi	23
2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı	23
2.4.2. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri	26
2.4.3. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi	27
2.4.4. Yaşam Kalitesini Artıran ve Azaltan Unsurlar	28
3.1. Materyal	30
3.2. Yöntem	30
3.3. İstatistiksel Analiz	31
IV. BULGULAR	32
V. TARTIŞMA	44
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
VII. EKLER	52
VIII. KAYNAKLAR	57

KISALTMALAR

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
ESC	: European Society of Cardiology
ESH	: European Society of Hypertension
GFR	: Glomerüler Filtrasyon Hızı
HADÖ	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HB	: Hemoglobin
HPA	: Hipotalamo-Hipofiz-Adrenal
HRQoL	: Health-related Quality of Life
HT	: Hipertansiyon
K	: Potasyum
Maks	: Maksimum
Min	: Minimum
Na	: Sodyum
NEU	: Nötrofil
NSAİ	: Non-steroidal Antiinflatuar İlaçlar
PLT	: Trombosit
RAAS	: Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
SS	: Standart Sapma
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri
TEMD	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TURDEP	: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması
Ve ark.	: Ve arkadaşları
WBC	: Beyaz Kan Hücresi

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Ofis ve Ofis Dışı Kan Basıncı Ölçüm Sonuçlarına Göre Hipertansiyon Sınır Değerleri (1).....	7
Tablo 2. Klinik ölçümlerden saptanan kan basıncının seviyelerine göre hipertansiyonun sınıflandırılması.....	10
Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri	32
Tablo 4. Esansiyel Hipertansif Hastalığı Olan Hastaların Tuz Alım Miktarıyla İlişkili Özellikleri	33
Tablo 5. Hastaların Laboratuvar Parametreleri.....	33
Tablo 6. HAD Ölçeğine Yönelik Cronbach's Alpha Değerleri.....	34
Tablo 7. Hastaların HAD Ölçeği Puanlarının Dağılımı	34
Tablo 8. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı	35
Tablo 9. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ile Anksiyete ve Depresyon Durumlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 10. Hastaların HAD ve SF-36 Puanı Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki	36
Tablo 11. Hastaların Tuz Alımlarına Göre Kan Basıncı Kontrolü Durumlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 12. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü Durumlarına Göre Kan Basınçlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 13. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre Anksiyete ve Depresyon Karşılaştırılması	38
Tablo 14. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanının Karşılaştırılması.....	39
Tablo 15. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Rol Güçlüğü Fiziksel Puanının Karşılaştırılması	39
Tablo 16. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Rol Güçlüğü Emosyonel Puanının Karşılaştırılması	40
Tablo 17. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Sosyal Fonksiyon Puanının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 18. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Ağrı Puanının Karşılaştırılması	41

Tablo 19. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Vitalite Puanının Karşılaştırılması	42
Tablo 20. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Mental Sağlık Puanının Karşılaştırılması	42
Tablo 21. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Genel Sağlık Puanının Karşılaştırılması	43



EKLER LİSTESİ

Ek 1. SF-36.....	52
Ek 2. HAD Ölçeği.....	56



ÖZET

Giriş ve Amaç: Esansiyel hipertansiyon, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunudur ve sadece kardiyovasküler komplikasyonlarla değil, aynı zamanda hastaların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleriyle de yakından ilişkilidir. Bu çalışma, esansiyel hipertansiyon tanısı taşıyan hastalarda tuz tüketimi, yaşam kalitesi ve psikolojik durum (anksiyete, depresyon) arasındaki ilişkinin incelenmesini amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, Ağustos 2024 ile Kasım 2024 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi İç Hastalıkları ve Nefroloji polikliniklerine başvuran ve en az 6 aydır esansiyel hipertansiyon tanılı 120 hastanın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Katılımcılardan 24 saatlik idrar sodyum atılımı ölçümü istenerek tuz kısıtlamasına uyum durumları değerlendirilmiştir. Yaşam kalitesi "Kısa Form-36 (SF-36)" ölçeğiyle, anksiyete ve depresyon düzeyleri ise "Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)" ile ölçülmüştür. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15.0 yazılımı ile yapılmış, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $57,93 \pm 13,27$ (28-88 yaş) olup, %55'i kadın ve %45'i erkektir. Mesleki durum dağılımında en yüksek oran %34,2 ile emeklilerde gözlenmiştir. Eğitim düzeyi bakımından katılımcıların yarısı ilkokul mezunu, %10'u ise okuma-yazma bilmemektedir. 24 saatlik idrar sodyum atılımına dayalı değerlendirmede böbrek fonksiyon testlerinin (üre, kreatinin, GFR) genel olarak normal sınırlarda olduğu saptanmıştır. HADÖ sonuçlarında, anksiyete ortalaması $8,25 \pm 4,60$, depresyon ortalaması $8,25 \pm 4,60$ olarak bulunmuştur. SF-36 genel sağlık puanlarının orta düzeyde seyrettiği ve SF-36 ile HADÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif korelasyon olduğu izlenmiştir ($p < 0,05$). Kan basıncı kontrolü tam olmayan hastalarda depresif bulguların daha yüksek olduğu, ancak bu farkın istatistiksel anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür ($p > 0,05$). Tuz kısıtlaması uygulayanlarla uygulamayanlar arasında kan basıncı kontrolü açısından anlamlı farklılık gözlenmemiştir ($p > 0,05$). Anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmazken, depresyon düzeylerinin kan basıncı kontrolü olmayan ancak tuz

kısıtlamasına uyan hastalarda daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,732$; $p=0,030$).

Sonuç: Esansiyel hipertansiyon tanılı hastalarda tuz tüketime alışkanlığı, yaşam kalitesi ve psikolojik iyilik hâli arasında anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Özellikle depresyon ve anksiyete düzeylerinin, yaşam kalitesi ile ters yönde korelasyon göstermesi, bu hasta grubunda psikososyal desteğin önemini ortaya koymaktadır. Tuz kısıtlamasına uyum konusunda daha uzun süreli ve geniş kapsamlı takiplerin yapılması, hipertansiyon yönetimi ve ruhsal durum arasındaki ilişkinin daha net anlaşılmasına katkı sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Depresyon, Esansiyel hipertansiyon, Tuz tüketimi, Yaşam kalitesi

ABSTRACT

Introduction and Aim: Essential hypertension is a significant public health concern worldwide, associated not only with cardiovascular complications but also closely linked to patients' quality of life, anxiety, and depression levels. This study aimed to investigate the relationship among salt consumption, quality of life, and psychological status (anxiety, depression) in patients diagnosed with essential hypertension.

Material and Method: The study was conducted between August 2024 and November 2024 in the Internal Medicine and Nephrology outpatient clinics of Manisa Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital. A total of 120 patients, who had been diagnosed with essential hypertension for at least 6 months, participated in the study. To evaluate compliance with salt restriction, participants were asked to undergo a 24-hour urinary sodium excretion measurement. Quality of life was measured using the 36-Item Short Form Survey (SF-36), while anxiety and depression levels were assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Statistical analyses of the data were performed using SPSS 15.0, with a significance level set at $p < 0.05$.

Results: The mean age of the participants was 57.93 ± 13.27 (range 28–88) years, with 55% being female and 45% male. Regarding occupational status, the highest rate was observed among retirees (34.2%). In terms of educational level, half of the participants were primary school graduates, while 10% were illiterate. Based on 24-hour urinary sodium excretion, kidney function tests (urea, creatinine, GFR) were generally within normal limits. The HADS results showed mean anxiety and depression scores of 8.25 ± 4.60 , respectively. SF-36 general health scores were at a moderate level, and there was a statistically significant negative correlation between SF-36 and HADS ($p < 0.05$). Patients whose blood pressure was not fully controlled had higher depressive symptoms, although this difference did not reach statistical significance ($p > 0.05$). No significant difference in blood pressure control was observed between those who adhered to salt restriction and those who did not ($p > 0.05$). Although no significant difference was found in anxiety levels, depression

levels were found to be higher among patients with uncontrolled blood pressure who adhered to salt restriction ($p=0.732$; $p=0.030$).

Conclusion: In patients diagnosed with essential hypertension, significant relationships were observed among salt consumption habits, quality of life, and psychological well-being. In particular, the finding that depression and anxiety levels correlate negatively with quality of life underscores the importance of psychosocial support in this patient group. Long-term and more comprehensive follow-ups on salt restriction compliance may contribute to a clearer understanding of the relationship between hypertension management and mental health.

Keywords: Anxiety, Depression, Essential hypertension, Salt intake, Quality of life

I. GİRİŞ

Hipertansiyon (HT), kardiyovasküler hastalıkların önde gelen risk faktörlerinden biri olarak dünya genelinde önemli bir halk sağlığı problemi oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, yetişkin popülasyonun üçte birinin yüksek kan basıncı ($\geq 140/90$ mmHg) düzeylerinde yaşadığı öngörülmektedir. Bu durum, hipertansiyonun mortalite ve morbiditeyi arttırması sonucu hastaların gerek bireysel gerek toplumsal açıdan büyük bir yükü karşı karşıya kaldığını göstermektedir. Hipertansiyon etyolojisi, esansiyel (primer) ve sekonder olarak iki başlık altında sınıflandırılmaktadır. Esansiyel hipertansiyon vakaları, tüm hipertansiyon olgularının yaklaşık %90-95'ini oluşturmakta olup, spesifik bir nedene bağlanamayan, multifaktöriyel sebeplerin bir araya gelmesiyle gelişen kan basıncı yüksekliği olarak tanımlanmaktadır. Genetik yatkınlık, çevresel etmenler, yaşam tarzı ve diyetel alışkanlıklar (özellikle sodyum tüketimi) gibi çok sayıda unsur, esansiyel hipertansiyonun ortaya çıkışında rol oynayabilmektedir.

Hipertansiyon tedavisinde amaç, kan basıncının kontrol altına alınması ve hedef organ hasarlarının önlenmesi olarak öne çıkmaktadır. Günümüzde antihipertansif ilaçların çeşitlenmesi ve tedavi protokollerinin gelişmesi sayesinde kan basıncının kontrolü kolaylaşmış olsa da istenilen düzeye ulaşma oranı henüz ideal seviyede değildir. Bu tablo, ilaç uyumu ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemini gözler önüne sermektedir. Özellikle esansiyel hipertansiyonda tuz (sodyum) kısıtlaması, diyet tedavisinin en kritik basamakları arasında sayılmaktadır. Fazla tuz alımının, intravasküler volüm artışına bağlı olarak kan basıncını yükselttiği bilinmektedir. Hastaların günlük tuz tüketimini azaltarak önerilen düzeye indirmesi, esansiyel hipertansiyonun daha iyi kontrol altına alınmasında önemli bir katkı sunmaktadır. Ancak bu hedefe ulaşmak çoğu zaman kolay olmamakta, hastalar diyet tedavisine uyum sorunu yaşayabilmektedir. Kültürel ve sosyal faktörler, bireylerin damak tadı, yemek pişirme alışkanlıkları ve gıda endüstrisindeki yüksek sodyum içerikli ürünlerin yaygınlığı, tuz kısıtlaması açısından önemli zorluklar doğurmaktadır.

Esansiyel hipertansiyonda tuz kısıtlamasının ve genel olarak kan basıncı kontrolünün yalnızca kardiyovasküler sonuçlara değil, aynı zamanda psikososyal boyutlara da etkisinin olduğu düşünülmektedir. Özellikle kronik seyirli bir hastalık olarak hipertansiyon; hastalarda kaygı (anksiyete), depresif duygu durum ve uyum güçlükleriyle ilişkilendirilebilmektedir. Literatürde, kronik bir hastalığa sahip kişilerin bu hastalıkla yaşamayı öğrenme sürecinde farklı seviyelerde anksiyete ve depresyon belirtileri gösterebildiği ileri sürülmektedir. Bazı hastalarda ilaç yan etkileri veya diyet kısıtlamalarına uyum sorunu, psikolojik semptomları tetikleyebilmektedir. Ayrıca, kan basıncının yeterli kontrol altında olmayışı kişide “başarısızlık” ya da “yetersizlik” duygusuna yol açarak depresif semptomların derinleşmesine katkı sağlayabilmektedir. Bu nedenle, esansiyel hipertansiyon yönetiminde psikolojik durumun yakından takibi hem tedaviye uyum hem de genel sağlığın korunması açısından oldukça önem kazanmaktadır.

Öte yandan, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal bozuklukların varlığı, hipertansiyonun kontrol edilmesini de güçleştirebilmektedir. Anksiyete, vücudun sempatik sinir sistemi aktivitesini artırarak kardiyovasküler sistemi olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Süregelen kaygı, stres hormonlarının (örneğin kortizol) uzun süreli salınımına sebep olmakta, bu durum endotel disfonksiyonu ve vasküler direncin artması ile sonuçlanabilmektedir. Depresif semptomlar ise hastaların günlük rutinlerini sürdürme kapasitesini azaltmakta, tedavi uyumunu düşürmekte ve yaşam tarzı değişikliklerine adaptasyonu zorlaştırmaktadır. Bu döngü, kan basıncı kontrolünün zayıflamasına ve hedef organ hasarları riskinin artmasına neden olmaktadır.

Bu noktada, yaşam kalitesi (quality of life) kavramı devreye girmektedir. Yaşam kalitesi, fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel alanlarda bireyin kendini nasıl algıladığını ifade etmekte olup, kronik hastalığa sahip bireyler için kritik bir değişkendir. Hipertansiyon gibi süregelen bir hastalık, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayabilmekte, hastalarda stres ve anksiyeteye yol açabilmekte, dolayısıyla yaşam kalitesini çeşitli yönleriyle olumsuz etkilemektedir. Optimal kan basıncı değerlerine ulaşılması, bireyde genel

sağlık algısını ve fiziksel iyilik halini güçlendirmekte, buna bağlı olarak ruhsal ve sosyal iyilikte de yükselme olabileceği bildirilmektedir. Ancak kan basıncı kontrolünün ne derece iyi sağlandığı, diyet ve ilaç uyumunun düzeyi, özellikle tuz kısıtlaması gibi spesifik yaşam tarzı uygulamalarına ne ölçüde riayet edildiği; tümü, kişinin hayat kalitesinde önemli değişikliklere neden olabilmektedir.

Esansiyel hipertansiyonlu bireylerin günlük diyetindeki tuz miktarının azaltılması, salt bir kan basıncı düşürme yöntemi olmaktan öteye geçerek psikososyal durumun da bir parçası haline gelmektedir. Özellikle ülkemizde tuz tüketiminin ortalamadan oldukça yüksek olması ve damak tadı alışkanlığının değiştirilemez olduğu yönünde yaygın bir kanı bulunması, tuz kısıtlamasının uygulanmasını güçleştirebilmektedir. Bu güçlük, diyet uyumunu zorlaştırdığı gibi, hastaların bu süreçte stres düzeyini de artırabilmektedir. Dolayısıyla, tuz kısıtlaması ile birlikte uygun eğitim, psikolojik destek ve izlem süreçlerinin de devreye sokulması önerilmektedir. Hem ilaç tedavisi hem de non-farmakolojik önlemler (beslenme eğitimi, egzersiz, stres yönetimi vb.) hastaların genel sağlık ve yaşam kalitesi parametrelerini yükseltmeyi hedeflemektedir.

Bugüne kadar yapılan çeşitli çalışmalarda, esansiyel hipertansiyonun kontrol altına alınması ile depresyon ve anksiyete skorları arasında olası bir ilişki olduğu rapor edilmiştir. Öte yandan, yaşam kalitesi indekslerinde gözlenen artışın, kan basıncının stabil seyrettiği durumlarda daha belirgin olduğu ifade edilmektedir. Bununla birlikte, hipertansiyon yönetiminde tuz kısıtlaması veya tuz uyumu düzeyine odaklanan, aynı zamanda bunun anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini bütüncül bir şekilde analiz eden çalışmaların sınırlı olduğu dikkati çekmektedir. Esansiyel hipertansiyonlu hastalarda tuz uyumu ve kan basıncı kontrol durumunun, psikolojik ve yaşam kalitesi bileşenlerine yansıma biçimini anlamak hem klinik pratiği hem de hasta eğitimi ve yönetim stratejilerini geliştirmek için yararlı olabilecektir. Ayrıca, kardiyovasküler alanda yürütülen güncel kılavuzlar, özellikle hipertansiyonlu hastalarda yaşam tarzı değişikliklerinin

sürdürülmesinin son derece önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu kılavuzlar, “tuz kısıtlaması, düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı beslenme ve obezite kontrolü” gibi önerilerin ancak kişiye özel destek ve takiple kalıcı bir hale dönüşebileceğini belirtmektedir. Dolayısıyla, esansiyel hipertansiyonu bulunan hastalarda, rutin poliklinik takiplerinin yanı sıra psikiyatri ve psikoloji klinikleriyle iş birliği içinde destekleyici bir yaklaşım benimsenmesi gereği giderek ön plana çıkmaktadır.

Söz konusu konulardan hareketle bu çalışma, esansiyel hipertansiyonlu bireylerdeki tuz tüketimi alışkanlıklarının kan basıncı regülasyonu ile ilişkisini, bu durumu eşlik eden anksiyete ve depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi parametreleriyle birlikte incelemeyi hedeflemektedir. Klinik uygulamalarda halen tuz kısıtlaması kadar psikososyal faktörlerin de önemine sıklıkla vurgu yapılsa da, çok boyutlu bir analiz yapılması gerekliliği günceldir. Böylelikle, hastalara yapılacak tıbbi müdahalelerin yanı sıra ruh sağlığı desteğinin önemi ve yaşam kalitesini koruyucu yaklaşımların gerekliliği de daha net bir şekilde ortaya konmuş olacaktır.

Bu çalışma, esansiyel hipertansiyon tanısı almış yetişkin bireylerde tuz (sodyum) tüketim düzeyi ve buna yönelik uyumun (tuz kısıtlaması önerilerine riayet etme), kan basıncı kontrolüyle birlikte anksiyete ve depresyon düzeylerine etkisini çok yönlü olarak incelemeyi amaçlamaktadır. Aynı zamanda bahsi geçen iki ruhsal parametre (anksiyete ve depresyon) ile yaşam kalitesi arasındaki etkileşimi değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Çalışma kapsamına alınacak hastalarda, tuz uyumu yüksek olanların ve olmayanların kan basıncı değerleri, anksiyete/depresyon düzeyleri ve yaşam kalitesi skorları karşılaştırmalı olarak analiz edilecektir. Böylelikle esansiyel hipertansiyon yönetiminde tuz kısıtlamasının salt fiziksel (kan basıncı) parametrelerde değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal boyutlarda (anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi) da ne derece etkili olduğu ortaya konacaktır. Bu araştırmadan elde edilecek sonuçların, hipertansiyon tedavisinde entegre bir yaklaşımın (diyet düzenlemeleri, ilaç tedavisi, psikolojik destek ve eğitim programları) önemini

vurgulayarak hem hasta eğitimi hem de klinik yönetim stratejilerine katkı sağlaması hedeflenmektedir.



II. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon (HT) hem yaygınlığı hem de yarattığı mortalite ve morbidite riski bakımından küresel çapta önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. Birçok ülkede kardiyovasküler sistemle ilişkili komplikasyonların başlıca nedenleri arasında yer alması, hipertansiyonun önlenmesi ve tedavi edilmesi konusunu büyük ölçüde güncel tutmaktadır. Bu hastalık, yüksek kan basıncı değerleri ile karakterize edilmekte ve çeşitli iç ve dış etkenlerin etkileşimi sonucunda ortaya çıkmaktadır.

2.1.1. Hipertansiyonun Tanımı

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin 2022 yılında yayımlanmış olduğu Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, hipertansiyonu, tekrarlayan ofis ölçümlerinde sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg ve üstünde ölçülmesi; yahut 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümlerinde ortalama değerlerin $\geq 130/80$ mmHg olması; ayrıca ev ortamında yapılan ölçümlerin ortalama değerlerinin $\geq 135/85$ mmHg çıkması şeklinde tanımlamaktadır (1). Bu kriterler hastaların gerek klinik ortamda gerekse günlük yaşam koşulları altındaki basınç profillerine odaklanarak tanının daha doğru konulmasını hedeflemektedir. Hipertansiyonun tanımında, ofis ortamında yapılan ölçümlere ek olarak ambulatuvar kan basıncı takibi ve evde yapılan ölçümlerin dikkate alınması, "beyaz önlük hipertansiyonu" gibi olası yanıltıcı sonuçların önüne geçilmesine yardımcı olmaktadır. Diğer yandan, özellikle 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı takibi, bireyin gece ve gündüz kan basıncı değişimlerini izleyerek daha kapsamlı veri sağlamaktadır. Bu sayede, tanı sürecinde daha bütüncül bir yaklaşım benimsenmekte ve olası risk faktörleri daha doğru bir biçimde belirlenebilmektedir.

Tablo 1. Ofis ve Ofis Dışı Kan Basıncı Ölçüm Sonuçlarına Göre Hipertansiyon Sınır Değerleri (1)

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

2.1.2. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, dünya genelinde en sık karşılaşılan kardiyovasküler hastalık olarak kayıtlara geçmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan geniş çaplı araştırmalar, dünya çapında yaklaşık 1 milyar insanın hipertansiyon tanısı almış olabileceğini öne sürmektedir. Bu kişilerin yaklaşık üçte ikisi, düşük veya orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (2). Sosyal, ekonomik ve yaşam tarzı farkları nedeniyle bu bölgelerde tanı ve tedavi süreçlerinin istenilen düzeyde uygulanamaması, hastalığın ciddiyetini daha da artırmaktadır.

2019 verilerine göre, 30-79 yaş aralığındaki yetişkin popülasyonda hipertansiyon görülme oranı erkeklerde %34, kadınlarda ise %32 olarak saptanmıştır (2). Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology, ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin (European Society of Hypertension, ESH) 2018 tarihinde yayımlanmış olduğu kılavuzda, hipertansiyonun genel prevalansının %30-45 aralığında değiştiği belirtilmektedir. Yaşlanma sürecinin doğal bir sonucu olarak, 60 yaş ve üzerindeki kişilerin %60'tan fazlasında hipertansiyon görüldüğü bildirilmektedir. Obezite oranlarındaki yükselme, sedanter yaşam biçiminin yaygınlaşması ve küresel ölçekteki ortalama yaşam süresinin uzaması gibi faktörler, hipertansiyon prevalansının önümüzdeki yıllarda daha da artacağını göstermektedir (3).

Türkiye'de hipertansiyon sıklığı ile ilgili veriler de oldukça dikkat çekicidir. 2012'de yürütülen Türk Hipertansiyon Prevalans (Patent-2) çalışmasında,

hipertansiyon prevalansının %30,3'e ulaştığı bildirilmiştir (4). Aynı araştırmada, hipertansiyon farkındalığı oranının %54,7 olduğu rapor edilmiş ve farkındalığı artıran etmenler arasında ileri yaş, kadın cinsiyet, kentsel yerleşimde yaşama, ailede hipertansiyon öyküsü, diyabet tanısı, fazla kilolu veya obez olma gibi faktörler sıralanmıştır. Ek olarak, Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında hipertansiyon prevalansı %33,7; Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP) 2 araştırmasında ise bu oran %31,4 olarak rapor edilmiştir (1). Bu veriler hipertansiyonun hem küresel ölçekte hem de Türkiye'de ciddi bir halk sağlığı yükü oluşturmaya devam ettiğini göstermektedir.

2.1.3. Hipertansiyonun Etiyolojisi

Kan basıncı, böbrekler, santral ve periferik sinir sistemi, endotel ve adrenal bezler arasındaki çok yönlü etkileşimler sonucunda ve farklı hormonal, sinirsel ve vasküler mekanizmalarla düzenlenmektedir. Örneğin renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS), vasküler tonusu ve sodyum-potasyum dengesini etkileyerek kan basıncı düzeylerinin kontrolünde önemli bir rol üstlenmektedir. Ayrıca sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu da kardiyak debiyi ve damar direncini artırarak kan basıncının yükselmesine neden olabilmektedir. Endotel kaynaklı çeşitli vazoaaktif maddeler (örneğin nitrik oksit ve endotel kaynaklı hiperpolarizan faktörler), hipertansiyonun patogeneğinde ve hedef organların zarar görmesinde anahtar roller üstlenmektedir. Hipertansiyon, etiyolojisi bakımından primer (esansiyel) ve sekonder olmak üzere iki ana gruba ayrılmaktadır. Esansiyel hipertansiyon vakaları, hipertansiyon olgularının yaklaşık %95'ini oluşturmakta ve altta yatan belirgin bir tıbbi nedenle ilişkilendirilememektedir (5).

Esansiyel hipertansiyonda genetik faktörler ve çevresel etkenler birlikte rol oynamaktadır. Genetik yatkınlığın yanı sıra aşırı tuz tüketimi, sedanter yaşam tarzı, obezite, diyabet, sigara kullanımı ve aşırı alkol tüketimi gibi çevresel faktörler, esansiyel hipertansiyon oluşumunda önemli yer tutmaktadır (6). Siyah ırka mensup bireylerde hipertansiyonun daha erken yaşta başladığı ve beyaz ırka kıyasla daha yüksek değerlere ulaşabildiği, böbrek ve beyin damar

komplikeasyonlarına daha sık rastlandığı bildirilmiştir. Bu durum, siyah ırkın tuz duyarlılığının yüksek olması gibi çevresel ve genetik faktörlerin etkileşimiyle açıklanmaya çalışılmaktadır (5).

Sekonder (ikincil) hipertansiyon, toplam hipertansiyon vakalarının %5-10'unu kapsamakta olup, altta yatan belirli bir tıbbi durumun tedavi edilmesiyle kan basıncı değerlerinin normale dönmesi mümkündür. Özellikle ani başlangıç gösteren, hızla ağırlaşan, tedaviye dirençli biçimde seyreden, 30 yaşından önce veya 60 yaşından sonra ortaya çıkan olgularda sekonder hipertansiyon etiyojisi araştırılmalıdır. Böbrek ile ilgili hastalıklar (örneğin renal arter stenozu, kronik böbrek hastalıkları), feokromositoma, primer hiperaldosteronizm, hipertiroidi, Cushing sendromu, aort koarktasyonu, obstrüktif uyku apne sendromu ve bazı ilaç kullanımları (örneğin NSAİİ, kortikosteroidler, dekonjestanlar, amfetaminler) sekonder hipertansiyona yol açabilen başlıca etkenlerdir (5; 6).

2.1.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon, farklı kılavuzlar tarafından çeşitli ölçütlere dayanarak sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırma, klinikte tedavi yaklaşımını belirleme, komplikasyon riskini öngörme ve hasta takibini kolaylaştırma açısından önemlidir. Genellikle ölçülen sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeylerine göre farklı kategoriler tanımlanmaktadır. Bunun yanı sıra, etiyojik temellere dayanarak primer-esansiyel ve sekonder hipertansiyon ayrımı yapılmaktadır.

2.1.4.1. Kan Basıncı Ölçümüne Göre

Uluslararası arenada birçok kılavuz, kan basıncı ölçüm sonuçlarına göre hipertansiyonu evrelere ayırmaktadır. Ülkemizde ise 2019 Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu'nda yer alan sınıflandırmada kan basıncı iki evre şeklinde değerlendirilmekte; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ) 2022 hipertansiyon kılavuzunda ise üç evreye ayrılmaktadır. Her iki kılavuzda da, <120/80 mmHg değerleri normotansif kategoride yer almaktadır. Türk HT uzlaşısı raporunda 160/100 mmHg ve üzerindeki sistolik veya diyastolik değerler

evre 2 hipertansiyon olarak tanımlanırken; TEMD 2022 kılavuzunda 160-180 mmHg sistolik veya 100-110 mmHg diyastolik değerler evre 2, bunun üzerindeki değerler ise evre 3 hipertansiyon olarak kabul edilmektedir (1).

Tablo 2. Klinik ölçümlerden saptanan kan basıncının seviyelerine göre hipertansiyonun sınıflandırılması

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış Kan Basıncı	120-139	ve/veya	80-89
Evre-1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Evre-2 Hipertansiyon	≥160	ve/veya	≥100
Evre-3 Hipertansiyon	≥180	ve/veya	≥110

Bu evrelere ayırım gerek tedavi planlaması gerek hastalığın gidişatının izlenmesi bakımından kritik rol oynamaktadır. İleri evrelerde görülen yüksek sistolik ve/veya diyastolik basınç değerleri, hedef organ hasarı riskini arttırmaktadır.

2.1.4.2. Etiyolojisine Göre

Primer (Esansiyel) Hipertansiyon: Bütün hipertansiyon vakalarının ortalama %95'ini oluşturan primer hipertansiyonun belirgin bir nedeni saptanamamakta ve etyolojisi çok faktörlü olarak değerlendirilmektedir. Genetik yatkınlığın yanı sıra sedanter yaşam biçimi, tütün ürünleri ve alkol tüketimi, tuz yönünden zengin beslenme biçimi, obezite, stres düzeyinin yüksek olması gibi çeşitli çevresel faktörlerin bu tabloda rol oynadığı belirtilmektedir (7). Gelişmiş veya gelişmekte olan toplumlarda, 18 yaşın üzerinde hipertansiyon sıklığı %25-35 düzeyinde seyrederken, 70 yaş üstü grupta bu oran %60-70'lere ulaşabilmektedir (8).

Sekonder (İkincil) Hipertansiyon: İkincil hipertansiyon, esansiyel hipertansiyondan farklı olarak altta yatan spesifik bir hastalığın belirtisi şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu nedenler arasında en yaygın olanlar böbrek hastalıkları (özellikle renal arter darlığı, kronik böbrek yetmezliği), endokrin sistemdeki bozukluklar (feokromasitoma, hiperaldosteronizm, Cushing sendromu, hipertiroidi vb.), uyku apne sendromu, aort koarktasyonu ve çeşitli

ilaç kullanımları bulunmaktadır (9). Hipertansiyonu olan bireylerin ancak %5-10 kadarında ikincil hipertansiyon saptandığı için, her yüksek tansiyon vakasında detaylı etiyolojik inceleme yapılması önerilmemektedir. Ancak 30 yaşın altında, horlama hikayesi veya obstrüktif uyku apnesi riski bulunanlarda, NSAİİ ilaçlar veya diğer tansiyon yükseltebilen maddeleri kullananlarda, feokromositoma belirtileri olanlarda, tedaviye rağmen tansiyon kontrolünün bozulduğu vakalarda veya dirençli hipertansiyon gibi özel durumlarda kapsamlı araştırmalar yapılmaktadır (10).

2.1.5. Hipertansiyon ve Depresyon

Hipertansiyon hastalarında depresyon sıklığını ölçmek amacıyla yürütülen çeşitli meta-analizler, bu popülasyonda depresif belirtilerin genel topluma kıyasla daha fazla görülebildiğini göstermektedir. Örneğin, kendi kendini değerlendirme ölçeklerine göre belirlenen depresif belirtilerin yaygınlığının ortalama %29,8 (%95 güven aralığı: %23,3 - %36,7) olduğu ifade edilirken, klinik görüşmeye dayalı değerlendirmelerde ise depresyon oranının %21,3 düzeyinde olduğu bildirilmektedir (11). Kronik böbrek yetmezliği gibi diğer kronik hastalıklarda da depresyonun benzer oranlarda seyrettiği bilinmektedir (%20,3). Bunun yanı sıra, Tsartsalis ve arkadaşlarının (12) yürüttüğü bir çalışmada, depresif semptomatolojinin hipertansiyonu bulunan hastalarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği ve genel olarak bozulmuş yaşam kalitesinin bu depresif semptomlarla kısmen ilişkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla, hipertansiyon yönetiminde fiziksel parametrelerin yanı sıra ruhsal durumun yakından değerlendirilmesi gerekmektedir. Zira depresyonun eşlik etmesi, tedavinin zorluğunu artırmakta, hastaların yaşam kalitesini ve tedaviye uyumunu olumsuz etkilemektedir.

2.1.4. Hipertansiyon ve Anksiyete

Anksiyete bozuklukları, ruhsal bozukluklar arasında en yaygın görülen alt gruplardan biri olup, hipertansiyon hastaları arasında da önemli oranlarda saptanmaktadır. Araştırmalar, esansiyel hipertansiyonu bulunan bireylerde anksiyete oranının %24 düzeyinde olabileceğini göstermektedir. Anksiyete

bozuklukları, otonom sinir sistemini etkileyerek taşikardi, hipertansiyon gibi bulguların sık yaşanmasına yol açmaktadır (13). Aynı zamanda, anksiyete bozukluğu bulunan bireylerde hipertansiyonun kontrolü daha güç olmakta ve tedavi planlaması karmaşıklaşmaktadır.

Ushakov ve arkadaşları (14), psikososyal stresin hipotalamo-hipofizer-adrenal aks ve sempatik adrenomedüller sistem üzerinden stres hormonlarının salınımını tetiklediğini, bunun sonucunda proinflamatuvar sitokinler ve akut faz proteinlerinin artışına bağlı düşük dereceli vasküler inflamasyon ile endotelial hasar ve disfonksiyonun geliştiğini ve hipertansiyon patogenezinde katkıda bulunduğunu öne sürmüştür. Bir başka çalışmada Markou ve ark. (15), kronik psikososyal stresin adrenokortikotropik hormonun (ACTH) sistemik dolaşıma salınmasını ve sonrasında glukokortikoid sentezini uyardığını, böylece hipertansiyona zemin hazırladığını bildirmişlerdir. Bir başka araştırma ise kronik stresin, amigdala bölgesinde bulunan anjiyotensin I reseptörlerini ve sistemik dolaşımdaki anjiyotensin II seviyelerini artırarak uzun dönemde hipertansiyona katkıda bulunduğunu göstermiştir (16).

2.1.5. Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, ilk defa 1948'de Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlığın yalnızca hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali olarak tanımlanması ile gündeme gelmektedir. DSÖ yaşam kalitesini (quality of life), "bireylerin kendi hedefleri, beklentileri, standartları ve ilgileri çerçevesinde, yaşadıkları kültür ve değer sistemleri içerisinde konumlarını algılama biçimi" şeklinde tarif etmektedir (17). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ("health-related quality of life", HRQoL) ise "bir hastalığın veya tedavinin birey üzerindeki etkilerinin, bizzat hastanın bakış açısıyla değerlendirilmesi" anlamını taşımaktadır (18).

Hipertansiyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ölçmek amacıyla halen altın standart kabul edilen tek bir ölçüm aracı bulunmamaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda hipertansiyonu bulunan bireylerin yaşam kalitelerinin, genel popülasyona göre daha düşük seviyede olduğu sıklıkla rapor edilmektedir. Bu

durum hipertansiyonun beraberinde getirdiği fiziksel, psikolojik ve sosyal kısıtlılıklarla ilişkilendirilmektedir. Tedavi uyumunun güçlüğü, ilaçların olası yan etkileri, sürekli takip gereksinimi gibi faktörler, yaşam kalitesinin istenilen düzeye ulaşmasını engelleyebilmektedir.

2.2. Depresyon

Depresyon, tarihsel bağlamda Hipokrat döneminden bu yana tıpta tanınan bir kavramdır. Hipokrat, depresyonu vücuttaki kara safranın artışına dayandırarak “melaine chole” adını vermiştir (19). Günümüzde ise depresyonun tanımı, nörobiyolojik, psikososyal ve genetik faktörleri içeren çok boyutlu bir hastalık olarak yapılmaktadır. Temelinde duygulanım bozukluğu bulunmakta; karamsar düşünceler, isteksizlik, yetersizlik hissi ve yaşam faaliyetlerinde belirgin azalma gibi belirtilerle karakterize bir klinik tablo sunmaktadır.

Depresyonda, kişinin kendine değer verme duygusu azalmakta, düşünsel kapasitesinde yavaşlama ve karamsarlık ön plana çıkmaktadır. Aynı zamanda depresyonun toplumsal ve ekonomik etkileri de büyüktür; gerek iş gücü kaybı, gerek tedavi ve rehabilitasyon maliyetleri bağlamında ülkelere önemli bir yük getirebilmektedir (20).

2.2.1. Depresyonun Tanımı

Üzüntünün kronikleşerek bireylerin duygusal, zihinsel ve davranışsal işlevlerini etkilemesi, depresyonun en temel karakteristiğini oluşturmaktadır. Bu süreçte kişiler, genellikle derin bir karamsar düşünce yapısı ve değersizlik hissi içinde olmaktadır. Dış dünyadan haz alamama, etkinliklere ilgi kaybı ve motivasyon eksikliği, depresyonun en belirgin belirtilerinden bazılarıdır. Çoğu vakada, bireyin eskiden zevk aldığı faaliyetlerden uzaklaşması gözlenmektedir (21; 22; 23).

Mental hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardan biri olan depresyon, yalnızca duygudurum dalgalanmalarıyla sınırlandırılmamakta, aynı zamanda bilişsel ve fizyolojik boyutları da etkilemektedir (20). Ekonomik

zorluklar, sosyal çevrenin olumsuz koşulları ve çeşitli travmatik yaşam olayları depresyona yatkınlığı artırabilmektedir. Depresyon, işlevsel kapasitenin düşmesine, bedensel gerilemelere ve toplumsal katılımın azalmasına yol açarak önemli kayıplara neden olabilmektedir (19).

Depresif bozukluklarda sık rastlanan semptomlar arasında uyku ve iştah düzeninde bozulmalar, somatik yakınmalar, suçluluk duygusu, yoğun üzüntü, kararsızlık, yetersizlik hissi, geleceğe yönelik umutsuzluk, ilgi ve istek kaybı, bazen aşırı ağlama eğilimi ve intihar düşünceleri bulunmaktadır (24).

2.2.2. Depresyonu Etkileyen Faktörler

Depresyon, tek bir nedene indirgenemeyecek kadar çok yönlü etmenlerin etkileşimi sonucunda gelişmektedir. Bu etmenler, biyolojik, psikolojik ve sosyal yapıdan gelen çeşitli risk faktörlerini içermektedir. Depresyonu hazırlayıcı faktörler, bireyin genetik yatkınlık düzeyinden sosyal çevresindeki uyaranlara kadar geniş bir yelpazeye yayılmaktadır (25; 26).

2.2.2.1. Bireysel Yatkınlık ve Sosyal Faktörler

Bireyin yakın çevresi, iş yaşamı, aile yapısı, ekonomik durumu, sosyal destek ağları ve kültürel değerleri gibi çevresel unsurlar, depresyon gelişiminde önemli rol oynamaktadır. Sanayileşme, kentleşme, yalnızlaşma ve çekirdek aile yapısının baskın hale gelmesi, bireylerin sosyal bağlarını zayıflatabilirken, yalnızlık duygusunun artması ise depresyona yatkınlığı güçlendirebilmektedir (27).

Sosyoekonomik koşulların kötüleşmesi, işsizlik, aile içi sorunlar, travmalar ve kayıplar gibi durumlar da depresyonu tetikleyici unsurlar olarak görülmektedir. Bireyin çocukluk çağında yaşadığı olumsuz deneyimler, ayrılık kaygısı, özgüven eksikliği, öğrenilmiş çaresizlik gibi faktörler, gelecekte depresyon gelişim riskini artırabilmektedir. Kısacası, sosyal çevredeki tehdit edici durumlar ile içsel kırılma durumlarının kesişimi depresyona yol açan karmaşık bir tablo oluşturabilmektedir.

2.2.2.2. Biyolojik Faktörler

Depresyonun oluşumunda nörotransmitter düzeylerindeki değişimlerin ve beyin kimyasının bozulmasının büyük payı bulunmaktadır. Serotonin, norepinefrin ve dopamin gibi nörokimyasal ileticilerdeki dengesizlik, depresyonun karakteristik belirtilerini açıklamada önemli bir yer tutmaktadır (28). Ayrıca hormonal faktörler, hipotalamo-hipofiz-adrenal (HPA) aksındaki aşırı aktivasyon ve kalıtsal yatkınlık da depresyon gelişiminde kritik role sahiptir.

Özellikle bireyin birinci derece akrabalarında duygu durum bozukluğu öyküsü varsa, bu bireyde depresyon gelişme riski 10 kat kadar artabilmektedir (29). Genetik çalışmalarda, depresyonun oluşumunda birden çok genin rol oynayabileceği, çevresel tetikleyicilerle etkileşime giren poligenik mirasın duyarlılığı artırdığı gösterilmektedir.

2.2.2.3. Tetikleyici Faktörler

Nesne ilişkileri kuramına göre, çocukluk döneminde önemli bir figürden veya sevilen bir nesneden yaşanan ayrılık, bireyin ileride depresif tepki geliştirme riskini artırabilmektedir. Kişi, kaybedilen nesnenin veya kişinin yerine koyabileceği bir içsel temsil oluşturamadığında, depresyonun tetiklenmesi olası hale gelmektedir (26). Ayrıca, erişkinlikte yaşanan başarısızlıklar, kişinin kendisine yönelik olumsuz yargılarının pekişmesine ve depresyonun gelişmesine zemin hazırlamaktadır.

2.2.3. Depresyonun Epidemiyolojisi

Depresyon, sıklık bakımından dünya genelinde üst sıralarda yer alan ruhsal bozukluklardan biridir. İlk ortaya çıkma yaşı genellikle 20-50 arasındadır; ancak çocukluk ve yaşlılık döneminde de depresyon tanısının konabildiği bilinmektedir. Son yıllarda 20 yaş altındaki popülasyonda da depresyon oranlarının arttığına dair veriler bulunmaktadır. Depresyon, çeşitli sosyoekonomik veya kültürel gruplar arasında farklı oranlarda yaygınlaşabilmektedir (30).

Depresyon prevalansı, birçok toplumda %9 ile %20 arasında değişen oranlarla belirtilmektedir. Kadınların bu hastalığa yakalanma riski erkeklere göre yaklaşık iki kat fazladır. Bu cinsiyet farkının ergenlik sonrası dönemde daha da belirgin hale geldiği, ileri yaşlarda ise oranın bir miktar dengelenebildiği bildirilmektedir (31).

Güncel tahminler, önümüzdeki yıllarda depresyonun küresel ölçekte hastalık yükü sıralamasında ön sıralara tırmanacağını işaret etmektedir. 2020'ler için yapılan öngörülerde, depresyonun iskemik kalp hastalığının ardından ikinci sırada yer alabileceği öne sürülmüştür. Depresyon hem uzun tedavi süreleri hem de yüksek maliyetli tıbbi müdahaleler gerektirmesi nedeniyle, toplumsal açıdan ağır bir yük oluşturmaktadır (32).

Türkiye'de yürütölen çeşitli araştırmalar da depresif bozuklukların, özellikle kadınlar arasında daha yüksek oranlarda görülebildiğini, en yaygın ruhsal bozukluklar arasında yer aldığını ve genel nüfusta önemli oranda yeti kaybına neden olduğunu göstermektedir (33).

2.2.4. Depresyon Belirtileri

Depresyonun semptom profili oldukça geniştir ve bilişsel, duygusal, davranışsal ve fiziksel belirtileri içermektedir. Bu belirtiler, bireyin günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesini, işlevselliğini ve sosyal ilişkilerini önemli ölçüde sekteye uğratabilmektedir. Ruhsal belirtiler (34; 35; 36):

- Derin üzüntü ve karamsarlık
- Suçluluk duygusu
- Yetersizlik ve değersizlik hissi
- Geleceğe yönelik umutsuzluk
- Kendine güvensizlik
- İlgisizlik ve keyif alamama

- İntihar düşünceleri

Bedensel belirtiler (34; 35; 36):

- Uyku düzeninde bozukluk (uyuyamama, sık uyanma veya aşırı uyuma)
- İştah değişiklikleri (aşırı yeme veya iştahsızlık)
- Genel enerji kaybı, halsizlik
- Baş, sırt, kas ağrıları
- Cinsel istekte belirgin azalma
- Kabızlık veya tam tersi sindirim bozuklukları
- Tansiyon değişiklikleri, bedensel gerilim

Bilişsel belirtiler (34; 35; 36):

- Dikkat ve konsantrasyon problemleri
- Hafızada güçlükler
- Psikomotor yavaşlama
- Karar vermede zorlanma
- Olumsuz veya takıntılı düşüncelere odaklanma

Bu belirtilerin bir kısmı veya tümü bir arada gözlemlenebilmektedir. Özellikle şiddetli depresyon durumlarında intihar etme eğilimi artış gösterebildiğinden, erken tanı ve etkin tedavi büyük önem taşımaktadır. Kişide bazen “yönetici işlevler” olarak adlandırılan üst düzey bilişsel fonksiyonlarda gerileme de söz konusu olabilmektedir. Tekrarlayan depresif epizodlar, beyinde kalıcı yapısal ve işlevsel değişimlere yol açarak hastalığın kronikleşme riskini yükseltebilmektedir (37).

Çeşitli stres etmenleri ile genetik yatkınlığın bir arada bulunması halinde, kişinin duygusal ve bilişsel sistemleri depresyonun tetiklenmesine daha eğilimli hale gelebilmektedir. Hamilelik döneminde annenin maruz kaldığı stresin ve hormonal değişimlerin çocuğun gelecekteki depresyon riskini artırabileceğine dair veriler de mevcuttur (38).

Depresyon ruhsal, bedensel ve bilişsel süreçleri etkileyen çok boyutlu bir tablodur. Kişinin mesleki başarısından aile içi işlevselliğine kadar pek çok alanı derinden etkilediği için önlem alınması, belirtilerinin tanınması ve gerekli tedavi yöntemlerinin uygulanması büyük önem arz etmektedir.

2.2.4. Depresyonun Tedavisi

Depresyon tedavisinde, psikoterapi ve ilaç tedavisi (farmakoterapi) başta olmak üzere çeşitli yaklaşımlar bulunmaktadır. Her olgunun bireysel özellikleri doğrultusunda bir tedavi planı oluşturulması önerilmektedir.

Psikoterapi: Depresyonu ortaya çıkaran düşünce kalıplarının ve kişinin kişilik özelliklerindeki bozulmaların giderilmesini hedefler. Terapi sürecinde, danışan ile terapist arasında kurulan ilişki çerçevesinde, sorunlu duygu, düşünce ve davranışların kökenine inilmektedir (39).

- **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT):** Bu yaklaşım, kişinin olumsuz otomatik düşüncelerini, işlevsel olmayan inançlarını ve baş etme becerilerini dönüştürmeye odaklanmaktadır. Bireyin dış dünyayı ve kendini algılama biçimini değiştirerek, daha yapıcı ve olumlu düşünce kalıpları geliştirmesini amaçlar (40).
- **Psikodinamik Terapi:** Depresyona yol açan etkenlerin çocukluk ve ergenlik dönemi deneyimleri, bastırılmış çatışmalar veya önemli ayrılık ve kayıplarla ilişkilendirilebileceğini öne sürer. Bu terapi, iç görü kazanma yoluyla, geçmişteki çatışmaların yeniden anlamlandırılmasını hedefler (40).

- Destekleyici Psikoterapi: Bireyin günlük hayata uyum sağlaması, duygu düzenleme becerilerini geliştirmesi ve kendi sorunlarıyla baş edebilme kapasitesini yükseltmesi üzerinde durur. Destekleyici yaklaşımlar, akut semptomlar yatıştıktan sonra da kişinin fonksiyonelliğini korumasına yardımcı olabilmektedir (40).

İlaçla Tedavi: Antidepresan ilaçlar, beyindeki kimyasal ileticilerin (serotonin, norepinefrin, dopamin vb.) düzeylerini ve etkileşimlerini düzenleyerek depresif belirtilerin hafiflemesine katkı sağlamaktadır. Modern antidepresanlar, yan etkileri nispeten daha az ve güvenlik profili daha iyi ilaçlar olarak kabul edilmektedir. Tedavi süreci genellikle birkaç ayı bulabilmektedir ve belirtilerin tamamen kaybolmasından sonra da nüksü önlemek amacıyla ilaç kullanımına bir süre daha devam edilmesi önerilmektedir (40).

Elektrokonvülsif Tedavi (EKT): Özellikle ağır depresif belirtilerin eşlik ettiği, intihar riskinin yüksek olduğu veya diğer tedavilere yanıt alınamayan vakalarda uygulanan bir yöntemdir. Kişiyi kısa süreli anestezi altında elektrik akımı verilerek kontrollü bir nöbet oluşturulmakta ve bu sayede hızlı bir iyileşme sağlanabilmektedir. Yan etki olarak hafıza problemleri görülebilse de, yaşamı tehdit eden ağır olgularda %80-85 düzeyinde başarı elde edilebilmektedir (39; 40).

Depresyon tedavisinde kullanılan yöntemler, hastanın gereksinimlerine, depresyonun şiddetine ve ek hastalık durumuna göre farklı kombinasyonlar şeklinde de uygulanabilmektedir. Günümüzde farmakoterapi ve psikoterapinin eş zamanlı kullanımı hem kısa vadede semptomların hafiflemesi hem de uzun vadede nüks riskinin azalması açısından etkin bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.

2.3. Anksiyete (Kaygı)

Kaygı, geleceğe dair belirsiz bir tehdide ya da muhtemel bir tehlikeye karşı bireyin bedensel ve zihinsel olarak hazırlık yaptığı, ancak çoğu zaman belirsiz ve orantısız korku hisleriyle karakterize bir duygulanım durumudur. Freud,

1926 yılında geliştirdiği modelde kaygıyı egoya ait bir duygu şeklinde tanımlamış ve kaygının, gelecekteki tehlikelere karşı bir tür önleyici mekanizma şeklinde işlev gördüğünü ne sürmüştür (41; 42; 43).

2.3.1. Kaygının Tanımı

Kaygı, genellikle tehlikenin net bir şekilde tanımlanamadığı ya da aşırı abartıldığı durumlarda ortaya çıkan bir duygu olarak görülmektedir (44). Korku ise daha somut ve belirgin bir tehditle ilişkili olarak algılanmaktadır. Her ne kadar kaygı ve korku arasında fizyolojik ve duygusal benzerlikler bulunsa da, bu iki duygu arasında srenin, kaynağın ve şiddetin farklı olması açısından ayrımlar olduğu da kabul edilmektedir. Kaygı, organizmanın hayatta kalmak için geliştirdiği uyumsal bir tepki olarak da değerlendirilebilmektedir; ancak yoğunluğu veya sürekliliği kişinin işlevselliğini bozuyorsa, klinik bir sorun olarak kabul edilir (45).

Bireyin karşılaştığı ya da karşılaşmayı beklediği herhangi bir tehdit karşısında hissedebileceği mutsuzluk, korku, başarısızlık endişesi, üzüntü ve gerginlik gibi duygular kaygının içinde harmanlanmaktadır. Kaygının belirli düzeylerde yaşanması, motivasyon sağlama açısından yararlı olabilirken, yoğun ve kronik hale gelmesi ise günlük yaşam işlevselliğini belirgin biçimde sekteye uğratabilmektedir (41; 46).

2.3.2. Kaygı Türleri

Durumluk Kaygı: Bireyin belirli bir zamanda, belirli bir tehdide karşı duyduğu geçici endişe düzeyini ifade etmektedir. Örneğin, önemli bir sınava girmeden önce hissedilen yoğun endişe, durumluk kaygı kapsamına girmektedir (47). Bu kaygı türü, ortalama düzeyde olduğunda kişinin performansını iyileştirmeye katkı sağlayabilir. Ancak tehdit ortadan kalktığında bu kaygının azalmaması veya aşırı düzeye yükselmesi işlevsel problemler ortaya çıkarabilmektedir.

Sürekli Kaygı: Kişinin kişilik yapısı içerisinde yerleşik hale gelmiş, çok daha uzun sreye yayılan bir endişe biçimidir. Bu bireyler, tehdit edici olmayan

durumları dahi riskli gibi yorumlamaya eğilimli olabilmektedir (47; 48). Dolayısıyla, günlük yaşamın basit zorlukları bile bu kişilerde kalıcı bir kaygı hissine neden olabilmektedir. Kimi zaman “kaygılı kişilik” olarak tanımlanan bu durum, sosyal ilişkilerden iş yaşamına kadar pek çok alanda olumsuz sonuç doğurabilmektedir.

2.3.3. Kaygıyı Etkileyen Faktörler

Kaygıya yol açan faktörler, genellikle psikolojik ve sosyal etkenler olarak iki geniş kategoride incelenmektedir. Sosyal etkenler arasında bireyin çevreden onay alma ihtiyacı, geçmiş başarısızlıklara dair korkular, toplumsal beklentiler, yabancı ortamlarda bulunma gibi durumlar sayılmaktadır (49). Psikolojik etkenler ise bağlanma biçimi, aşırı duyarlılık, travma öyküsü, öfke kontrol sorunları, bağımlı kişilik özellikleri, çocukluk çağında yaşanan cinsel veya fiziksel istismar gibi daha derin yapıları içermektedir.

Stres, kaygının en büyük tetikleyicilerinden biridir. Farklı stres düzeylerine sahip bireylerde, kaygı semptomlarının ağırlığı ve sıklığı değişebilmektedir. Ayrıca, kişilik özellikleri, genetik yatkınlık ve nörobiyolojik mekanizmalar da kaygının şiddetini ve ortaya çıkma eğilimini şekillendirmektedir.

2.3.4. Kaygının Belirtileri

Kaygı hem bedensel hem de psikolojik belirtileri kapsamaktadır. Fiziksel belirtiler (50; 51):

- Kalp ritminde hızlanma (taşikardi)
- Nefes darlığı, göğüste sıkışma
- Terleme, titreme
- Baş dönmesi, bulantı
- Kas gerginliği, kas ağrıları
- Uyku bozuklukları

- Ağız kuruluğu

Psikolojik belirtiler (50; 51):

- Korku, tedirginlik, huzursuzluk
- Gerginlik, sinirlilik
- Özgüvende azalma
- Olumsuz düşüncelere kapılma
- Kontrolü kaybetme hissi

Bilişsel belirtiler (50; 51):

- Dikkat ve konsantrasyon sorunları
- Karar verme güçlüğü
- Unutkanlık
- Devamlı “ya şöyle olursa” kaygısı

Bu belirtilerin şiddeti, bireyin kaygı düzeyine ve kaygının ne kadar süredir devam ettiğine bağlı olarak değişebilmektedir. Örneğin akut kaygı atağında bedensel belirtiler daha baskın olurken, kronik kaygı durumlarında bilişsel ve psikolojik belirtiler ön plana çıkabilmektedir (50).

2.3.5. Kaygının Tedavisi

Kaygı bozukluklarının tedavisinde, öncelikle ayrıntılı bir değerlendirme ile doğru tanının konması gerekmektedir. Tedavi seçenekleri arasında bilişsel davranışçı terapi, ilaç tedavisi (özellikle antidepresanlar) ve çeşitli destekleyici psikoterapi yöntemleri yer almaktadır (52).

- **Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT):** Kaygıya neden olan otomatik düşüncelerin, abartılı korkuların ve kaçınma davranışlarının ele alınarak, bireyin daha işlevsel baş etme stratejileri geliştirmesi

hedeflenir. Gevşeme egzersizleri, duyarsızlaştırma teknikleri ve olumsuz düşünce kalıplarını dönüştürmek terapinin önemli aşamalarındandır.

- **İlaç Tedavisi:** Antidepresanlar (selektif serotonin geri alım inhibitörleri, serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri vb.) ve anksiyolitik ilaçlar (benzodiazepinler gibi) kullanılarak, bireyin nörokimyasal dengesinin düzenlenmesi amaçlanır. İlaç kullanım süresi, yan etki profili ve kişisel özelliklere göre değişiklik gösterebilir.
- **Diğer Yöntemler:** Destekleyici terapi, mindfulness temelli stres azaltma uygulamaları, egzersiz programları gibi ek yaklaşımlar da tedavinin etkinliğini artırabilmektedir.

Kaygının gündelik hayattaki yaygınlığı göz önüne alındığında, bu bozukluğun tedavisi ve yönetimi sadece tıbbi bir gereklilik değil, aynı zamanda bireyin yaşam kalitesini yükseltme ve toplumsal işlevselliği koruma açısından da kritik önem taşımaktadır.

2.4. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi, kişilerin kendi yaşam koşullarını çeşitli açılardan değerlendirerek elde ettikleri memnuniyet düzeyiyle ilişkili bir kavramdır. Bireyin fiziksel, duygusal, sosyal ve zihinsel alanlarda optimal düzeyde işlev görebilmesi, yaşam kalitesinin temel belirleyicileri arasında yer almaktadır. Bu kavram, esasında kişinin hayatını sürdürürken elde ettiği doyum, mutluluk ve anlam duygularıyla iç içedir (53).

2.4.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Yaşam kalitesi kavramı, öncelikle “kalite” kavramından hareketle açıklanmaktadır. Kalite, bireylerin, nesnelere veya yaşama dair pek çok unsurun sahip olduğu nitelikleri ve bunların üstün yönlerini ortaya koyan bir çerçeve sunmaktadır. Bir başka deyişle kalite, kişinin entelektüel durumunu ve toplam niteliklerini yansıtan bir ifade olarak değerlendirilmektedir. Yaşam

kalitesi ise bireyin, yaşamına yönelik konuları açığa koyması, kendini geliştirmesi, hayatına anlam ve zenginlik katması ve hedeflerini gerçekleştirme süreçlerini kapsamaktadır. Kişinin kendi benliğini tanıması, yaşamıyla ilgili unsurları sorgulaması ve nihayetinde hayatını bir bütün olarak dengeye getirmesi, kaliteli bir yaşama ulaşabilmek için ilk aşamayı oluşturmaktadır. Bununla birlikte, yaşam kalitesinin tüm bireylerce kabul gören tek bir tanımı bulunmamaktadır. Bu durum, kavramın çok yönlü, öznel ve dinamik yapısı ile ilişkili görülmektedir.

Yaşam kalitesi, bireyin hayattan duyduğu memnuniyet, içinde yer aldığı kültürel değerler ve psikososyal koşullar bağlamında konumunu algılama biçimi şeklinde de ifade edilmektedir (53). Kişinin psikolojik ve fiziksel durumunun yanı sıra aile, çevre ve kültürel değerlerle etkileşimi, bu algıyı şekillendirmektedir. Yaşam kalitesi kavramının çok yönlü olması, sürekli değişebilmesi ve son derece öznel bir nitelik taşıması, onu tanımlamayı güçleştirmektedir. Bireyin yaşamını nasıl sürdürmeyi planladığı, nelerden haz aldığı ve hangi sosyokültürel, psikolojik ve ekonomik faktörlerden etkilendiği, bu kavramın kapsamına girmektedir (54).

Tarihsel olarak bakıldığında, yaşam kalitesi felsefi tartışmaların da odağında yer almaktadır. Antik ve Ortaçağ döneminde, “kusursuz olma” durumu, ahlaki ve estetik açıdan en yüksek mertebeye ulaşma biçimiyle ilişkilendirilmiştir. 1960’lı yıllarda bu kavram, sosyoloji ve ekonomi disiplinlerinin de ilgi alanına girmiştir. İktisadi bakış açısı, “yerli gelirin satın alma gücü” üzerinden yaşam kalitesini ölçmeye çalışırken, sosyolojik bakış açısı “toplumsal yaşam ve çalışma şartları” üzerinden değerlendirmeler yapmıştır. 1970’lerde psikologlar, bireylerin hayattaki tatmin düzeylerine yoğunlaşarak konuyu incelemiştir. 1970’lerin sonrasında tıbbi alanda, 1980’ler itibarıyla ise hemşirelikte de sıkça kullanılan bir kavram haline gelmiştir (54).

Kişinin kendini geliştirmesi, özel hayatına zenginlik katması ve hedeflerine ulaşması, genel olarak “yaşamın kalitesi” şeklinde yorumlanmaktadır. Hayatın kaliteli olabilmesi için kişinin, yapmakta olduğu faaliyetleri ve yaşam deneyimlerini değerlendirmesi, kendini yeterince tanıması ve mevcut olumsuz

yönlerini iyileştirmesi gerekmektedir. Bu çabaların bireye “her şeyin yolunda olduğu” hissini vermesi, yaşam kalitesi tanımının bir diğer boyutunu yansıtmaktadır. Yaşam kalitesi, “hayattan alınan haz” şeklinde tanımlanabileceği gibi, kişinin kendi durumunu ait olduğu kültür ve değer sistemleri içerisinde algılama ve konumlandırma biçimi olarak da ifade edilmektedir (55).

Butrckhardt, yaşam kalitesini bireylerin maddi olanaklarının elverişli oluşu, sosyal ilişkilerdeki olumlu deneyimler, yeterli düzeyde eğlenme ve kendini geliştirme fırsatlarından duyulan memnuniyet olarak açıklamaktadır. Karon ve Bernard (56) yaşam kalitesini “bireyin yaşamına dair olumlu ve hoşnut edici yanları bütüncül olarak değerlendirmesi” şeklinde tanımlamaktadır. McDaniel ve Bach (57) yaşam kalitesinin şu dört temel ögesi üzerinde durmaktadır: (a) Değişken bir yapıda olması, (b) Çok yönlülük, (c) Etkileşim halinde olması, (d) Bireyin gereksinimlerine ve yaşam biçimine uyarlanması.

Yaşam kalitesi bireyin yaşam süresi, psikolojik ve sosyal koşulları, kültürel ve toplumsal olumsuzlukları barındıran bütüncül bir olgu olarak tanımlamaktadır. Fayos, bu kavramı bireylerin kendi yaşamlarını değerli ve anlamlı biçimde sürdürebilme yeteneği şeklinde ifade etmektedir. Maeland, yaşam kalitesini “hoşnutluk, mutluluk, kendini gerçekleştirme ve ihtiyaç duyulan tatmin düzeyi” olmak üzere dört temel boyutta incelemiştir. Hoernquist ise yaşam kalitesini, “fiziksel, psikolojik ve toplumsal alanlarda yürütülen faaliyetler ve bireyin ekonomik konularda tatmin olma derecesi” doğrultusunda değerlendirmektedir. Cella da yaşam kalitesini “fiziksel, duygusal ve sosyal etkileri barındıran bir iyilik durumu” olarak açıklamaktadır. Bu kapsamda, bireyin fiziksel durumundan duygusal bütünlüğüne, sosyal çevresiyle etkileşiminden ekonomik imkânlarına kadar geniş bir çerçevede söz konusu olmaktadır (58). Shaw (59) ise yaşam kalitesinin, bireyin doğal gereksinimlerini karşılama kapasitesiyle ilintili olduğunu öne sürmektedir.

Yaşam kalitesi, son derece kapsamlı ve çok sayıda unsuru içinde barındıran bir kavram şeklinde görülebilmektedir. Hayata ilişkin pek çok konuyu içine almakta ve zaman geçtikçe önemi ile kullanımı giderek

artmaktadır. Özellikle 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün, sağlığı "sadece hastalığın olmaması değil; fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" biçiminde tanımlamasıyla birlikte, yaşam kalitesi kavramının önemi daha da belirginleşmektedir. Sağlığa ilişkin iyilik halinin ölçülebilir olması, sağlık sektöründeki uygulamaların ve araştırmaların temel hedefi haline gelmektedir (60).

2.4.2. Yaşam Kalitesinin Göstergeleri

Yaşam kalitesi, farklı görünüm ve kapsamlarla ele alınmakla birlikte; toplumsal yaşam kalitesi, iktisadi yaşam kalitesi, ruhsal yaşam kalitesi, sağlık odaklı yaşam kalitesi ve ekolojik yaşam kalitesi olmak üzere çeşitli kategorilerde değerlendirilebilmektedir (61). Bu kategorilerde, bireyin hem öznel (psikolojik, duygusal vb.) hem de nesnel (ekonomik, sosyal vb.) deneyimleri dikkate alınmaktadır.

- **Sosyal Göstergeler:** Eğitim düzeyi, kültür, meslek ve sağlık durumu gibi sosyolojik bileşenler, yaşam kalitesini artıran temel unsurlar arasında yer almaktadır (62). Bireyin toplumsal katılımı ve sosyal ağları, psikososyal iyi oluş üzerinde belirleyici bir etki göstermektedir.
- **Sağlığa İlişkin Göstergeler:** Sağlıklı olma ve bu sağlığı koruma becerisi, yaşam kalitesini belirleyen önemli faktörlerdendir. Fonksiyonel kapasitenin sürdürülmesi, bedensel ve ruhsal rahatsızlıkların önlenmesi ya da en az seviyeye çekilmesi, yaşam kalitesini yükseltmektedir (63). Kronik hastalıklar veya engellilik durumları ise yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.
- **Psikolojik Göstergeler:** Mutluluk ve mutlu olduğunu düşünmek, bireyin psikolojik göstergeler bakımından yaşam kalitesini yükseltmektedir. Bu süreçte kişinin mesleğinden duyduğu tatmin, aile ve sosyal çevre desteği ile kendi içsel kaynaklarını kullanabilme yetisi de belirleyicidir (64).

- **Ekonomik Göstergeler:** Yaşam standardı, gelir düzeyi, iş güvencesi, istihdam olanakları ve benzeri maddi parametreler, yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir (65). Aylık gelir, kişi başına düşen milli gelir, ekonomik istikrar düzeyi gibi faktörler bireyin yaşam koşullarını doğrudan biçimlendirmektedir.

2.4.3. Yaşam Kalitesinin Ölçülmesi

Yaşam kalitesi, toplumsal ve bireysel refahın saptanması bakımından sosyal bilimciler için büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle refah ve yaşam kalitesi kavramları, çok boyutlu ve geniş ölçekli ölçüm teknikleri ile analiz edilmektedir (66). Benzer şekilde, tıp ve sağlık bilimleri de bu kavramı temel çalışma alanlarından biri olarak benimsemiştir. Sağlık sektöründe yaşanan teknolojik gelişmeler, ortalama yaşam süresinin artmasında ve hastalıkların önlenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bu faktörler sayesinde hem bireylerin hem de toplumların genel sağlık düzeyi iyileşmekte, böylece yaşam kalitesi kavramı daha fazla önem kazanmaktadır (66). Yaşam kalitesi, dört temel alanda gözlemlenebilmektedir (67):

1. **Kişisel İçsel Alan:** Değerler, inançlar, kişisel hedefler, arzular ve sorunlarla baş etme becerileri bu alana girmektedir.
2. **Kişisel Sosyal Alan:** Aile yapısı, gelir durumunun yeterliliği, çalışma şartları ve toplumun sunduğu sosyal olanaklar bu gruba dahil olmaktadır.
3. **Dışsal Doğal Çevre Alanı:** Hava kalitesi, su kalitesi, çevresel hijyen ve iklim koşulları gibi unsurlar yaşam kalitesini etkilemektedir.
4. **Dışsal Toplumsal Çevre Alanı:** Kültürel, sosyal ve dini kurumlar, eğitim ve sağlık hizmetleri, güvenlik, alışveriş ve ulaşım gibi toplumsal imkanlar bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Coğrafi açıdan ele alındığında, yaşam kalitesinin ev ölçeğinden başlayarak yerel, ulusal ve küresel düzeye kadar çeşitli mekanlarda incelenebildiği

görülmektedir. Bu çok katmanlı yapısı, yaşam kalitesi kavramının hem mikro hem de makro düzeyde önemini ortaya koymaktadır.

2.4.4. Yaşam Kalitesini Artıran ve Azaltan Unsurlar

Yaşam kalitesini etkileyen unsurlar, bireyin fiziksel durumundan psikolojik süreçlerine, sosyal ortamından ekonomik imkanlarına kadar pek çok alanda kendini göstermektedir. Objektif unsurlar arasında fiziksel sağlığın iyi olması, bireyin bedensel gücünü kullanarak yaptığı işlerde zorluk yaşamaması, fiziksel işlev bozukluklarının olmaması ve kronik hastalık belirtilerinin azlığı sayılmaktadır. Bu faktörler, genel sağlık durumunun olumlu seyrini yansıtmaktadır. Literatürde, yaşam kalitesine ilişkin konular genellikle dört ana başlık halinde ele alınmaktadır (58):

1. **Psikolojik Mutluluk:** Endişe düzeyi, tatmin duygusu, kişisel kontrol hissi, faydalı olma, beden algısı ve ilgi alanlarına yönelme gibi etmenler.
2. **Fiziksel Mutluluk:** Beslenme alışkanlıkları, yorgunluk düzeyi, iştah, cinsel yaşam, uyku düzeni ve genel sağlık durumu gibi bileşenler.
3. **Kişisel ve Toplumsal Mutluluk:** Sosyal hayatta aktif olma ve topluma katkı sağlama gibi nitelikleri içermektedir.
4. **Ekonomik Mutluluk:** İş güvencesi, gelecek kaygısının az olması, barınma koşullarının yeterliliği ve maddi anlamda kendini güvende hissetme gibi göstergeler.

Yaşam kalitesini azaltan etkenler arasında, temel ihtiyaçların karşılanamaması, fiziksel ve ruhsal işlev bozuklukları, kişisel bakım ihtiyaçlarının veya günlük yaşam faaliyetlerinin yerine getirilememesi, kronik yorgunluk, cinsel işlev bozuklukları, gelecek endişesi, yetersiz sosyal destek mekanizmaları ve süreğen hastalıklar bulunmaktadır. Özellikle bireyin fiziksel sağlığını tehdit eden uzun süreli hastalıkların varlığı veya sosyal-psikolojik destek eksikliği, yaşam kalitesinin hızlı bir biçimde düşmesine yol açmaktadır. Öte yandan yaşam kalitesini yükseltmek için bireyin sosyal ve ekonomik

açısından güvencelerden yararlanması, emniyet endişesi yaşamaması, rahat bir hayata sahip olması, anlamlı ve etkin bir gündelik yaşantı kurması, yakın çevresiyle olumlu ilişkiler içinde olması, kişisel tatmin elde ettiği alanlarda aktif rol alması, özgürce inançlarını ve değerlerini sürdürebilmesi önem taşımaktadır. Kişinin kendini ifade edebilmesi, özgün ve değerli bir birey olarak görülmesi, mutluluk ve memnuniyet deneyimlerini artırmaktadır. Bireyin özgürlüğünün bulunması ve özel hayatına saygı duyulması da bu koşullar arasında yer almaktadır (54).

Yaşam kalitesi bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini karşılama derecesiyle doğrudan ilişkilidir. Bu kavram, kişisel çabaların yanı sıra ekonomik ve toplumsal imkânlar tarafından da yönlendirilmektedir. Dolayısıyla, yaşam kalitesini iyileştirmek isteyen bireylerin hem kendi içsel kaynaklarını güçlendirmesi hem de mevcut çevresel ve toplumsal koşulları iyileştirecek adımlar atması gerekmektedir.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Materyal

Bu araştırma, Ağustos 2024 ile Kasım 2024 tarihleri arasında Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi İç Hastalıkları ve Nefroloji polikliniklerine başvuran hastalar üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya en az 6 aydır esansiyel hipertansiyon tanısı taşıyan, 18 yaşını doldurmuş, fiziksel ve bilişsel açıdan anket formlarını eksiksiz doldurabilecek durumda olan bireyler dahil edilmiştir. Dahil edilme kriterleri arasında, hipertansiyon tanısının en az 6 ay önce konulması, okuryazarlık şartının sağlanması ve ağır mental bozukluk (psikoz, demans vb.) ile ciddi komorbid hastalıkların (kalp yetmezliği, kronik böbrek hastalığı vb.) bulunmaması yer almıştır. Ayrıca, katılımcıların gönüllü onam formunu imzalayabilecek bilinç düzeyine sahip olmaları da önemli bir seçim ölçütü olarak belirlenmiştir.

Örneklem seçimi sırasında, belirli bir randomizasyon yöntemi uygulanmamış ve belirlenen süre içerisinde dâhil olma şartlarını karşılayan tüm hastalar çalışmaya alınmıştır. Literatür incelemeleri doğrultusunda örneklem büyüklüğünün en az 120 kişi olması öngörülmüş, ulaşılabilen hasta sayısı yeterli olduğu takdirde bu sayının artırılacağı öngörülmüştür.

3.2. Yöntem

Araştırma, kesitsel özellikte planlanmış ve bu doğrultuda veriler toplanmıştır. Katılımcılara ait temel demografik bilgiler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, mesleki durum, sigara kullanımı vb.) standart bir Tanıtıcı Bilgi Formu aracılığıyla kaydedilmiştir. Tuz uyumunu değerlendirmek amacıyla katılımcılardan 24 saatlik idrar sodyum atılımını ölçen bir test yaptırılmaları istenmiş; ayrıca poliklinik ziyaretleri sırasında kan basıncı değerleri düzenli olarak ölçülüp kaydedilmiştir.

Hastaların yaşam kalitelerini ve psikolojik durumlarını belirleyebilmek adına Kısa Form-36 (SF-36) ve Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) uygulanmıştır. SF-36, toplam sekiz alt boyuttan oluşan ve 0 ile 100 arasında

değişen puanlar üzerinden bireylerin genel sağlık ve yaşam kalitesi durumlarını değerlendiren yaygın bir ölçektir. HADÖ ise katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeylerini ayrı ayrı puanlamayı sağlayan 14 maddelik bir ölçek olup, psikiyatri dışı klinik hastalarda sıklıkla kullanılmaktadır.

Araştırma kapsamında, Helsinki Deklarasyonu'na ve ilgili etik kurallara uygun bir yaklaşım izlenmiş, hastalara çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verildikten sonra yazılı onamları alınmıştır.

3.3. İstatistiksel Analiz

Verilerin çözümlenmesinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 15.0 yazılımı kullanılmıştır. Öncelikle demografik ve klinik verilerin özetlenmesi için sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri içeren tanımlayıcı istatistiklere başvurulmuştur. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği, Kolmogorov-Smirnov veya Shapiro-Wilk testleri yardımıyla incelenmiştir.

Gruplar arasındaki karşılaştırmalarda, normal dağılan sürekli değişkenlerde bağımsız örneklem t testi tercih edilmiş, normal dağılımın olmadığı durumlarda ise Mann-Whitney U veya Kruskal-Wallis testine başvurulmuştur. Kategorik veriler, Ki-kare ya da Fisher kesin ki-kare testleriyle değerlendirilmiştir. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson veya Spearman korelasyon testiyle analiz edilmiştir. Tüm testlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

IV. BULGULAR

Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı özellikler		Sayı	%
Yaş* (57,93±13,27) Ortanca: 59, Min:28 Maks:88			
Cinsiyet	Erkek	54	45,0
	Kadın	66	55,0
Meslek	Memur	8	6,7
	Emekli	41	34,2
	İşsiz/Öğrenci	33	27,5
	İşçi	20	16,7
	Serbest Meslek	18	15,0
Medeni durum	Evli	95	79,2
	Bekar	13	10,8
	Ayrılmış	4	3,3
	Eşi vefat etmiş	8	6,7
Eğitim düzeyi	Okuma-yazması yok	12	10,0
	İlkokul mezunu	60	50,0
	Ortaokul mezunu	15	12,5
	Lise mezunu	17	14,2
	Üniversite mezunu	16	13,3
Oturlan yer	Köy	18	15,0
	İlçe	54	45,0
	İl	48	40,0
Sigara içme durumu	Halen içiyor	30	25,0
	Bırakmış	38	31,7
	Hiç kullanmamış	52	43,3
Toplam		120	100,0

*Aritmetik ortalama ± standart sapma

Tablo 3'te çalışmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri sunulmaktadır. Çalışmaya toplam 120 hasta dahil edilmiştir. Hastaların yaş ortalaması 57,93±13,27 yıl olup, en genç hasta 28, en yaşlı hasta 88 yaşındadır. Cinsiyet dağılımına bakıldığında, hastaların %55'i kadın, %45'i erkektir. Mesleki durum açısından en büyük grubu %34,2 ile emekliler oluştururken, işsiz/öğrenciler %27,5, işçiler %16,7, serbest meslek sahipleri %15 ve memurlar %6,7 oranında yer almaktadır. Hastaların %79,2'si evli, %10,8'i bekar, %3,3'ü ayrılmış ve %6,7'si eşini kaybetmiştir. Eğitim düzeyine bakıldığında, %10'u

okuma yazma bilmezken, %50'si ilkokul, %12,5'i ortaokul, %14,2'si lise ve %13,3'ü üniversite mezunudur. Yaşanılan yer açısından hastaların %45'i ilçede, %40'ı il merkezinde ve %15'i köyde ikamet etmektedir. Sigara kullanım durumuna göre, hastaların %25'i halen sigara içmekte, %31,7'si bırakmış ve %43,3'ü hiç kullanmamıştır.

Tablo 4. Esansiyel Hipertansif Hastalığı Olan Hastaların Tuz Alım Miktarıyla İlişkili Özellikleri

Tuz Alım Miktarıyla İlişkili Özellikler		Sayı	%
Yiyeceğinin tadına bakmadan tuz ekleme durumu	Bakmadan tuz eklerim	27	22,5
	Bakmadan tuz eklemem	93	77,5
Tuz	Tuzsuzdur	12	10,0
	Az tuzludur	50	41,7
	Normal tuzludur	50	41,7
	Çok tuzludur	8	6,7

Tablo 4'te esansiyel hipertansiyon hastalarının tuz alım miktarıyla ilişkili özellikleri sunulmaktadır. Hastaların %22,5'i yiyeceklerinin tadına bakmadan tuz eklediğini belirtirken, %77,5'i bu alışkanlığa sahip olmadığını ifade etmiştir. Tüketilen yemeklerin tuz içeriği açısından değerlendirildiğinde, %10'u yemeklerini tuzsuz, %41,7'si az tuzlu, %41,7'si normal tuzlu ve %6,7'si çok tuzlu olarak tanımlamıştır.

Tablo 5. Hastaların Laboratuvar Parametreleri

Parametre	Ortalama \pm SS	Minimum	Maksimum
24 saatlik idrarda sodyum	152,8 \pm 75,60	14,00	357,00
Üre	29,71 \pm 8,63	13,00	59,00
Kreatinin	0,76 \pm 0,16	,40	1,17
Gfr	93,82 \pm 17,20	44,00	138,00
Na	140,29 \pm 2,70	132,00	147,00
K	4,34 \pm 0,39	3,50	5,20
WBC	8,55 \pm 2,40	4,57	16,31
HB	13,67 \pm 1,68	9,90	17,70
PLT	260,74 \pm 83,88	1,00	577,00
NEU	5,17 \pm 1,89	1,60	12,96

Tablo 5'te hastaların böbrek fonksiyonlarına ilişkin laboratuvar parametreleri sunulmaktadır. Hastaların 24 saatlik idrarında sodyum düzeyi

ortalama $152,8 \pm 75,60$ olup, en düşük değer 14, en yüksek değer 357 olarak llmtr. Üre seviyeleri ortalama $29,71 \pm 8,63$ olup, minimum 13, maksimum 59 olarak belirlenmitir. Kreatinin düzeyi ortalama $0,76 \pm 0,16$ olarak llrken, glomerüler filtrasyon hızı (GFR) ortalama $93,82 \pm 17,20$ olarak hesaplanmıtır. Serum sodyum (Na) değeri ortalama $140,29 \pm 2,70$, potasyum (K) düzeyi ise $4,34 \pm 0,39$ olarak bulunmutur. Beyaz kan hcreti (WBC) sayısı ortalama $8,55 \pm 2,40$ olup, minimum 4,57 ve maksimum 16,31 arasında değimektedir. Hemoglobin (HB) düzeyi ortalama $13,67 \pm 1,68$ olarak llm, trombosit (PLT) sayısı ise ortalama $260,74 \pm 83,88$ olarak belirlenmitir. Nötrofil (NEU) sayısı ise ortalama $5,17 \pm 1,89$ olarak tespit edilmitir.

Tablo 6. HAD leğine Yönelik Cronbach's Alpha Değerleri

	Cronbach's alpha	Madde sayısı
Anksiyete	,796	7
Depresyon	,714	7

Tablo 6'da HAD leğinin Cronbach's Alpha değerleri sunulmaktadır. leğin anksiyete alt boyutu için Cronbach's Alpha katsayısı ,796, depresyon alt boyutu için ise ,714 olarak hesaplanmıtır. Bu değerler, leğin her iki alt boyutunun da kabul edilebilir iç tutarlılığa sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 7. Hastaların HAD leği Puanlarının Dağılımı

HAD leği ve Alt Alanları		Sayı	%
HAD-Anksiyete puanı ($8,25 \pm 4,60^*$, Min-Maks: 0-19, medyan: 8,00)	Anksiyz	47	39,2
	Normal	73	60,8
HAD-Depresyon puanı ($8,25 \pm 4,60^*$, Min-Maks: 0-19, medyan: 8,00)	Depresif	58	48,3
	Normal	62	51,7
TOPLAM		120	100,0

*Aritmetik ortalama \pm standart sapma

Tablo 7’de hastaların HAD ölçeği puanlarının dağılımı sunulmaktadır. HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme değeri, depresyon için 7, anksiyete için 10 olarak hesaplanmıştır. Anksiyete alt ölçeği puanlarının ortalaması $8,25 \pm 4,60$ olup, minimum 0, maksimum 19 ve medyan değeri 8 olarak hesaplanmıştır. Bu ölçekte hastaların %39,2’si anksiyöz, %60,8’i ise normal olarak değerlendirilmiştir. Depresyon alt ölçeği puanları da aynı ortalama ve standart sapma değerlerine sahiptir ($8,25 \pm 4,60$), minimum değer 0, maksimum değer 19 ve medyan değer 8 olarak belirlenmiştir. Hastaların %48,3’ü depresif, %51,7’si ise normal olarak sınıflandırılmıştır.

Tablo 8. Hastaların SF-36 Yaşam Kalitesi Puanlarının Dağılımı

	Ortalama \pm SS	Min-Maks	Medyan
Fiziksel Fonksiyon Puanı	69,42 \pm 25,69	0-100	70,00
Rol Güçlüğü Fiziksel Puanı	47,67 \pm 42,87	0-100	50,00
Rol Güçlüğü Emosyonel Puanı	45,20 \pm 46,23	0-100	33,33
Sosyal Fonksiyon Puanı	67,81 \pm 27,77	0-100	62,50
Ağrı Puanı	55,36 \pm 28,32	0-100	52,00
Vitalite Puanı	49,54 \pm 23,58	0-95	50,00
Mental Sağlık Puanı	58,97 \pm 19,43	16-100	56,00
Genel Sağlık Puanı	50,95 \pm 21,06	5-97	50,00

Tablo 8’de hastaların SF-36 yaşam kalitesi puanlarının dağılımı sunulmaktadır. Fiziksel fonksiyon puanı ortalama $69,42 \pm 25,69$ olup, minimum 0, maksimum 100 ve medyan değeri 70’tir. Rol güçlüğü fiziksel puanı ortalama $47,67 \pm 42,87$ olarak hesaplanmış, minimum 0, maksimum 100 ve medyan değeri 50 olarak belirlenmiştir. Rol güçlüğü emosyonel puanı $45,20 \pm 46,23$ olup, minimum 0, maksimum 100 ve medyan değeri 33,33’tür. Sosyal fonksiyon puanı $67,81 \pm 27,77$ olarak hesaplanmış, minimum 0, maksimum 100 ve medyan değeri 62,50 olarak belirlenmiştir. Ağrı puanı ortalama $55,36 \pm 28,32$ olup, minimum 0, maksimum 100 ve medyan değeri 52’dir. Vitalite puanı $49,54 \pm 23,58$ olarak hesaplanmış, minimum 0, maksimum 95 ve medyan değeri 50 olarak belirlenmiştir. Mental sağlık puanı $58,97 \pm 19,43$ olup, minimum 16, maksimum 100 ve medyan değeri 56 olarak hesaplanmıştır. Genel sağlık puanı ortalama $50,95 \pm 21,06$ olup, minimum 5, maksimum 97 ve medyan değeri 50’dir.

Tablo 9. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ile Anksiyete ve Depresyon Durumlarının Karşılaştırılması

	Anksiyete			Depresyon		
	Var n (%)	Yok n (%)	p	Var n (%)	Yok n (%)	p
Kontrol var	37 (39,8)	56 (60,2)	0,797	41 (44,1)	52 (55,9)	0,084
Kontrol yok	10 (37,0)	17 (63,0)		17 (63,0)	10 (37,0)	
Toplam	47 (39,2)	73 (60,8)		58 (48,3)	62 (51,7)	

* Ki-kare testi kullanıldı

Tablo 9'da hastaların kan basıncı kontrolü ile anksiyete ve depresyon durumlarının karşılaştırılması sunulmaktadır. Kan basıncı kontrolü sağlanan hastaların %39,8'i anksiyete tanısı alırken, %60,2'sinde anksiyete saptanmamıştır. Kan basıncı kontrolü sağlanamayan hastalarda ise anksiyete oranı %37 olup, %63'ü anksiyete belirtisi göstermemiştir. Ki-kare testi sonuçlarına göre, kan basıncı kontrolü ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,797$).

Depresyon açısından değerlendirildiğinde, kan basıncı kontrolü sağlanan hastaların %44,1'i depresif olarak değerlendirilirken, %55,9'u depresif belirtiler göstermemiştir. Kan basıncı kontrolü sağlanamayan hastalarda depresyon oranı %63 olup, %37'sinde depresif belirtiler bulunmamaktadır. Benzer şekilde, kan basıncı kontrolü ile depresyon arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,084$).

Tablo 10. Hastaların HAD ve SF-36 Puanı Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

	HAD - Anksiyete		HAD - Depresyon	
	r	p	r	p
Fiziksel Fonksiyon Puanı	-,276	0,002	-,261	0,004
Rol Güçlüğü Fiziksel Puanı	-,284	0,002	-,294	0,001
Rol Güçlüğü Emosyonel Puanı	-,351	<0,001	-,380	<0,001
Sosyal Fonksiyon Puanı	-,325	<0,001	-,292	0,001

Ağrı Puanı	-,459	<0,001	-,286	0,002
Vitalite Puanı	-,493	<0,001	-,553	<0,001
Mental Sağlık Puanı	-,580	<0,001	-,583	<0,001
Genel Sağlık Puanı	-,516	<0,001	-,452	<0,001

* Pearson korelasyon testi r ve p değeri

Tablo 10'da hastaların HAD anksiyete ve depresyon puanları ile SF-36 puanları arasındaki korelasyon ilişkileri gsterilmiştir. Elde edilen bulgulara bakıldığında SF-36 olçeğinin tüm puanları ile HAD olçeğinin anksiyete ve depresyon puanları arasında negatif ve anlamlı korelasyonlar bulunmuştur, $p < 0,05$. Bu sonuca göre hastaların yaşam kalitesi olçeği puanları arttığında anksiyete ve depresyon düzeylerinin azaldığı sylenebilir.

Tablo 11. Hastaların Tuz Alımlarına Göre Kan Basıncı Kontrolü Durumlarının Karşılaştırılması

Tuz kısıtlaması durumu	Kan Basıncı Kontrolü Var		Kan Basıncı Kontrolü Yok		p
	n	%	n	%	
Tuz kısıtlaması var	23	79,3	6	20,7	0,789
Tuz kısıtlaması yok	70	76,9	21	23,1	
Toplam	93	77,5	27	22,5	

* Ki-kare testi kullanıldı

Tablo 11'de hastaların tuz alımları ile kan basıncı kontrolü durumlarının karşılaştırılması sunulmaktadır. Tuz kısıtlaması olan hastaların %79,3'ünde kan basıncı kontrolü sağlanırken, %20,7'sinde kan basıncı kontrolü sağlanamamıştır. Tuz kısıtlaması olmayan hastaların ise %76,9'unda kan basıncı kontrolü sağlanırken, %23,1'inde kan basıncı kontrolü sağlanamamıştır. Ki-kare testi sonuçlarına göre, kan basıncı kontrolü ile tuz alımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,789$).

Tablo 12. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü Durumlarına Göre Kan Basınçlarının Karşılaştırılması

	Kan basıncı kontrolü	n	Ort.	SS	p
Sistolik	Var	93	122,23	8,14	<0,001
	Yok	27	149,07	10,47	

Diastolik	Var	93	75,40	8,02	<0,001
	Yok	27	84,48	11,15	

* Bağımsız örneklem t-testi kullanıldı

Tablo 12'de hastaların kan basıncı kontrolü durumlarına göre kan basınçları karşılaştırılması sunulmaktadır. Kan basıncı kontrolü bulunan hastaların sistolik kan basıncı ortalaması $122,23 \pm 8,14$ olarak bulunurken, kan basıncı kontrolü bulunmayan hastaların sistolik kan basıncı ortalaması $149,07 \pm 10,47$ olarak bulunmuştur. Ayrıca kan basıncı kontrolü bulunan hastaların diastolik kan basıncı ortalaması $75,40 \pm 8,02$ olarak bulunurken, kan basıncı kontrolü bulunmayan hastaların diastolik kan basıncı ortalaması $84,48 \pm 11,15$ olarak bulunmuştur. Bağımsız örneklem t-testi sonuçlarına göre, kan basıncı kontrolü bulunan hastaların sistolik ve diastolik kan basınçlarının kan basıncı kontrolü bulunmayan hastalara kıyasla anlamlı bir şekilde düşük olduğu görülmüştür ($p < 0,001$).

Tablo 13. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre Anksiyete ve Depresyon Karşılaştırılması

	Kontrol	n	Ort.	SS	p
Anksiyete	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması var	23	9,13	4,83	0,732
	Kan basıncı kontrolü var, tuz kısıtlaması yok	70	7,90	4,62	
	Kan basıncı kontrolü yok ve tuz kısıtlaması var	6	8,67	4,27	
	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması yok	21	8,38	4,58	
Depresyon	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması var	23	7,35	4,90	0,030
	Kan basıncı kontrolü var, tuz kısıtlaması yok	70	5,70	3,80	
	Kan basıncı kontrolü yok ve tuz kısıtlaması var	6	10,50	3,56	
	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması yok	21	6,57	4,27	

* Tek yönlü varyans analizi kullanıldı

Tablo 13'te hastaların kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlamasına uyma durumlarına göre anksiyete ve depresyon düzeyleri karşılaştırılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hastaların kan basıncı ve tuz kontrolü durumlarına göre anksiyete düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,732$). Öte yandan hastaların kan basıncı ve tuz kontrolü durumlarına göre depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p=0,030$). Bu anlamlı farklılığı incelemek için yapılan Post-hoc analizine göre kan basıncı kontrolü olmayan ancak tuz kısıtlamasına uyan hastalardaki depresyon düzeyi, kan basıncı kontrolü olan ancak tuz kısıtlamasına uymayan hastalara kıyasla anlamlı bir şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 14. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Fiziksel Fonksiyon Puanının Karşılaştırılması

	Kontrol	n	Ort.	SS	p
Fiziksel Fonksiyon Puanı	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması var	23	63,48	28,42	0,628
	Kan basıncı kontrolü var, tuz kısıtlaması yok	70	71,07	24,89	
	Kan basıncı kontrolü yok ve tuz kısıtlaması var	6	65,83	27,82	
	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması yok	21	71,43	25,45	

* Tek yönlü varyans analizi kullanıldı

Tablo 14'te hastaların kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlamasına uyma durumlarına göre SF-36 ölçeğinin fiziksel fonksiyon puanı karşılaştırılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hastaların kan basıncı ve tuz kontrolü durumlarına göre fiziksel fonksiyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,628$).

Tablo 15. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Rol Güçlüğü Fiziksel Puanının Karşılaştırılması

	Kontrol	n	Ort.	SS	p
Rol Güçlüğü	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması var	23	40,22	42,47	,581

Fiziksel Puanı	Kan basıncı kontrolü var, tuz kısıtlaması yok	70	50,00	43,20	
	Kan basıncı kontrolü yok ve tuz kısıtlaması var	6	29,17	45,87	
	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması yok	21	48,81	42,92	

* Tek yönlü varyans analizi kullanıldı

Tablo 15'te hastaların kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlamasına uyma durumlarına göre SF-36 ölçeğinin rol güçlüğü fiziksel puanı karşılaştırılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hastaların kan basıncı ve tuz kontrolü durumlarına göre rol güçlüğü fiziksel puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,581$).

Tablo 16. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Rol Güçlüğü Emosyonel Puanının Karşılaştırılması

	Kontrol	n	Ort.	SS	p
Rol Güçlüğü Emosyonel Puanı	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması var	23	42,03	47,37	0,747
	Kan basıncı kontrolü var, tuz kısıtlaması yok	70	48,10	46,33	
	Kan basıncı kontrolü yok ve tuz kısıtlaması var	6	33,33	42,16	
	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması yok	21	38,10	47,48	

* Tek yönlü varyans analizi kullanıldı

Tablo 16'da hastaların kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlamasına uyma durumlarına göre SF-36 ölçeğinin rol güçlüğü emosyonel puanı karşılaştırılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hastaların kan basıncı ve tuz kontrolü durumlarına göre rol güçlüğü emosyonel puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,747$).

Tablo 17. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Sosyal Fonksiyon Puanının Karşılaştırılması

	Kontrol	n	Ort.	SS	p
Sosyal Fonksiyon Puanı	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması var	23	71,20	22,12	0,900
	Kan basıncı kontrolü var, tuz kısıtlaması yok	70	66,61	28,53	
	Kan basıncı kontrolü yok ve tuz kısıtlaması var	6	64,58	38,26	
	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması yok	21	69,05	29,21	

* Tek yönlü varyans analizi kullanıldı

Tablo 17’de hastaların kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlamasına uyma durumlarına göre SF-36 ölçeğinin sosyal fonksiyon puanı karşılaştırılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hastaların kan basıncı ve tuz kontrolü durumlarına göre sosyal fonksiyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p=0,900).

Tablo 18. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Ağrı Puanının Karşılaştırılması

	Kontrol	n	Ort.	SS	p
Ağrı Puanı	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması var	23	48,96	27,55	0,552
	Kan basıncı kontrolü var, tuz kısıtlaması yok	70	57,87	27,91	
	Kan basıncı kontrolü yok ve tuz kısıtlaması var	6	48,17	34,59	
	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması yok	21	56,05	29,39	

* Tek yönlü varyans analizi kullanıldı

Tablo 18’de hastaların kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlamasına uyma durumlarına göre SF-36 ölçeğinin ağrı puanı karşılaştırılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hastaların kan basıncı ve tuz kontrolü

durumlarına göre ağrı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p=0,552).

Tablo 19. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Vitalite Puanının Karşılaştırılması

	Kontrol	n	Ort.	SS	p
Vitalite Puanı	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması var	23	51,52	24,42	0,145
	Kan basıncı kontrolü var, tuz kısıtlaması yok	70	49,79	22,69	
	Kan basıncı kontrolü yok ve tuz kısıtlaması var	6	28,33	6,83	
	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması yok	21	52,62	26,72	

* Tek yönlü varyans analizi kullanıldı

Tablo 19’da hastaların kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlamasına uyma durumlarına göre SF-36 ölçeğinin vitalite puanı karşılaştırılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hastaların kan basıncı ve tuz kontrolü durumlarına göre vitalite düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür (p=0,145).

Tablo 20. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Mental Sağlık Puanının Karşılaştırılması

	Kontrol	n	Ort.	SS	p
Mental Sağlık Puanı	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması var	23	60,52	17,74	0,628
	Kan basıncı kontrolü var, tuz kısıtlaması yok	70	60,06	20,33	
	Kan basıncı kontrolü yok ve tuz kısıtlaması var	6	52,00	16,00	
	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması yok	21	55,62	19,39	

* Tek yönlü varyans analizi kullanıldı

Tablo 20’de hastaların kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlamasına uyma durumlarına göre SF-36 ölçeğinin mental sağlık puanı karşılaştırılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hastaların kan basıncı ve tuz kontrolü durumlarına göre mental sağlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,628$).

Tablo 21. Hastaların Kan Basıncı Kontrolü ve Tuz Kısıtlaması Durumlarına Göre SF-36 Genel Sağlık Puanının Karşılaştırılması

	Kontrol	n	Ort.	SS	p
Genel Sağlık Puanı	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması var	23	48,35	23,60	0,719
	Kan basıncı kontrolü var, tuz kısıtlaması yok	70	50,86	20,79	
	Kan basıncı kontrolü yok ve tuz kısıtlaması var	6	47,33	21,93	
	Kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlaması yok	21	55,14	19,61	

* Tek yönlü varyans analizi kullanıldı

Tablo 21’de hastaların kan basıncı kontrolü ve tuz kısıtlamasına uyma durumlarına göre SF-36 ölçeğinin genel sağlık puanı karşılaştırılmıştır. Yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, hastaların kan basıncı ve tuz kontrolü durumlarına göre genel sağlık düzeylerinde anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($p=0,719$).

V. TARTIŞMA

Bu çalışma, esansiyel hipertansiyonu olan hastalarda tuz uyumu ile kan basıncı kontrolünün, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi parametreleri üzerindeki potansiyel etkilerini incelemiştir. Bulgularımız katılımcıların yaş ortalamasının ileri düzeyde seyrettiğini ve kadın oranının %55 olduğunu ortaya koyarak, hipertansiyonun özellikle belirli yaş ve cinsiyet gruplarında daha yoğun izlenebileceğini düşündürmektedir. Tokem ve ark. (68) tarafından yapılan çalışmada hipertansif bireylerin yaş ortalaması 59 bulunmuştur. Literatürdeki birçok araştırmada hipertansif bireylerin yaş ortalamasının 50-60 arasında olduğu ve kadın cinsiyet ağırlıklı olduğu bildirilmektedir (69; 70; 71; 72).

Mesleki dağılımda emeklilerin önde gelmesi, yaş grubunun yüksek olmasıyla uyum göstermektedir. Gökçeimam ve ark.'ın (73) çalışmasında hipertansif bireylerden emeklilerin oranı %35,3 bulunmuştur. Eğitim düzeyindeki düşük oranlar (özellikle okuryazarlık sorunu) ise hastalık farkındalığı ve tedavi uyumu bakımından destek gereksinimini işaret etmektedir. Arpacı ve ark. (74) tarafından yapılan araştırmada hipertansiyon farkındalığı ve kan basıncı kontrolünün eğitim düzeyi düşük bireylerde düşük olduğu saptanmıştır. Akan ve ark.'ın (75) çalışmasında eğitim düzeyi yüksek olanların bilgi düzeylerinin daha fazla olduğu ortaya konulmuştur.

Tuz tüketim alışkanlıklarına ilişkin sonuçlarda, "tat bakmadan tuz ekleme" davranışının %22,5 oranında görülmesi, beslenme farkındalığının önemli bir konu olduğuna dikkat çekmektedir. Bununla birlikte tuz kısıtlaması uygulanıp uygulanmamasının kan basıncı kontrolünde istatistiksel bir ayırım yaratmaması, tuz faktörünün tek başına yeterli belirleyici olmadığını, yaşam tarzı ve tıbbi tedavi dahil bir bütüncül yönetimin önemini göstermektedir. Işıklıgil (76) araştırmasında hipertansif bireylerde yemeklerine tadına bakmadan tuz ekleme oranını %7,1 bulmuştur. Gündoğdu ve ark. (77) tarafından kardiyovasküler hastalıkların değerlendirildiği araştırmada bireylerin %33,8'inin yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme davranışı olduğu

bildirilmiştir. Hipertansif olan ve olmayan bireylerin karşılaştırıldığı bir araştırmada hipertansif bireylerin tadına bakmadan tuz ekleme davranışı oranı %23,6 bulunurken hipertansif olmayan bireylerde bu oran %32,4 tespit edilmiştir (78). Bu davranışa ilişkin oran pek çok araştırmada farklılık göstermekte olup bizim hasta grubumuzda da beklenenden yüksektir.

Böbrek fonksiyon testleri genel olarak normal sınırlarda olmasına karşın, orta-ileri yaş popülasyonunda kardiyovasküler risk artışı göz önüne alındığında, düzenli takibin kritik olduğu vurgulanmalıdır. Psikolojik değerlendirmede, HAD ölçeğinde anksiyete ve depresyonun belirli bir düzeyde devam ettiği gözlenmiş, SF-36 ile yapılan yaşam kalitesi ölçümlerinde psikososyal faktörlerin önemini destekleyen negatif korelasyonlar saptanmıştır. Özellikle kan basıncı kontrolü olmayan hastalarda depresif belirtilerin daha yüksek olması, tedavi süreçlerine psikolojik desteğin de dahil edilmesinin değerini vurgulamaktadır.

Hipertansiyon ve eşlik eden risk faktörlerinin değerlendirilmesinde, elde ettiğimiz bulgular böbrek fonksiyon testlerinin genel olarak normal sınırlar içinde olmasına rağmen, ileri yaş grubunda kardiyovasküler risk artışına dikkat çekmektedir. Bu nedenle, özellikle orta-ileri yaş popülasyonunda düzenli takibin önemi vurgulanmalı ve hem metabolik hem de psikososyal parametreler yakından izlenmelidir. Kardiyovasküler risk değerlendirmesinin yalnızca biyokimyasal testlerle sınırlı kalmayıp, psiko-sosyal faktörleri de içerecek biçimde genişletilmesi, uzun dönem tedavi başarısı açısından önemli görünmektedir.

Psikolojik değerlendirmede Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçekleriyle, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirli bir seviyede devam ettiği saptanmıştır. Çalışmamızda, SF-36 aracılığıyla ölçülen yaşam kalitesiyle depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında negatif yönde korelasyonlar bulunması, hipertansiyon yönetiminde psikososyal faktörlerin göz ardı edilmemesi gerektiğini göstermektedir. Literatürde de hipertansif hastalarda anksiyete ve depresyon oranlarının yüksek olduğu rapor edilmektedir (79). Özellikle Hong Kong'da yapılan bir çalışmada HAD anksiyete alt ölçeği için

5,51±0,41, depresyon alt ölçeği için 5,56±0,39 puan bulunması (80), bizim bulgularımızla benzer şekilde hipertansif hastalarda ruhsal semptomların dikkate değer olduğunu göstermektedir. Nitekim GATA İç Hastalıkları polikliniğindeki başka bir çalışmada da %38,5 oranında orta şiddette anksiyete saptanması (81), bu hasta grubunun psikolojik desteğe ihtiyaç duyabileceğini düşündürmektedir.

Öte yandan, kan basıncı kontrolünün sağlanamadığı olgularda depresif belirtilerin daha yüksek bulunması, tedaviye farmakolojik müdahalelerin yanı sıra psikososyal destek stratejilerinin de eklenmesini gerekli kılmaktadır. Nitekim antihipertansif ilaç tedavisine uyumun düşüklüğü ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki kuran araştırmalar bu bulgularımızı destekler niteliktedir (82). Ancak, bazı çalışmalarda depresyon ve antihipertansif tedavi uyumsuzluğu arasında ilişki saptanamaması (83), bu konunun ülke, popülasyon ve sağlık sistemi farklılıklarına bağlı olarak değişebileceğini göstermektedir. Yine de çalışmamızdaki hipertansif hastalarda ilaca uyumsuzluğun arttığı durumlarda anksiyete ve depresyonun da yüksek saptanması, ruhsal durumun tedaviye katılımı doğrudan etkilediğini düşündürmektedir.

Yaşın ileri oluşu, kadın cinsiyet, düşük eğitim seviyesi ve düşük gelir düzeyi gibi sosyodemografik etkenler de hem anksiyete hem depresyon oranlarını yükseltmektedir (84). Bu durum, özellikle hipertansif hastaların takip ve tedavilerinde, risk faktörlerinin bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Hollanda'da birinci basamakta yapılan bir çalışmada anksiyete ve depresyon sıklığının %5,0 olarak saptanması (85), hasta özelliklerindeki farklılıkların sonuçlar üzerinde belirleyici olduğunu göstermektedir. Yine de ülkemizde farklı merkezlerde yapılan araştırmalar, hipertansiyon varlığının anksiyete ve depresyon gelişiminde önemli bir faktör olabileceğini işaret etmektedir (80; 84). Özellikle yüksek yaş ortalaması, kadın hasta oranının fazlalığı ve düşük eğitim düzeyi gibi etmenler depresyon ve anksiyete semptomlarının görülme sıklığını artırmaktadır (86).

Kan basıncı kontrolü sağlanan olgularda sistolik ve diastolik değerlerin anlamlı ölçüde düşük olması, tedavi hedeflerine ulaşıldığında organ korumasının ve komplikasyonları önlemenin mümkün olduğuna işaret etmektedir. Hipertansiyon teşhis ve tedavisinde kan basıncı kontrolünün temel faktör olduğu belirtilmektedir (34; 35). Bu bulgumuz antihipertansif ilaç tedavisi kadar yaşam tarzı düzenlemelerinin (düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme, tuz kısıtlaması vb.) rolünü de ortaya koymaktadır. Hipertansiyonun uzun dönemli bir yönetim gerektirdiği düşünüldüğünde, bu bulgu klinik pratikte hasta eğitimi artırma ve izlem sıklığını planlama açısından önem taşımaktadır.

Anksiyete düzeylerinde kan basıncı kontrolü ya da tuz kısıtlamasına bağlı anlamlı bir fark saptanmaması, psikolojik durumun hipertansiyon yönetimiyle doğrudan bağlantılı olmadığını düşündürebilir. Ancak literatürde, ruhsal sıkıntılarının dolaylı olarak tedaviye uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğine dair veriler de mevcuttur (87). Bir araştırmada hipertansiyon ve anksiyete arasındaki ilişki araştırılmış, anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir. Ancak panik bozukluk oldukça yüksek bulunmuştur (88). Dolayısıyla, anksiyete seviyesi yüksek olan bireylerin ilaçlarını düzenli almayı ihmal edebilecekleri veya yaşam tarzı değişikliklerini benimsemekte zorlanabilecekleri olasılığını göz ardı etmemek gerekmektedir.

Depresyon oranının, özellikle kan basıncı kontrolü olmayan fakat tuz kısıtlamasına uyan grupta daha yüksek seyretmesi, ruhsal durumun salt diyetle veya farmakolojik tedaviyle düzelmeyebileceğini göstermektedir. Olumsuz ruh hali hem tedavi sürecine uyumu hem de bireyin genel sağlık algısını düşürebilmekte; bu da hipertansiyonun kontrolünü güçleştirmektedir. Dolayısıyla, ilaç tedavisinin yanı sıra psikososyal destek programları, hasta eğitimi ve motivasyon artırıcı yaklaşımlar bu grupta öncelikli hale gelmektedir. Bizim araştırmamıza kısmen benzer şekilde Işıklıgil'in (76) araştırmasında kan basıncı veya tuz alımına göre depresyon düzeyinde farklılık saptanmamıştır.

SF-36 ile ölçülen yaşam kalitesi alt boyutlarının genel olarak orta düzeyde olması ve "kan basıncı kontrolü" ile "tuz kısıtlaması" faktörlerine göre anlamlı bir farklılık göstermemesi, hipertansiyonun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin

her zaman keskin bir çizgiyle ayrılmadığını düşündürmektedir. Ancak, anksiyete ve depresyon puanlarının yükseldiği durumlarda SF-36 alt boyutlarında düşüş gözlemlenmesi, ruhsal durumun yaşam kalitesini belirlemede önemli bir ara değişken olabileceğini vurgulamaktadır.

Böbrek fonksiyon testleri normal sınırlar içinde seyreden hipertansif bireylerde dahi kardiyovasküler risk artışı ve psikososyal faktörlerin etkisi göz önünde bulundurulmalıdır. Elde ettiğimiz bulgular, ilaç uyumunun yanı sıra düzenli psikolojik değerlendirme ve müdahalelerin de tedavi programına dahil edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Yaşam kalitesi ölçümlerinin olumsuz etkilenmesi, anksiyete ve depresyonun varlığıyla ilişkilendirilebileceği için, HT takibinde çok yönlü bir yaklaşım benimsenmesi önem taşımaktadır. Özellikle kan basıncı kontrolü yetersiz olan hastalarda psikolojik desteğin erken dönemde sunulması hem ruhsal iyilik halini güçlendirebilir hem de uzun vadede kardiyovasküler sonuçları olumlu yönde etkileyebilir.

Araştırmamızda esansiyel hipertansiyon yönetiminde yalnızca ilaç tedavisi ve diyetel önlemlere odaklanmak yerine, hasta yaş grubu, eğitim düzeyi, psikososyal durum ve yaşam kalitesi gibi faktörlerin dikkate alınması gerektiği ortaya konmuştur. Farklı demografik özelliklere sahip daha geniş popülasyonlarda yürütülecek ileri düzey araştırmalar, tuz uyumu ve kan basıncı kontrolünün anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini daha kapsamlı biçimde aydınlatılabilir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Araştırmada 120 katılımcı değerlendirilmiştir. Yaş ortalaması $57,93 \pm 13,27$ yıl (28-88 yaş) olup, katılımcıların %55'i kadın, %45'i erkektir. Mesleki durum dağılımında emekliler (%34,2) başı çekmekte, bunu işsiz/öğrenci (%27,5), işçi (%16,7), serbest meslek (%15) ve memur (%6,7) grupları izlemektedir. Eğitim düzeyinde katılımcıların yarısı ilkokul mezunu, %10'u ise okuma-yazma bilmemektedir.
- Katılımcıların %25'i halen sigara içmekte, %31,7'si bırakmış ve %43,3'ü hiç içmemiştir. Tuz tüketimi alışkanlıkları incelendiğinde, katılımcıların %22,5'inin "yemeğin tadına bakmadan tuz ekleme" alışkanlığı olduğu, %6,7'sinin ise "çok tuzlu beslenme" alışkanlığına sahip olduğu belirlenmiştir.
- Böbrek fonksiyon testlerinde (üre $29,71 \pm 8,63$ mg/dL, kreatinin $0,76 \pm 0,16$ mg/dL, GFR $93,82 \pm 17,20$ mL/dk/1,73 m²) önemli bir patoloji saptanmamıştır. Hemoglobin ($13,67 \pm 1,68$ g/dL), WBC ($8,55 \pm 2,40 \times 10^3/\mu\text{L}$) ve trombosit ($260,74 \pm 83,88 \times 10^3/\mu\text{L}$) değerleri de yaş grubuyla uyumlu şekilde normal sınırlar içinde bulunmuştur.
- Hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ile değerlendirilmiştir. Anksiyete ortalaması $8,25 \pm 4,60$ (anksiyöz oran %39,2), depresyon ortalaması ise $8,25 \pm 4,60$ (depresif oran %48,3) olarak belirlenmiştir. Depresyon oranının dikkate değer düzeyde olduğu görülmüştür.
- Kan basıncı kontrol durumu incelendiğinde, kan basıncı kontrolü olan hastalarda sistolik ortalama $122,23 \pm 8,14$ mmHg ve diastolik ortalama $75,40 \pm 8,02$ mmHg ölçülmüştür. Kan basıncı kontrolü olmayan hastalarda bu değerler sırasıyla $149,07 \pm 10,47$ mmHg (sistolik) ve $84,48 \pm 11,15$ mmHg (diastolik) olarak belirlenmiştir. Kan basıncı kontrolü olanların değerleri, kontrolü olmayanlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşüktür ($p < 0,001$).

- Anksiyete düzeylerinin, “kan basıncı kontrolü” ve “tuz kısıtlaması” durumlarına göre incelenmesinde anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bununla birlikte, depresyon düzeylerinde anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Kan basıncı kontrolü olmayan ancak tuz kısıtlaması yapan hastaların, kontrolü olan fakat tuz kısıtlaması yapmayan hastalara göre daha yüksek depresyon puanına sahip olduğu belirlenmiştir.
- Yaşam kalitesi değerlendirmesinde SF-36 alt boyutları (fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü fiziksel, rol güçlüğü emosyonel, sosyal fonksiyon, ağrı, vitalite, mental sağlık ve genel sağlık) incelenmiş; genel olarak orta düzey sonuçlar elde edilmiştir. Ancak “kan basıncı kontrolü” ve “tuz kısıtlaması” etkenlerine göre SF-36 alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). HADÖ puanlarıyla (anksiyete ve depresyon) SF-36 arasındaki negatif korelasyon, psikolojik sorunlar arttıkça yaşam kalitesi puanlarının düştüğünü göstermektedir.
- Kan basıncı kontrolü olanlarla olmayanlar arasında anksiyete düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, kontrolü olmayan grupta depresif bulguların biraz daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Tuz kısıtlamasına uyum ile kan basıncı kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmaması, hipertansiyon yönetiminde tek bir faktörün değil, çoklu etkenlerin rol oynadığını düşündürmektedir.

Araştırma sonuçları kapsamında aşağıdaki öneriler sunulmaktadır:

1. Hastaların tuz tüketimine dair bilgilendirici eğitim programları düzenlenerek, “tadına bakmadan tuz ekleme” alışkanlığının azaltılması hedeflenmelidir. Bu sayede, hipertansiyon kontrolünün sağlanması daha kolay hale gelebilir.
2. HADÖ sonuçlarının gösterdiği anksiyete ve depresyon oranları dikkate alınarak, hipertansiyon yönetiminde psikolojik destek ve danışmanlık hizmetlerinin de rutin pratiğe entegre edilmesi önerilmektedir.

3. SF-36 gibi evrensel geçerliliği olan ölçeklerin, yalnızca araştırma ortamında değil, klinik takiplerde de düzenli olarak uygulanması, hastaların genel sağlık durumunun yanı sıra yaşam kalitesi eğilimlerini de izlemeye imkân verecektir.

4. Tuz uyumu, anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi ayrıntılı inceleyen çok merkezli ve daha uzun takip süreli (ör. 6-12 ay) prospektif tasarımlar, bu alandaki bilgi birikimini artıracaktır.



VII. EKLER

Ek 1. SF-36

SF-36 (Short Form 36)

Adınız Soyadınız: _____

Hasta # _____

Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Her hangi bir sorunun yanıtı hakkında emin değilseniz bile size en uygun yanıtı verin. Ayrıca 10 uncu sorudan sonraki boşluğa yorumlarınızı yazabilirsiniz.

1-Genel sağlık durumunuz hakkında aşağıdaki tanımlardan hangisi doğrudur? Lütfen tek bir yanıt veriniz.

Mükemmel

Çok iyi

İyi

Orta (fena değil)

Kötü

2-Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığımızda genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl öncesinden çok daha iyi

Bir yıl öncesinden biraz iyi

Hemen hemen aynı

Bir yıl öncesinden biraz daha kötü

Bir yıl öncesinden çok daha kötü

SAĞLIK VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3-Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir.

Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
a)Zorlu aktiviteler; örneğin koşma, ağır eşyaları kaldırma, zor sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Orta derecede aktiviteler; örneğin bir masayı kaldırma, elektrikli süpürgeyi itme, hafif sporlara katılma vb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Ağır kaldırma ve yük taşıma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Çok sayıda merdiven basamağını çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Tek bir merdiven basamağını çıkma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Öne eğime, çömelme veya diz çökme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)İki kilometreden çok yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Bir kilometre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)100 metre yürüme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Kendi başına banyo yapma ve giyinme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Çalışma veya diğer yaptığınız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (aşırı efor gösterdiniz mi?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5-Son 4 hafta içinde çalışma sırasında veya günlük aktiviteleriniz sırasında duygusal sorunlar nedeniyle (depresyon veya sıkıntı gibi nedenlerle) aşağıdaki problemlerden herhangi birini yaşadınız mı?

Her bir soruya evet veya hayır yanıtı verin.

	Evet	Hayır
a)Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Arzu ettiğinizden daha az şey mi yaptınız?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Çalışma veya diğer aktivitelerinizi her zamanki gibi dikkatlice yapabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6-Son 4 hafta içinde fizik sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sizin ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla olan sosyal ilişkilerinizi ne ölçüde etkiledi?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi
- Çok az
- Orta derecede
- Epeyce
- Çok fazla

7-Son 4 hafta içinde ne kadar ağrınız oldu?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç olmadı
Çok az
Az
Orta derecede
Çok
Pek çok

8-Son 4 hafta içinde ağrınız sizin normal çalışmanızı ne kadar etkiledi (hem ev dışında, hem de ev işi olarak)?

Lütfen tek bir yanıt veriniz.

- Hiç etkilemedi
Biraz etkiledi
Orta derecede etkiledi
Epey etkiledi
Çok etkiledi

GENEL SAĞLIK

9-Aşağıdaki cümlelerin sizin için ne kadar doğru veya yanlış olduğunu belirtiniz.

Her bir soruya tek bir yanıt veriniz.

	Kesinlikle doğru	Çoğunluk la doğru	Emin değilim	Çoğunluk la yanlış	Kesinlikle yanlış
a)Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Sağlığım mükemmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DUYGULARINIZ

10-Aşağıdaki sorular duygularınızı ve son bir ay içinde nasıl olduğunuzu anlamak için düzenlenmiştir. Her bir soru için lütfen size en uygun tek bir yanıtı işaretleyin.

	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiç bir zaman
a)Kendinizi yaşam dolu olarak mı hissediyorsunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)Çok sinirli biri mi oldunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)Kendinizi lağım çukuruna düşmüş gibi hissettiğiniz ve hiçbir şeyin moralinizi düzeltmeyeceğini düşündüğünüz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)Kendinizi sakin ve barışçı hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)Çok enerjik oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)Kendinizi yıpranmış hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)Mutlu bir insan oldunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)Yorgunluk hissettiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)Sağlığınız sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı? (arkadaşları veya yakın akrabaları ziyaret etmek gibi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yorum:

Ek 2. HAD Ölçeği

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacaktı gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendiriyor
- Hayır, hiç de öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebilirim
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

VIII. KAYNAKLAR

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, 2022.
2. Güven Çetin Z, Çiçekçioğlu H. ESH 2023 Hipertansiyon tanımı ve sınıflaması. HT Bülteni 2024;12:1-7.
3. Williams B, Mancia G, Spiering W et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the ESC and the ESH. European Heart Journal. 2018;39(33):3021-104.
4. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. Journal of Hypertension. 2016 ;34(6):1208-17.
5. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community. Journal of clinical hypertension. 2014;16(1):14-26.
6. Bell K, Twiggs J, Olin BR, Date IR. Hypertension: the silent killer: updated JNC-8 guideline recommendations. Alabama Pharm Assoc. 2015;334:4222.
7. Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 2014:49–72.
8. Staessen JA, Wang J, Bianchi G, Birkenhäger WH. Essential hypertension. The Lancet. 10 Mayıs 2003;361(9369):1629-41.
9. Chobanian A V., Bakris GL, Black HR, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003 Dec;42(6):1206–52.
10. Aydogdu S, Güler K, Bayram F, et al. 2019 Turkish hypertension consensus report. Turk Kardiyol Dern Ars. 2019;47(6):535-46.
11. Li Z, Li Y, Chen L, et al. Prevalence of depression in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2015;94(31):e1317.

12. Tsartsalis D, Dragioti E, Kontoangelos K, et al. The impact of depression and cardiophobia on quality of life in patients with essential hypertension. *Psychiatriki*. 2016;27(3):192-203.
13. Akbay Pırıldar Ş. Diyabette Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları. *Dahiliye ve Psikiyatri*, İstanbul: Okuyan Us Yayınları, 2003;(5):7-44.
14. Ushakov AV, Ivanchenko VS, Gagarina AA. Psychological Stress in Pathogenesis of Essential Hypertension. *Curr Hypertens Rev*. 2016;12(3):203-14.
15. Markou A, Sertedaki A, Kaltsas G, et al. Stress-induced aldosterone hypersecretion in a substantial subset of patients with essential hypertension. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(8):2857-64.
16. Davern PJ, Head GA. Fos-related antigen immunoreactivity after acute and chronic angiotensin II-induced hypertension in the rabbit brain. *Hypertension*. 2007;49(5):1170-7.
17. Kuyken W, Orley J, Power M, et al. The World Health Organization quality-of-life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
18. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technol Assess*. 1998;2(14):1-74.
19. Cimilli C. Depresyonda Sosyal ve Kültürel Etmenler. *Duygudurum Dizisi*. 2001;4:157-68.
20. Özdel L, Bostancı M, Oğuzhanoğlu K. Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Sosyodemografik Özelliklerle İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002;3:155-61.
21. Pınar E, Tel H. Depresyon Tanılı Birey ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2012;3(2):86-91.
22. Aydemir Ö. Atipik Depresyon. *Klinik Psikiyatri*. 2004;Ek 2:49-53.
23. Vardar E, Erzen M. Ergenlerde Yeme Bozukluklarının Yaygınlığı ve Psikiyatrik Eş Tanıları İki Aşamalı Toplum Merkezli Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2011;22(4):205-12.

24. Ören N, Gençdoğan B. Lise Öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2007;15(1).
25. Koçak R. Üniversite Öğrencilerinde Aleksitimi ve Yalnızlığın Bazı Değişkenler Açısından Karşılaştırılması ve Aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 2003;2(19):15-24.
26. Güleç C. Psikiyatri'nin Abc'si. 2. Baskı. İstanbul: Say Yayınevi; 2009.
27. Sümer A. Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi; 2008.
28. Köknel Ö. Ruhsal Çöküntü: Depresyon. 6. Baskı. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi; 2005.
29. Tezel A. Postpartum Depresyon Riskli Kadınlarda Bakım ve Eğitimin Depresyon Belirti Düzeyine Etkisinin Karşılaştırılması [Doktora Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi; 2003.
30. Öztürk MO. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Yayınevi; 2004.
31. Klose M, Jacobi F. Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors. Arch Womens Ment Health. 2004;7(2):133-48.
32. Balcıoğlu İ. Depresyonun Etyopatogenezi. In: Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu. İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; 1999. p.19-28.
33. Kılıç C. Türkiye Ruh Sağlığı Profili. Ankara: Eksen Tanıtım Ltd; 1998.
34. Bolat N, Doğangün B, Yavuz M, ve ark. Doğuştan Tam Görme Engeli Olan Ergenlerin Depresyon Kaygı Düzeyleri ve Benlik Kavramı Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2011;22:77-82.
35. Altay B, Avcı İ. Samsun Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bazı Özellikleri ile Depresyon Riski Arasındaki İlişki. Turkish Journal of Geriatrics. 2009;12(3):147-55.
36. Arı M, Bez Y, Özen Ş, Özkan M. Öfke Kontrolünde Zorluk Yaşayan Bir Grup Üniversite Öğrencisinde Öfke Tepkileri ve Psikiyatrik Tanıların Cinsiyet Açısından İncelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010;21(4):319-30.

37. Karabekiroğlu A, Topçuoğlu J, Gönentür A. İlk Epizod Major Depresyon ve Yineleyici Major Depresyon Grupları Arasında Yönetici İşlev Farklılıkları. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010;21(4):280-8.
38. Kotan Z, Sarandöl A, Eker S, Akkaya C. Depresyon, Nöroplastite ve Nörotrofik Faktörler. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009;1:22-35.
39. Tan O. Depresyon. İstanbul: Timaş Yayınları; 2008.
40. Köroğlu E. Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir? Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
41. El-Belhi ZE. Mesalihu'l ebdan ve'l-enfüs. İstanbul: Türkiye Yazma Eserler Kurumu Başkanlığı Yayınları; 2012.
42. Gençtan E. Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışları. İstanbul: Metis Yayıncılık; 2013.
43. Bakırcıoğlu R. Ansiklopedik psikoloji sözlüğü. Ankara: Anı Yayıncılık; 2006.
44. Morgan TC. Psikolojiye giriş. Konya: Eğitim Kitabevi; 2009.
45. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1996.
46. Gall AL. Anksiyete ve Kaygı. Ankara: Dost Kitabevi; 2002.
47. Öner N, Le Compte A. Süreksiz durumluk / sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları; 1983.
48. Martens R. Competitive anxiety in sport. Champaign (IL): Human Kinetic Books; 1992.
49. Öztürk A. Sorumluluk tutumu ve aileden algılanan sosyal desteğin sosyal kaygıyı yordamadaki rolü. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2014;29(3):137-52.
50. Saban F. Zihinsel Engelli Kardeşi Olan ve Olmayan Benlik Saygısı ve Kaygı Durumlarının İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2010.
51. Tükel R, Alkın T. Anksiyete Bozuklukları. Ankara: Türkiye Psikiyatri Yayınları, Bilimsel Çalışma Dizisi No:4; 2006.
52. Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına genel bir bakış. In: İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. İstanbul; 2008. p.175-84.

53. Arslantaş D, Metintaş S, Ünsal A, Kalyoncu C. Eskişehir Mahmudiye ilçesi yaşlılarında yaşam kalitesi. Osmangazi Tıp Derg. 2006;28(2):81-9.
54. Pektekin Ç. Hemşirelik Bülteni. İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın Organı. 1994;31.
55. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2011;2(2):61.
56. Karon SL, Bernard S. Development of operational definitions of quality indicators for Medicaid services to people with developmental disabilities. Submitted to Centers for Medicare and Medicaid Services. 2002.
57. Bach CA, McDaniel RW. Quality of life in quadriplegic adults: A focus group study. Rehabil Nurs J. 1993;18(6):364-7.
58. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
59. Shaw C. A review of the psychosocial predictors of help-seeking behaviour and impact on quality of life in people with urinary incontinence. [Place unknown: publisher unknown]; 2001. p.15.
60. Testa M, Simonson D. Assessment of quality-of-life outcomes. N Engl J Med. 1996;334(13):835.
61. Oğan H. Sağlık Çalışanları İçin İşçi Sağlığı ve Güvenliği. Türk Tabipler Birliği. 2014;1(2):7-9.
62. Meydanlıoğlu A. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı ve Güvenliği. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2013;2(3):27-35.
63. Erkıral C. Hemşirelerin Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
64. Fındık ÜY, Erol Ö. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2011;27(3):62-3.
65. Erdem N, Ergüney S. Koroner Arter Hastalarında Yaşam Kalitesinin ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(3):7-12.

66. Mutlu A, Işık AK. Sağlık Ekonomisine Giriş. Bursa: Ekin Basım Yayın; 2005.
67. Reha F. Yaşam Kalitesi mi Yaşam Standardı mı? Köprü Dergisi. 2013;3(7):23-9.
68. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Derg. 2013;4(5):30-40.
69. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan M. Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki 35 Yaş Üstü Hipertansiflerde Tedavi-Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler. AÜ Tıp Fak Mecmuası. 2006;59:144-150.
70. Canzanello VJ, Jensen PL, Schwartz LL, et al. Improved Blood Pressure Control With a Physician-Nurse Team and Home Blood Pressure Measurement. Mayo Clin Proc. 2005;80(1):31-36.
71. Gögen S, Özdemir Y. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Hipertansif Hastaların Takibi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4(1):8-15.
72. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, et al. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens. 2005;23:1817-23.
73. Gökçeimam PŞ, Sünbül EA, Güçtekin T, Sünbül M. Hipertansiyon hastalarında bilinçli farkındalık düzeyinin ilaç uyumuna etkisi. Nam Kem Med J. 2022;10(2):212-8.
74. Arpacı M, Kardeşoğlu E et al. Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin karşılaştırılması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2008;7(4):333-8.
75. Akan DD, Çaydam ÖD, Pakyüz SÇ. Hipertansiyon tanısı olan hastalarda bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;23(2):241-9.
76. Işıklıgil İ. Kronik böbrek yetmezliği olan hipertansif hastalarda tuz alımıyla kan basıncı ilişkisinin yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2024.

77. Gündoğdu NA, Gündüz ES, Mert ZT. Kardiyovasküler hastalık risk faktörlerini ne kadar biliyoruz? Hastane Öncesi Dergisi. 2021;6(1):99-116.
78. Medeni V. Bir ilçedeki 15 yaş ve üzeri kişilerde sağlık davranışları ve ilişkili risk etmenleri. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2016.
79. Sargın M, Sargın H, Şengül AM, ve ark. Tip 2 diyabetli ve/veya hipertansif vakalarda ruhsal iyilik halini etkileyen faktörlerin incelenmesi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2001;12(2):72-5.
80. Cheung BMY, Au THY, Chan SY, et al. The relationship between hypertension and anxiety or depression in Hong Kong Chinese. Exp Clin Cardiol 2005;10(1):21-4.
81. Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, ve ark. Hipertansiyon hastalarında anksiyete bozukluğu. Konuralp Tıp Dergisi 2012;4(2):1-5.
82. Wang PS, Bohn RL, Knight E, et al. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors. J Gen Intern Med 2002;17(7):504-11.
83. Hashmi SK, Afridi MB, Abbas K, et al. Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. PLoS One 2007;2(3):e280.
84. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. Turk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul 2010;9(3)209-16.
85. Ringoir L, Pedersen SS, Widdershoven JWMG, Pop VJM. Prevalence of psychological distress in elderly hypertension patients in primary care. Neth Heart J. 2014;22:71-76.
86. Khuwaja AK, Lalani S, Dhanani R, et al. Anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes: A multi-centre study of prevalence and associated factors. Diabetol Metab Syndr 2010;2:72.
87. Mete, HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11(Ek 3):3-18.
88. Davies SJ, Ghahramani P, Jackson PR, et al. Panic disorder, anxiety and depression in resistant hypertension--a case-control study. Journal of Hypertension 1997;15(10):1077-1082.