



T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

HİPERTANSİYON HASTALARINDA
PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN
TANSİYON KONTROLÜ ÜZERİNDEKİ
ETKİSİ

Dr. Neslihan ÖZCAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Ekim 2023

İSTANBUL



T.C.

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYON HASTALARINDA
PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN
TANSİYON KONTROLÜ ÜZERİNDEKİ
ETKİSİ**

Dr. Neslihan ÖZCAN

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

Doç. Dr. Mehmet Emrah KARADERE

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Ekim 2023

İSTANBUL

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Profesör Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı (A.B.D.)’nda asistan hekim olan Dr. Neslihan ÖZCAN’ın hazırladığı ve jüri önünde savunduğu “**HİPERTANSİYON HASTALARINDA PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN TANSİYON KONTROLÜ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ**” başlıklı uzmanlık tezi başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Mehmet Emrah KARADERE

.....

(İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D.)

Üyeler

Prof. Dr. Mehmet SARGIN

.....

(İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Aile Hekimliği A.B.D.)

Doç. Dr. Hacer Hicran MUTLU

.....

(İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Aile Hekimliği A.B.D.)

Tez Savunma Tarihi: 10 /10 /2023

YAZAR BİLDİRİMİ

“HİPERTANSİYON HASTALARINDA PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN TANSİYON KONTROLÜ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ” isimli uzmanlık tezinde Dr. Neslihan ÖZCAN;

- Bu tezin kabulünden önce nerede ve ne kadarının yayınlandığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanları “Bilgilendirme” bölümünde eksiksiz olarak belirtmiştir.
- Bu tez ile ilgili çıkar çatışması olup olmadığını “Bilgilendirme” bölümünde belirtmiştir.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisinde alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Ekim/2023

Dr. Neslihan ÖZCAN

İmza:

BİLGİLENDİRME

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Herhangi bir firma desteği veya sponsorluğu ile kongreye katılmadım.
- Tezin hazırlanmasında katkısı olanlar; Doç. Dr. Mehmet Emrah KARADERE
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Neslihan ÖZCAN

TEŞEKKÜR

Tez sürecimin tüm aşamalarında her zaman yanımda olan ve desteklerini manevi olarak hissettiren kardeşlerim Uğurcan ÖZCAN, Aslıhan ÖZCAN YÖNER ve erkek arkadaşım Arınç HARMAN'a,

Beni yetiştiren, bugünlere gelmemi sağlayan, bana her zaman destek olan sevgili ebeveynlerime,

Uzmanlık eğitimimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen, özellikle tez sürecinde yol gösteren değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Mehmet Emrah KARADERE'ye,

Asistanlık sürecim boyunca eğitimime katkısı olan tüm hocalarıma,

Yine bu süreçte birlikte çalışma fırsatı bulduğum, kendimi evimde hissetmemi sağlayan, başta asistan arkadaşlarım olmak üzere tüm Göztepe ailesine,

Son olarak da asistanlık sürecimi birlikte keyifle geçirdiğim canım arkadaşlarım Elif Sultan ÖZTÜRK, Ceren TÜRKÖZKAN İBİŞ ve Hacer Nur REŞBER'e

Sonsuz teşekkürler.

Neslihan ÖZCAN

İÇİNDEKİLER

YAZAR BİLDİRİMİ	iii
BİLGİLENDİRME	iv
TEŞEKKÜR.....	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT.....	xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. HİPERTANSİYON	3
2.1.1. Hipertansiyon tanımı ve ölçümü	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Patofizyoloji	6
2.1.4. Klinik değerlendirme	7
2.1.5. Risk faktörleri	10
2.1.6. Komplikasyonlar	11
2.1.7. Tedavi.....	11
2.1.8. Kontrollü ve kontrolsüz hipertansiyon.....	13
2.1.9. Hipertansiyonda psikolojik etkenler	13
2.2. PSİKOLOJİK ESNEKLİK	14
2.2.1. Bileşenleri	15
2.2.2. Psikosomatik hastalıklarla psikolojik esneklik arasındaki ilişki.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER.....	20

3.2. VERİ ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	56
5.1.ÇALIŞMADAKİ KISITLILIKLAR.....	60
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
KAYNAKLAR	67

EKLER

EK 1. ETİK KURUL KARARI

EK 1-b. ETİK KURUL KARARINA İLİŞKİN DİLEKÇE

EK 2. ÇALIŞMA YAPMA İZİNİ

EK 3. BENZERLİK RAPORU

EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

EK 5. AAQ-2

EK 6. ÇBPPEE

EK 7. SF-36

EK 8. DASS-21

KISALTMALAR

AAQ-2	: Kabul ve eylem anketi
A.B.D.	: Ana Bilim Dalı
ACEİ	: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü
AKB	: Ambulatuvar kan basıncı
ARB	: Anjiyotensin 2 reseptör blokörü
A.S.M.	: Aile sağlığı merkezi
BB	: Beta blokör
BKİ	: Beden kitle indeksi
ÇBPEE	: Çok boyutlu psikolojik esneklik envanteri
DASS-21	: Depresyon, anksiyete, stres ölçeği
DM	: Diyabetes Mellitus
DKB	: Diyastolik kan basıncı
EKB	: Evde kan basıncı
GHQ 12	: Genel sağlık anketi
HbA1c	: Hemoglobin A1c
HT	: Hipertansiyon
JAS	: Jenkin'in aktivite anketi
KB	: Kan basıncı
KBY	: Kronik böbrek yetmezliği
KKB	: Kalsiyum kanal blokörü
KKT	: Kabul ve kararlılık terapisi
KVS	: Kardiyovasküler
MAACL	: Anksiyete, depresyon ve düşmanlık ölçen çoklu etki sıfat kontrol listesi
MONICA	: Kardiyovasküler hastalıklardaki belirleyicileri ve eğilimleri izleme
OGTT	: Oral glukoz tolerans testi
OK	: Oral kontraseptif
PCS	: Ağrı felaketlendirme ölçeği
RAAS	: Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi

SF-36	: Sağlık araştırması kısa form
SKB	: Sistolik kan basıncı
SRLE	: Güncel yaşamsal deneyimler kısa formu
STAI	: Durumluk sürekli kaygı envanteri
STAXI-2	: Durum ve sürekli öfke ifade envanteri 2
TEKHARF	: Türk erişkinlerinde kalp hastalıkları ve risk faktörleri
TEMĐ	: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
USPSTF	: Birleşmiş Milletler nleyici Hizmetler alışma Kolu



TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Ofis kan basıncı ölçüm sınıflandırması (20).	4
Tablo 2.2. Hipertansiyonda anamnez (5).....	8
Tablo 2.3. Sekonder HT işaretleri (2,3).....	8
Tablo 2.4. Hipertansiyonda laboratuvar testleri (2,20).....	9
Tablo 2.5. HT olası komplikasyonları (51).....	11
Tablo 2.6. HT'da yaşam tarzı değişiklikleri (2,20).....	12
Tablo 4.1. Katılımcıların yaşları.	22
Tablo 4.2. Çalışma gruplarına göre sosyo-demografik özellikler.	23
Tablo 4.3. Katılımcıların ilaç, alkol ve sigara kullanımları.	24
Tablo 4.4. Çalışmaya katılan hastaların A.S.M. tansiyon ölçümleri.	25
Tablo 4.5. Katılımcıların AAQ-2 skorları.	25
Tablo 4.6. Katılımcıların SF-36 ölçeği skorları.....	27
Tablo 4.7. Katılımcıların DASS-21 skorları.....	28
Tablo 4.8. Katılımcıların ÇBPPEE ölçeği skorları.	29
Tablo 4.9. Çalışma gruplarına göre A.S.M. tansiyon ölçümleri.....	30
Tablo 4.10. Çalışma gruplarına göre AAQ-2 skorları.	32
Tablo 4.11. Çalışma gruplarına göre SF-36 ölçeği skorları.....	32
Tablo 4.12. Çalışma gruplarına göre DASS-21 ölçeği skorları.....	33
Tablo 4.13. Çalışma gruplarına göre ÇBPPEE ölçeği skorları.	34
Tablo 4.14. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre AAQ-2 skorları.....	35
Tablo 4.15. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre SF-36 ölçeği skorları.	36
Tablo 4.16. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre DASS-21 ölçeği skorları.....	37
Tablo 4.17. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre ÇBPPEE ölçeği skorları.....	39
Tablo 4.18. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre AAQ-2 skorları.	40
Tablo 4.19. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre SF-36 ölçeği skorları.	41
Tablo 4.20. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre DASS-21 ölçeği skorları.....	42
Tablo 4.21. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre ÇBPPEE ölçeği skorları.....	42
Tablo 4.22. Kontrollü HT hastalarında KB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasındaki ilişki.	43
Tablo 4.23. Kontrollü HT hastalarında KB ortalamaları ile SF-36 ölçeği arasındaki ilişki.....	44
Tablo 4.24. Kontrollü HT hastalarında KB ortalamaları ile DASS-21 skorları arasındaki ilişki.	45

Tablo 4.25. Kontrollü HT hastalarında KB ortalamaları ile ÇBPPEE arasındaki ilişki.	46
Tablo 4.26. Kontrolsüz HT grubunda KB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasındaki ilişki.	47
Tablo 4.27. Kontrolsüz HT grubunda KB ortalamaları ile SF-36 skorları arasındaki ilişki.	48
Tablo 4.28. Kontrolsüz HT grubunda KB ortalamaları ile DASS-21 skorları arasındaki ilişki.	49
Tablo 4.29. Kontrolsüz HT grubunda KB ortalamaları ile ÇBPPEE skorları arasındaki ilişki.	49
Tablo 4.30. HT hastalarında KB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasındaki ilişki.	52
Tablo 4.31. HT hastalarında KB ortalamaları ile SF-36 skorları arasındaki ilişki.	52
Tablo 4.32. HT hastalarında KB ortalamaları ile DASS-21 skorları arasındaki ilişki.	53
Tablo 4.33. HT hastalarında ev KB ortalamaları ile ÇBPPEE skorları arasındaki ilişki.	55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Hipertansiyon tanısı akış şeması (20).	4
Şekil 2.2. RAAS sistemi (38).....	7
Şekil 2.3. HT medikal tedavi akış şeması (20).	12
Şekil 2.4. Psikolojik esneklik modeli /kabul ve kararlılık terapisi altı çekirdeği (64).....	15
Şekil 4.1. Çalışma gruplarına göre A.S.M. SKB ölçümleri.....	31
Şekil 4.2. Çalışma gruplarına göre A.S.M. DKB ölçümleri.	31
Şekil 4.3. Çalışma gruplarına göre emosyonel rol güçlüğü.....	33
Şekil 4.4. Çalışma gruplarına göre kabul.....	35
Şekil 4.5. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre enerji /canlılık /vitalite.....	36
Şekil 4.6. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre ruhsal sağlık.....	37
Şekil 4.7. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre ağrı.	37
Şekil 4.8. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre depresyon.....	38
Şekil 4.9. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre depresyon ve stres.....	38
Şekil 4.10. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre birleşme.	39
Şekil 4.11. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre emosyonel rol güçlüğü.....	41
Şekil 4.12. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre kabul.	43
Şekil 4.13. Kontrollü HT hastalarında DKB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasındaki ilişki.	44
Şekil 4.14. Kontrollü HT grubunda DKB ortalamaları ile anda olma skorları arasındaki ilişki.	47
Şekil 4.15. Kontrolsüz HT grubunda DKB ortalamaları ile emosyonel rol güçlüğü ilişkisi.	48
Şekil 4.16. Kontrolsüz HT grubunda DKB ortalamaları ile anda olma arasındaki ilişki.	50
Şekil 4.17. Kontrolsüz HT grubunda DKB ortalamaları ile ayrışma arasındaki ilişki.	50
Şekil 4.18. Kontrolsüz HT grubunda DKB ortalamaları ile anla temasın yitirilmesi ilişkisi.	51
Şekil 4.19. Kontrolsüz HT grubunda DKB ortalamaları ile kavramsal benlik arasındaki ilişki.	51
Şekil 4.20. HT hastalarında DKB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasındaki ilişki.	52
Şekil 4.21. HT hastalarında DKB ortalamaları ile stres skorları arasındaki ilişki.....	53
Şekil 4.22. HT hastalarında DKB ortalamaları ile depresyon skorları arasındaki ilişki.....	54

ÖZET

HİPERTANSİYON HASTALARINDA PSİKOLOJİK ESNEKLİĞİN TANSİYON KONTROLÜ ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

Çalışmamızda, hipertansiyon (HT) hastalarında psikolojik esnekliğin tansiyon kontrolü ile ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Çalışmaya, Göztepe Aile Sağlığı Merkezi (A.S.M.)'ne başvuran 40 yaş ve üzeri 90 gönüllü dahil edilmiştir. Bu gönüllülerin 30'u HT tanısı olmayıp ölçülen kan basıncı (KB) değerleri normal olan kişilerden, 30'u HT tanısı olup antihipertansif kullanan ve KB ölçümleri normal sınırlarda olan hastalardan, 30'u ise HT tanısı olup antihipertansif kullanan ancak KB ölçümleri yüksek saptanan yani kontrolsüz HT hastalarından oluşmuştur. Tansiyon ofis ölçümü için 140/90 mm Hg olarak kabul edilen sınır değeri, ev ölçümleri ortalaması için 135/85 mm Hg olarak kabul edilmiştir. Gönüllülerin ilk ziyaretlerinde kurumda kan basınçları ölçülüp, daha sonra evde bir haftalık sabah-akşam tansiyonlarını ölçmeleri istenmiş, bir hafta sonunda kurumda Türkçe uyarlamalarının geçerlik-güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan kabul ve eylem anketi (AAQ-2), çok boyutlu psikolojik esneklik envanteri (ÇBPPE), sağlık araştırması kısa form (SF-36), depresyon-anksiyete-stres (DASS-21) ölçekleri uygulanmış, üç grubun ev tansiyon ortalamaları ile ölçeklerin sonuçlarının karşılaştırmaları yapılmıştır.

Katılımcıların yaşları 51-79 arasındadır, 44'ü erkeklerden, 46'sı kadınlardan oluşmaktadır.

AAQ-2 ve DASS-21 ölçeklerinde gruplar arası anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$). SF-36 ölçeğinde "emosyonel rol güclüğü" boyutunda kontrol grubu skorları,

kontrollü HT grubuna göre anlamlı yüksek saptanmıştır ($p=0.016$). ÇBPPEE'nin "kabul" alt boyutunda kontrol grubu ölçümleri, hem kontrollü HT grubuna ($p=0,038$) hem de kontrolsüz HT grubuna ($p=0,005$) göre anlamlı yüksek saptanmıştır. Kontrollü HT grubu ile kontrolsüz HT grubu arasında hiçbir ölçekte anlamlı farklılık saptanamamıştır.

Tüm HT hastalarının ev tansiyon ölçüm ortalamalarının ölçek puanları ile ilişkisi karşılaştırılmıştır. Diyastolik kan basıncı (DKB) ile AAQ-2 ($p=0.022$, $r=0.295$), DASS-21'in "depresyon" ve "stres" alt boyutları ($r_{\text{depresyon}}=0,270$; $p=0,037$; $r_{\text{stres}}=0,288$; $p=0,025$), ÇBPPEE'nin "anla temasın yitirilmesi" ($r=0,256$; $p=0,048$), "kavramsal benlik" ($r=0,256$; $p=0,028$), "birleşme" ($r=0,290$; $p=0,024$) ve "işlevsiz davranış" ($r=0,275$; $p=0,033$) alt boyutları pozitif yönlü ve düşük düzeyli ilişkili bulunmuştur. Yine DKB'nın psikolojik katılık ile aynı yönlü, orta düzeyli ilişkili olduğu, "ayrışma" alt boyutu ile ise düşük düzeyli, zıt yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.

Ayrıca çalışmamızda kadınlar ve erkekler ayrı değerlendirilmiştir. Kadınlar özelinde bakıldığında birçok boyutta kontrolsüz HT grubunda kontrollü HT grubuna göre anlamlı yükseklik saptanmıştır. Erkeklerde ise kontrollü HT grubu ile kontrolsüz HT grubu arasında hiçbir boyutta anlamlı farklılık saptanamamıştır.

Çalışmamızda gruplar arası ölçek puanlarında farklılıklar görülse dahi istatistiki anlamlı sonuçlar saptanamamıştır. Cinsiyete göre ayrıldığında ise kadınlarda anlamlı sonuçlar elde edildiği, hipertansiyon hastalarında ise DKB ile psikolojik faktörlerin ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Ancak tüm bu sonuçların daha fazla çalışmayla araştırılmasına ihtiyaç vardır. Yaş grubu daha homojen, belli bir cinsiyet özelinde, daha fazla sayıda katılımcı ile yapılacak çalışmalar daha güvenilir sonuçlar verebilir.

Anahtar Kelimeler: antihipertansif, hipertansiyon, psikolojik esneklik, psikolojik katılık

ABSTRACT

THE IMPACT OF PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY ON BLOOD PRESSURE CONTROL IN HYPERTENSIVE PATIENTS

In our study, we aimed to investigate the relationship between psychological flexibility and blood pressure control in hypertensive patients.

The study included 90 volunteers aged 40 and over who applied to the Göztepe A.S.M. These volunteers were divided into three groups as people without a diagnosis of HT and have normal blood pressure measurements (30), patients diagnosed of HT and have normal blood pressure measurements (30), patients diagnosed of HT and have uncontrolled blood pressure measurements (30). The office blood pressure measurement limit accepted as 140/90 mmHg and the home blood pressure measure limit 135/85 mm Hg. At their initial visits, the volunteers were asked to measure their blood pressure at home in the morning and evening for one week. After one week, during which the Turkish adaptations of the acceptance and action questionnaire (AAQ-2), the multidimensional psychological flexibility inventory (MPFI), the short form health survey (SF-36), the depression, anxiety and stress scale (DASS-21), which had been tested for validity and reliability were administered. Subsequently, comparisons were made between the three groups in terms of home blood pressure averages and results of the scales.

The participants' ages ranged from 51 to 79 with 44 males and 46 females.

No significant differences were found between the group in the AAQ-2 and DASS-21 scales ($p>0.05$). Significant differences were observed in the “emotional role difficulties” dimension of the SF-36 scale between the control group and the controlled HT group

($p=0.016$). The control group measurements in “acceptance” which is the sub-dimension of psychological flexibility were found to be significantly higher compared to the controlled HT group ($p=0.038$) and the uncontrolled HT group ($p=0.005$). Blood pressure measurements of hypertension patients were compared with scales also without dividing them into groups. Positive low level relationships were found between diastolic blood pressure and AAQ-2 ($p=0.022$, $r=0.295$), DASS-21 “depression” and “stress” sub-dimensions (($r_{\text{depression}}=0.270$; $p=0.037$; $r_{\text{stress}}=0.288$; $p=0.025$), MPFI “loss of connectedness” ($r=0.256$; $p=0.048$), “conceptualized self” ($r=0.256$; $p=0.028$), “fusion” ($r=0.290$; $p=0.024$), and “dysfunctional behavior” ($r=0.275$; $p=0.033$) sub-dimensions. Furthermore, DBP was found to have a moderately positive relationship with psychological rigidity and a weak inverse relationship with the “experiential avoidance” sub-dimension.

Furthermore, in our study, women and men were evaluated separately. When looking at women, significant differences were found in several dimensions between the uncontrolled HT group and the controlled HT group, with higher values observed in the uncontrolled HT group. However, when examining men, no significant differences were found in any dimension between the controlled HT group and the uncontrolled HT group.

In our study, although differences in scale scores were observed between groups, no statistically significant results were obtained. However, when stratified by gender, significant results were obtained in women. In hypertensive patients, it has been suggested that there may be association between blood pressure control and psychological factors. Nevertheless, further research is needed to explore these findings in more detail. Studies with a more homogeneous age group, conducted with a larger number of participants specific to a certain gender, may provide more reliable results.

Keywords: antihypertensive, hypertension, psychological flexibility, psychological inflexibility.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, arteriyel sistolik ya da diyastolik kan basıncında kalıcı yükseklikle karakterize, oldukça sık görülen kronik bir hastalıktır (1). Sistemik olup, kronik böbrek hastalığı, kalp yetmezliği, inme, miyokard enfarktüsü ve ölüm dahil oldukça ciddi komplikasyonlara yol açabilir, sinsi ancak önlenebilir ve tedavisi mümkün bir sağlık sorunudur (2–4).

Ofis/hastane ölçümlerinde hipertansiyon sınır değeri 140/90 mmHg, evde yapılan ölçümlerde ise sınır değeri 135/85 mmHg olarak kabul edilmektedir (5,6). Ofis kan basıncı ölçümleri, özellikle maskeli hipertansiyonu ya da beyaz önlük hipertansiyonunu dışlamak için ambulatuvar veya ev kan basıncı ölçümleri ile doğrulanmalıdır (2,3).

Birleşmiş Milletler Önleyici Hizmetler Çalışma Kolu (USPSTF) tarafından 18 yaş ve üzeri her yetişkinin şikayet ya da bulgusu olup olmadığına bakılmaksızın kan basıncının ölçülmesi ve tedaviye başlamadan önce ofis dışı ölçümlerle doğrulanması önerilmektedir (4,7). Yapılan çalışmalar ile yaşla birlikte hipertansiyon görülme sıklığının arttığı gösterilmektedir (2,5,8).

Hipertansiyon oluşumunda bir çok risk faktörü sayılabilir, bunlardan biri de psikososyal risk faktörleridir (6,9). Özellikle stres, yalnızlık, uykusuzluk, iş yükü, aleksitimi, anksiyete ve depresyon gibi psikososyal faktörlerin hipertansiyonla ilişkisi birçok çalışmaya konu olmuştur (3,8–11). Psikolojik faktörler söz konusu olduğunda psikopatolojik konuları kapsayan ve kabullenici bir bakış açısıyla yaklaşan psikolojik esneklik kavramı gündeme gelmektedir (13).

Psikolojik esneklik, zorlu durumlar karşısında değerlerine odaklanarak işlevsel olarak hayatına devam etme yeteneği olarak ifade edilmektedir ve bireylerin psikolojik iyilik halini tanımlamak için bir araç olarak kullanılabilir (14,15). Psikolojik katılık hali ise duygusal düzenlemenin önünde engel oluşturmaktadır (16). Zorlu durumlarla daha iyi başa çıkma modeli sağlaması açısından kabul ve kararlılık terapisi (KKT) faydalı olabilir (17).

Günümüzde hipertansiyon tedavisi için kullanılacak başarılı farmakoterapi yöntemleri bulunmaktadır ancak ilaçların yan etki ihtimali de göz önünde bulundurulmalıdır ve hastaların tedaviyi yarıda bırakma nedenlerinin başında gelmektedir (2,18).

Tüm evre hipertansiyonlarda yaşam tarzı değişikliğinin tedaviye eklenmesi önerilmektedir (2). Yaşam tarzı değişikliğine stres yönetimi de dahil edilebilir (19). Hastanın tedavi uyumsuzluğu ve tedavi başarısının düşüklüğü söz konusu olduğunda psikolojik esnekliği temel alan kabul ve kararlılık terapisi tedavide kullanılabilir (18).

Birçok kronik hastalıkta ve hayatı tehdit eden sağlık problemlerinde olduğu gibi hipertansiyonda da hastalar psikopatolojiler açısından risk altındadır. Psikolojik esnekliğin de psikosomatik hastalıklarla ilişkili olduğu her geçen gün yapılan çalışmalarla gösterilmektedir. Biz bu çalışmada, birçok somatik hastalıkla ilişkili olduğu saptanan psikolojik esnekliği, hipertansiyon hastalarında incelemeyi amaçladık. Bu doğrultuda çalışmamızda, psikolojik esnekliğin hipertansiyon hastalarında tansiyon kontrolü ile ilişkisi incelenecektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HİPERTANSİYON

2.1.1. Hipertansiyon tanımı ve ölçümü

Hipertansiyon tüm dünyada oldukça sık görülen, ciddi komplikasyonlara yol açabilen kronik bir hastalıktır ve ekonomik olarak da toplumlara yük oluşturmaktadır (20). Tedavi edilmeyen veya kontrolsüz hipertansiyon hastaları; çeşitli kalp hastalıkları, inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu, yeti yitimi ve hatta erken ölüm riski ile karşı karşıyadırlar (2,20,21).

Primer (esansiyel) HT, belirgin bir ikincil nedene bağlanamayan ve HT popülasyonunun yaklaşık %95'ini oluşturan kan basıncı yüksekliğidir (22).

Sekonder HT ise hasta grubunun yaklaşık %5'ini oluşturur, temelinde genellikle kronik böbrek hastalığı, renal arter stenozu, aşırı aldosteron salınımı, feokromositoma, uyku apne gibi nedenler vardır (23).

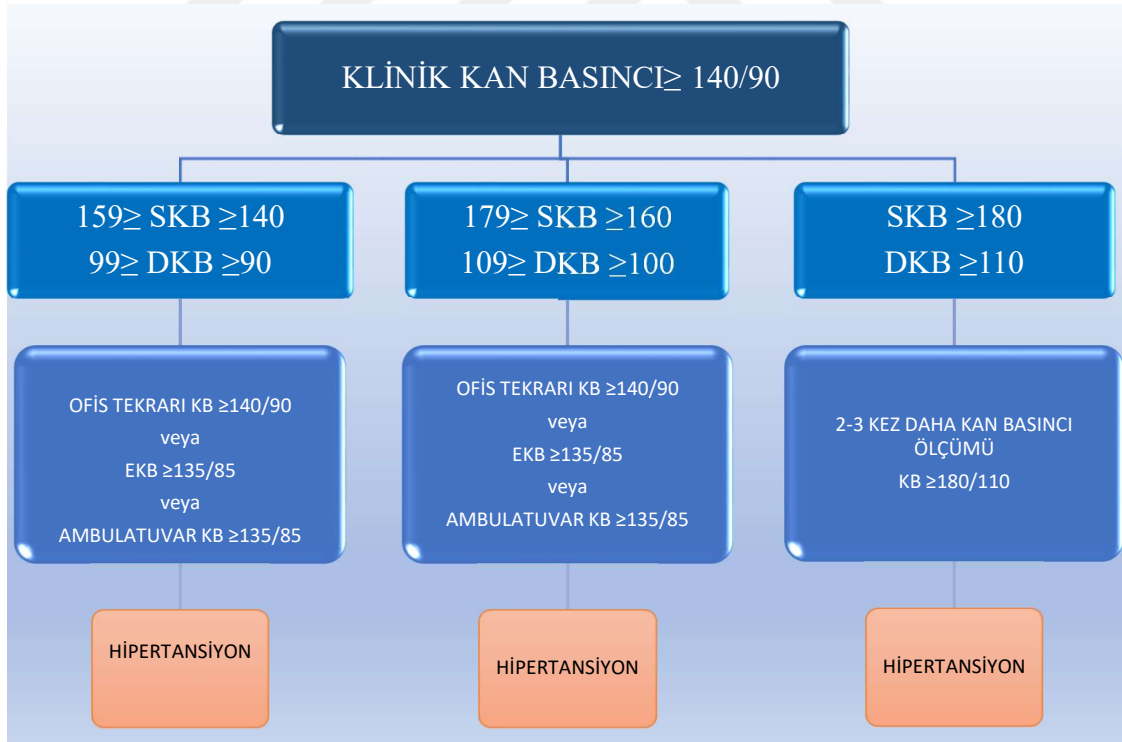
Ofis ölçümünde 18 yaş ve üzeri kişilerin sistolik kan basıncı (SKB) ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı (DKB) ≥ 90 mmHg ölçülmesi hipertansiyon olarak tanımlanır (20). Tanı tek bir ölçümle konulmamalı, mümkünse hasta 2-3 kez daha kliniğe çağırılarak ölçümler tekrarlanmalıdır (6).

Kan basıncı ölçümlerini doğru yapmak, klinik sonuçlar ve doğru medikasyon açısından oldukça önemlidir (24). Tansiyon aletlerinin periyodik kalibrasyonları yapılmalı, ölçüme mümkünse sessiz bir odada ve hasta 5 dakika dinlendikten sonra başlanmalı, hasta sırtını dayayacak şekilde oturmalı, ölçüm yapılacak kol çıplak olmalı ve ölçüm sırasında hasta konuşmamalıdır (2).

Tablo 2.1. Ofis kan basıncı ölçüm sınıflandırması (20).

KATEGORİ	SİSTOLİK (mm/Hg)		DIYASTOLİK (mm/Hg)
İdeal	< 120	ve	< 80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek-Normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160/179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT	≥ 180	ve/veya	≥ 110
İzole Sistolik HT	≥ 140	ve	< 90

Evre 1 HT kategorisindeki hastalar 2-4 hafta içerisinde, kan basıncı evre 2 HT kategorisinde olanlar ise en geç 1-2 hafta içerisinde ölçüm tekrarına çağırılmalıdır (2,20). Birkaç klinik KB ölçüm ortalaması Evre 3 HT olan hastalar, ev ölçümü veya ambulatuvar ölçüm önerilmeden hemen antihipertansif tedaviye başlanması önerilen hastalardır (2,20).



Şekil 2.1. Hipertansiyon tanısı akış şeması (20).

Son yıllarda kaynaklar, ofis dışı KB ölçümleri olan ambulatuvar KB ölçümü ve evde KB ölçüm yöntemlerini vurgulamaktadır (25,26). Ofis dışı KB ölçümleri beyaz önlük HT ve

maskeli HT tanısı koymada önem taşır, ayrıca dirençli HT'un ve sabah hipertansiyonunun tespit edilmesini sağlar (26) . Evde KB ölçümü, ambulatuvar KB ölçümüne göre daha pratiktir (25). Evde KB ölçümlerinde de yine hasta standart ölçüm önerilerine uyarak ve en az 3 gün, tercihen 7 gün sabah ve akşam olmak üzere ölçümlerini uygun bir tansiyon aletiyle yaparak not almalıdır (5,26). Evde yapılan ölçümlerin ortalamasının 135/85 mmHg ve üzeri olması HT tanısı koydurur (2,5,20,25,26).

2.1.2. Epidemiyoloji

Tüm dünyada mortalite sebebi olabilen HT, 2010 yılında 1.38 milyarlık nüfusun %31.1'lik kesimini etkilemekteydi, özellikle düşük veya orta gelirli ülkelerde de sıklığı gittikçe artmaktadır (27). HT tanılı kişi sayısı 2015 yılında 1.13 milyara ulaşmıştır (28). 2019 yılında ise bu sayı 30-79 yaş arası bireylerde yaklaşık 1.28 milyarı bulmuş olup %82'lik dilimini düşük ve orta gelirli bölgelerde yaşayanlar oluşturmaktadır (29).

Türkiye'de yapılan hipertansiyon prevalansı ile ilgili ilk kapsamlı çalışma olan "Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF)" çalışmasına göre 1990 yılı taramasında Türkiye hipertansiyon görülme sıklığı %33.7, 2003 yılında yapılan "Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey, PatenT" çalışmasında ise %31.8 olarak saptanmıştır (2,28,30). 2003 yılında yapılan çalışmanın 2012 yılında " PatenT 2 " çalışması yapılmış olup, burada da prevalansın %31.2 olduğu görülmüştür (31).

TEKHARF çalışması ilk tarama bulguları Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan "monitoring of trends and determinants in cardiovascular diseases" (MONICA) çalışmasına katılan diğer ülkeler ile kıyaslandığında Türk erkekleri kan basıncı ortalaması (125.1/80 mmHg), diğer ülke erkeklerinin (123-147/76-93 mmHg, ortanca:135/86 mmHg) kan basıncı ortalamasından iyiydi (28,31). Ancak kadınların kan basıncı ortalaması (133/82.3 mmHg), MONICA çalışmasına katılan kadınların kan basıncı ortalaması (134/83 mmHg) ile neredeyse aynıydı (28,31). Bu durumun kadınların daha yüksek beden kitle indeksi (BKİ)'ne sahip olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (28).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2017'de yapılan ulusal STEPSİ çalışmasında, Türkiye'de hipertansiyonun kadınlarda (%29.3) erkeklere (%26.1) göre daha sık görüldüğü gösterilmiştir (32).

PatenT ve PatenT 2 çalışmalarına bakıldığında hipertansiyon sıklığının yıllar içinde Türkiye'de yaklaşık aynı kaldığı görülmektedir ancak hipertansiyon hastalarında farkındalık 2003 yılında %40.7 iken 2012 yılında %54.7 ye çıkmıştır (33). Yıllar geçtikçe farkındalık

ve tedavi edilen hasta sayısının artmasına rağmen hastaların ancak üçte birlik bir kesiminin tansiyonları kontrol altındadır (33). Daha da vahim olan durum ise; hayatları boyunca hiç kan basıncı ölçülmemiş yetişkin oranının hem 2003 yılında (%32.2) hem de 2012 yılında (%21.9) yüksek olduğu görülmektedir (33).

2.1.3. Patofizyoloji

Kan basıncı kontrolü; renal, kardiyovasküler, nöral, endokrin ve lokal organ kontrol sistemlerinden oluşan karmaşık fizyolojik kontrol mekanizmaları sayesinde sağlanır (22). Gün boyunca da çevresel etkenlere, gün içi aktiviteye ve kontrol sistemlerinin yanıtına göre düzenlenir (22).

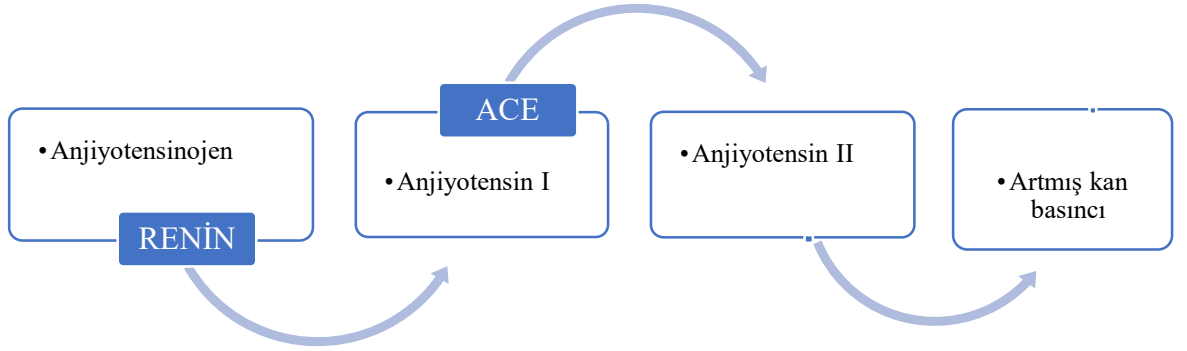
Söz konusu HT olduğunda genetik yatkınlık oldukça önem kazanmaktadır (34,35). Öyle ki yapılan birçok çalışma HT hastalarının %60'ında aile faktörünün %40'ında çevresel faktörlerin etkili olduğunu öne sürmektedir (35).

Sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu, hastalık ilişkili hipertansiyonlar dahil olmak üzere HT'un çoğu alt tipinden sorumlu tutulabilir (35). Kalbin, periferik vasküler sistemin ve böbreklerin sempatik uyarımı ile birlikte; renin salınımı, glomerüler filtrasyon hızı, sodyum geri emilimi, kardiyak output ve vasküler direnç artar, sıvı retansiyonu oluşur, böylelikle HT gelişimi için gerekli mekanizma sağlanmış olur (34,36).

Özellikle gelişmemiş ülkelerde tuz tüketiminin artmasıyla; renal sodyum retansiyonu, sıvı hacmi ve preload artar, bu da kardiyak outputu artırır (35).

Yaşla birlikte mekanik, hemodinamik, nörohormonal ve anatomik değişiklikler meydana gelmekte, renal fonksiyonlar azalmakta, arteriyel elastikiyet bozulmaktadır (8). Damarlarda, endotellerin fonksiyonunu kaybetmesi, duvarlarda kalınlaşmalar, elastikiyette azalma gibi yapısal ve fonksiyonel değişiklikler meydana gelir (37). Anjiyotensin-2, endotelin 1 ve aldosteron gibi vazoaktif ajanlar bu değişikliklerden ve HT gelişiminden sorumlu tutulmaktadır (37).

HT'dan sorumlu tutulan bir diğer mekanizma ise renin anjiyotensin aldosteron sistemi (RAAS)'dir (35,38). Bu sistemin ana kaynağı karaciğerden salgılanan anjiyotensinojendir (38). Sistem tarafından oluşturulan anjiyotensin-2, arteriolar vasokonstriksiyon ve sempatik sinir sistemini aktive ederek kan basıncını artırıcı etkisini gösterir (38).



Şekil 2.2. RAAS sistemi (38).

Hiperürisemi, vasküler dokuda ve böbrekte oksidatif stres oluşturup endotelial nitrik oksit salınımında azalma ve RAAS aktivasyonu ile HT gelişimine katkı sağlar (35).

Obstruktif uyku apnesi, depresyon, anksiyete, psikolojik stres, obezite, insülin direnci ve hava kirliliği de sempatik aktivite üzerinden HT oluşumuna neden olmaktadır (10,35).

Erkeklerde, androjenin tromboksan A2, norepinefrin, Anjiyotensin-2 ekspresyonu ve endotelial aktivite etkileri nedeniyle kan basıncı yüksekliği kadınlara göre daha sık görülmektedir (35).

Vitamin D, RAAS proksimal regülasyonu ve vasküler düz kaslarda kalsiyum regülasyonu etkileri ile vasküler koruyucu olarak görülmekte, serum 25-hidroksivitamin D seviyesinin 30 ng/dl'nin üzerinde tutulması önerilmektedir (39).

Sol ventriküler ejeksiyon kuvvetinin ve bazal sempatik aktivitenin artmasıyla da HT meydana gelmektedir (35).

Stres, zihinsel yorgunluk, bozulmuş uyku gibi durumlar kortikal-hipotalamik sinyalleri bozma yoluyla HT'a neden olabilmektedir (35).

Neticede HT, kişilere ve durumlara göre özel ayarlanan vasküler sistemin bir durumudur ve genellikle sempatik sistemin doğrudan ya da dolaylı olarak aşırı aktivasyonu ile ilgilidir (35).

2.1.4. Klinik değerlendirme

Tansiyon ölçümü erişkin hastaların her klinik başvurusunda ölçüm kurallarına dikkat edilerek yapılmalı, özellikle ilk başvuruda ayrıntılı anamnez ve fizik muayene ile hastalar sekonder HT da düşünülerek sorgulanmalıdır (2,20,23).

Tablo 2.2. Hipertansiyonda anamnez (5).

TIBBİ ÖYKÜ
-HT tanısının zamanı, tıbbi kayıtlar
-Geçmiş ve yakın zaman kan basıncı değerleri
-Antihipertansif kullanma öyküsü
-Aile öyküsü (HT, kardiyovasküler hastalık, renal hastalık, inme)
-Yaşam tarzı (egzersiz, diyet, alkol, sigara, uyku kalitesi)
-Eşlik eden kardiyovasküler (KVS) risk faktörleri
-Komorbiditeler
-Sekonder HT düşündürecek nedenler
-Önceki gebelikler ve oral kontraseptif (OK) kullanımı
-Menopoz ve hormon replasman tedavisi
-Meyankökü kullanımı

Tablo 2.3. Sekonder HT işaretleri (2,3).

SEKONDER HT İÇİN DEĞERLEDİRME
-Hipertansiyonun 30 yaşından önce veya 60 yaşından sonra başlaması
-24 saatlik ölçümlerde tansiyonun gece düşmemesi veya yükselmemesi
-Ani başlangıç veya kontrollü HT'un ani ve dirençli bozulması
-Dirençli HT (biri diüretik olmak üzere üç antihipertansif grubu ilaç uygun dozda alınmasına rağmen yüksek kontrolsüz HT)
-Malign HT
- Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü (ACEİ) veya Anjiyotensin 2 reseptör blokörü (ARB) kullanım sonrası kreatininde >%30 yükselme
-Ailede böbrek hastalığı öyküsü
-Hipertansiyon, hipokalemi birlikteliği
-Ekstremiteler arası belirgin kan basıncı farkı
-Hedef organ hasarı
-Altta yatan hastalık düşündürecek bulgular
-Kan basıncı yükseltebilecek ilaç kullanımı (OK, non-steroid anti-inflamatuvar ilaç, dekonjestanlar, glukokortikoidler, madde kullanımı vb.)

1900'lerin başından beri bilinen HT-obezite ilişkisi nedeniyle kişilerin boy ve kilo bilgileri not edilmeli, BKİ hesaplanmalı, hastanın obezitesinin olup olmasının tedavi seçimini etkileyebileceği unutulmamalıdır (23,40).

Periferik nabızlar, azalmış ya da alınamıyorsa periferik arter hastalığına işaret ettiğinden önemlidir (23).

HT hastalarında hem yüksek tansiyonun neden olduğu göz komplikasyonlarını tanımak ve tedavi etmek açısından hem de hipertansiyonun daha iyi yönetilmesi açısından göz ve çevresi ayrıntılı muayene edilmelidir (23,41).

Daha önce geçirilmiş bir inmenin olup olmadığı sorgulanmalı ve tedavi planını oluşturmak için hastalara nörolojik muayene yapılmalıdır (23).

Kalp palpasyonu, juguler venöz dolgunluğun görülmesi, oskültasyonda rallerin duyulması, karaciğerin ele gelmesi ve ödem, kalp yetmezliği düşündürülecek bulgulardır ve HT değerlendirdiğimiz hastada KVS hastalıkları ve risk faktörlerini da beraberinde değerlendirmemiz gerekmektedir (2,23).

Sekonder HT'ü tanımak, KVS risk değerlendirmek ve hedef organ hasarını araştırmak amacıyla bazı temel laboratuvar testlerinin her hastada yapılması gerekir (20).

Tablo 2.4. Hipertansiyonda laboratuvar testleri (2,20).

TEMEL TESTLER	KLİNİĞE GÖRE PLANLANMASI GEREKEN TESTLER
-Tam kan sayımı	-Oral glukoz tolerans testi (OGTT) (gerekli görülen hastalarda)
-Tam idrar tetkiki	-İdrarda albümin atılım oranı
-Açlık kan glukozu	-Ekokardiyografi
-Kanda sodyum, potasyum, kalsiyum, kreatinin, ürik asit	
-Lipid profili	
-Kreatinin klirensi ya da glomerüler filtrasyon hızı	
-Elektrokardiyogram	
-Diyabetes Mellitus (DM) hastalarında idrarda albümin atılımı	
-DM hastalarında hemoglobin A1c (HbA1c)	

Kronik böbrek yetmezliği (KBY) nedenleri arasında diyabetten sonra ikinci sırada gelen HT, özellikle KBY geliştirse kreatinin, tahmini glomerüler filtrasyon hızı ve spot idrarda albümin-kreatinin oranı ile en azından yıllık olarak takip edilmelidir (5).

Kadınlar, gebelik dönemlerinde gebelik hipertansiyonu açısından sorgulanmalıdır (42).

Depresyon taraması tüm hipertansif hastalarda yapılması önerilen maliyet etkin ve kolay bir yöntemdir (43).

2.1.5. Risk faktörleri

Günümüzde HT' u kontrol altına almaktansa önlemek, birçok risk faktörü anlaşılmış HT için daha önemli hale gelmektedir (44). Yaş, cinsiyet, ırk ve genetik faktörler gibi değiştirilemez risk faktörlerinin yanında HT için alkol tüketimi, yetersiz fiziksel aktivite, obezite, yüksek sodyum ve düşük potasyum tüketimi gibi değiştirilebilir birçok risk faktörü bulunmaktadır (44). Tüm risk faktörlerinin içinde primer role sahip olan ise aile öyküsüdür, özellikle iki ebeveyninde de KB yüksekliği öyküsü olanlarda HT gelişme ihtimali daha fazladır (45).

Yaşla birlikte KB'nın arttığı bilinmektedir ancak 50-60 yaşına kadar bu artış hem SKB hem de DKB üzerinde olmakla birlikte 60 yaşından sonraki artış sistolik basınçta belirgin olmakta, diyastolik basınç ya sabit kalmakta ya da azalmaya başlamaktadır (2).

Yapılan klinik çalışmalar, gözlemler ve meta analizler HT önlemede düşük sodyum tüketimi (en fazla 2.4 g sodyum veya 6 g sodyum klorid) ve potasyum takviyesi (>90 mmol/gün) önermektedir (46).

HT sıklığı, toplumlarda obezite ile birlikte artış göstermektedir, Türk toplumunda yapılan çalışmalar da BKİ değeriyle orantılı olarak HT sıklığının arttığını kanıtlar niteliktedir (47).

Alkol ve sigara tüketimi, hem KVS hastalıklar hem de HT için değiştirilebilir risk faktörlerinin en önemlilerinden sayılmaktadır (46,48). Ayrıca fiziksel inaktif ve fit olmayan kişilerde HT gelişme ihtimali aktif kişilere göre %30-50 oranında daha fazla saptanmıştır (46).

Sosyoekonomik statü de HT risk faktörlerinden sayılmaktadır (11). Öyle ki sosyoekonomik durum kişilerin işsizlik, suç ve şiddet gibi faktörlere maruz kalması, eğlence, fiziksel aktivite ve sağlık hizmetine ulaşımdan mahrum kalma gibi sorunları da beraberinde getirerek HT riskine katkıda bulunmak üzere bir araya gelen stres faktörlerini oluşturur (11). Mesleki stres (işyeri şartları, mobing, güvensizlik, yetiştirme stresi vb.), emosyonel stres (duyguları bastırma, aleksitimi, sinirli kişilik, kin, depresyon, anksiyete vb.) ve sosyal ilişkiler, HT nedeni olabilen diğer sosyopsikolojik faktörlerdendir (10,11).

Psikolojik değişikliklerin kan basıncı akut yükselmesine neden olduğu bilinmektedir, ayrıca psikolojik strese maruz kalmamak, yaşın getirdiği HT riskini önleyebilir, depresyon

ve anksiyete ise 5-20 yıl içerisinde HT gelişimi açısından risk faktörleri olarak sayılabilir (9,10). Yapılan bazı prospektif çalışmalar depresif semptomların HT gelişme riskini %42 arttırdığını bildirmiştir (2).

2.1.6. Komplikasyonlar

Daha ziyade sistolik olmakla birlikte hem SKB hem de DKB'ndan kaynaklanan kontrolsüz HT'un KVS ve serebrovasküler olay riski açısından doğrusal ilişkisi bilinmektedir (49). Bu hastalarda toplam kardiyovasküler risk hesabı çeşitli hesaplayıcılarla hesaplanabilmekle birlikte Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) tarafından SCORE önerilmektedir (2).

Tablo 2.5. HT olası komplikasyonları (51).

KARDİYAK	SEREBROVASKÜLER	RENAL	MACROVASKÜLER	MİKROVASKÜLER
-Sol ventrikül hipertrofisi	-Geçici iskemik atak	-Mikroalbuminüri ve proteinüri	-Mikroalbuminüri ve proteinüri	-Hipertansif retinopati
-Kalp yetmezliği	-Vasküler demans	-Nefrosklerozis	-Nefrosklerozis	
-Anjina Pektoris	-İnme (iskemik, hemorajik)	-Renal yetmezlik ve son dönem böbrek hastalığı	-Renal yetmezlik ve son dönem böbrek hastalığı	
-Miyokard İnfarktüsü	-Hipertansif ensefalopati			

2.1.7. Tedavi

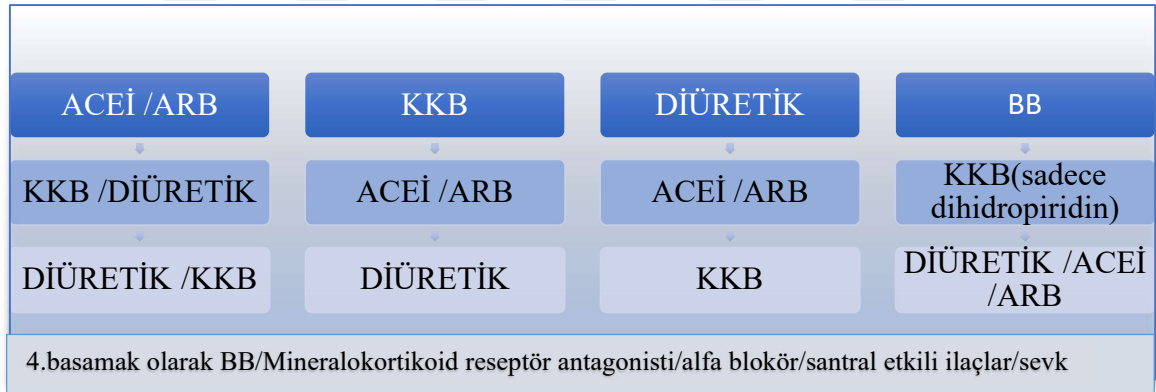
Ulusal ve uluslararası HT kılavuzlarının çoğu, tedavi hedefi olarak kan basıncını <140/90 mmHg şeklinde göstermiştir (49). Yaşı 80 üzeri olanlarda ise tedaviye başlamak için önerilen eşik SKB değeri 160 mmHg olarak önerilmektedir (20).

Tüm hipertansif hastalarda en önemli tedavi yaklaşımı non-farmakolojik tedavi dediğimiz yaşam tarzı değişiklikleridir ve tedavinin her aşamasına dahil edilmelidir (2).

Tablo 2.6. HT’da yaşam tarzı değişiklikleri (2,20).

ÖNERİLER
<ul style="list-style-type: none">• Tuz tüketimi en fazla 5-6 g /gün• Alkol tüketimi erkeklerde en fazla 20-30 g /gün etanol, kadınlarda 10-20 gr /gün etanol (alkol tüketimi hipertansif bireylerde önerilmez)• Sağlıklı beslenme (sebze-meyve ağırlıklı, az yağlı)• İdeal vücut ağırlığı (erkeklerde bel çevresi <96 cm, kadınlarda bel çevresi <90 cm)• Hareketli yaşam (haftada en az 5 gün, en az 30 dk)• Sigarayı bırakma• Stres yönetimi

Evre 1 ve üzeri HT’u olan hastalarda ek hastalıkları da gözetilerek ve tolerabilitesine bağlı olarak antihipertansif tedavi başlanmalıdır (52) Antihipertansif tedaviler; kalsiyum kanal blokörleri (KKB), diüretikler, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ), anjiyotensin reseptör blokörü (ARB) ve beta blokörler (BB) olarak beş ana sınıfta toplanabilir.



Şekil 2.3. HT medikal tedavi akış şeması (20).

İlaç tedavisi tek preparatla başlatılabileceği gibi kombine preparatlarla da başlatılabilir, kombine tedavisinin tansiyonu düşürmede tek preparat tedavisine göre daha etkin olduğu gösterilmiştir (52). Tek preparatla başlansa bile ilk aşamada kontrol edilemeyen HT’da dozu yükseltmek yerine tedaviye başka grup antihipertansif eklemek yan etki görülme ihtimalini azaltır (2).

2.1.8. Kontrollü ve kontrolsüz hipertansiyon

Günümüzde HT tedavisi gelişmiş olmasına rağmen hala birçok hastanın kan basıncı önerilen düzeylerde tutulamamaktadır (53). Genel popülasyonda kan basıncının >140/90 mmHg, diyabet ve KBY hastalarında ise >130/80 mmHg üzerinde olması kontrolsüz HT olarak tanımlanır (21). Kontrolsüz HT hastalarının %45'inde tedaviye ve hayat tarzı değişikliklerine yetersiz uyum söz konusu olmakla birlikte obezite, doktora ulaşım sorunları gibi sebepler de HT kontrolü önünde engel oluşturmaktadır (54).

Hipertansiyon tedavisi başlanan hastada 3-4 haftalık kontrollerle tansiyonun kontrol altına alınıp alınmadığının takibi yapılmalıdır (20). Bu süreçte hastaların tedaviyi doğru uygulayıp uygulamadığı da kontrol edilmelidir, yan etkiler ve hedef tansiyon değerine ulaşamama, hastaların tedavi uyumunu düşürebilir (49). "Framingham Heart Study" çalışmasında tedavi uyumu önünde engel olabilecek faktörler incelenmiş, depresif semptomların tedavi uyumu önünde engel olabileceği öne sürülmüştür (55).

Kontrolsüz HT hastalarında yapılan küçük ölçekli bir çalışmada düzenli egzersiz yaptırılan grupta ağrı, depresyon ve anksiyete skorlarının düştüğü, ağrı skorundaki azalma ile anksiyete seviyesinde azalma, gece SKB'nda azalma ve kalp hızında azalma arasında korelasyon saptandığı ifade edilmektedir (55).

Psikolojik sağlık ve HT arasındaki ilişki kronik ve karmaşık olmakla birlikte psikolojinin bozulması ilaç uyumsuzluğuna, kontrolsüz HT'a ve daha kötü sonuçlara yol açabilir (55).

2.1.9. Hipertansiyonda psikolojik etkenler

1980-2004 yılları arası depresyon ve HT ilişkisini inceleyen çalışmaların bir derlemesindeki birçok çalışmada depresyonun ve depresif semptomların tansiyon yüksekliği ile pozitif korelasyon gösterdiği ve HT gelişimi açısından depresyonun risk faktörü olabileceği görülmüştür (56). Ancak 1996 yılında 4352 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada depresif semptom, anksiyete, alkol alımı ve kan basıncı ilişkisi incelenmiş, anlamlı bir sonuç bulunamamıştır (56).

Anksiyetenin kan basıncını etkilediği bilindiğinden beri hipertansiyonla olası ilişkisi de dikkat çekmiş, hipertansiyonla anksiyetenin ilişkisini inceleyen birçok kesitsel çalışma yapılmış, bir kısmında anlamlı sonuç saptanmasa da çoğu çalışmada aralarında pozitif korelasyon saptanmıştır (57). Bununla birlikte bu ilişki çift yönlüdür, hem hipertansiyon

hastalarında anksiyete görülme ihtimali hem de anksiyete hastalarında hipertansiyon görülme ihtimali artmaktadır (57).

Hong Kong'da erkeklerde yapılan bir çalışmada hipertansiyonla anksiyete ilişkisinin anlamlı olduğu ancak depresyonla ilişkisinin anlamlı olmadığı belirtilmiştir (57). Norveç'te 55.472 kişi ile yapılan HUNT çalışmasında ise anksiyete ile hipertansiyon arasında anlamlı ilişki saptanmamış, ancak depresyon hastalarında antihipertansif tedaviye uyumun düştüğü, polifarmasiye yol açtığı öne sürülmüştür (55).

Öğrenciler arasında yapılan bir çalışmada prehipertansiyon sıklığı stres ve anksiyete seviyesine göre değerlendirilmiş, prehipertansiyon sıklığı hem anksiyete hem de stres seviyeleri ile pozitif ilişkili saptanmıştır. Yine anksiyete hastalarında yapılan bir çalışmada gece tansiyonlarının düşmemesi ve sabah tansiyon yükseklikleri ile diurnal HT ihtimalinin arttığı belirtilmiştir (55).

Stresin HT üzerindeki ilişkisi doğrudan olmasa da dolaylı olarak kan basıncında tekrarlayan yükselmeler yaparak HT gelişimi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir, bir risk faktörü üzerine diğer bir stres faktörü eklendiğinde kan basıncı üzerindeki olumsuz etki katlanmaktadır (58). Günümüzde çoğu insanın yüzleşmek durumunda kaldığı stresin seviyesini azaltmaya yardımcı çeşitli yöntem ve terapilerin kan basıncı düzeyini azaltmada ve HT gelişimini önlemede yardımcı olduğu görülmüştür (58).

Sağlık ilişkili hayat kalitesi ile HT ilişkisini araştıran çoğu çalışmada, HT hastalarında hayat kalitesinin daha düşük olduğu ileri sürülmektedir, bu çalışmaların çoğunda SF-36 veya kısaltılmış formu olan SF-12 kullanılmıştır (59). Yapılan birkaç çalışmada ise ölçeğin bazı alt parametrelerine (fiziksel rol, ağrı, sosyal işlevsellik, emosyonel rol, canlılık, ruhsal sağlık) göre yaşam kalitesi hipertansiyon hastalarında daha yüksek bulunmuş, bu durumun çalışmaların yapıldığı popülasyon karakterinden kaynaklanabileceği ya da şans eseri olabileceği söylenmiştir (59).

2.2. PSİKOLOJİK ESNEKLİK

Bir bilim olarak psikoloji, değişen yaşam koşulları karşısında bir yol haritası işlevi görmektedir (ilişki yönetimi, grup içerisinde kendini ifade, verimli çalışma ve öğrenme, adaletsizliklerle mücadele vb.) (14). Psikolojik esneklik ise bu değişen yaşam koşulları karşısında kişinin iç uyaranlarına açık olduğu, değerleri doğrultusunda hareket edebildiği durumu ifade eder (60). Yapılan çalışmalar psikolojik esnekliğin psikolojik faydalara ve değişen koşullara uyumlu davranış değişikliklerine yol açtığını göstermektedir (14).

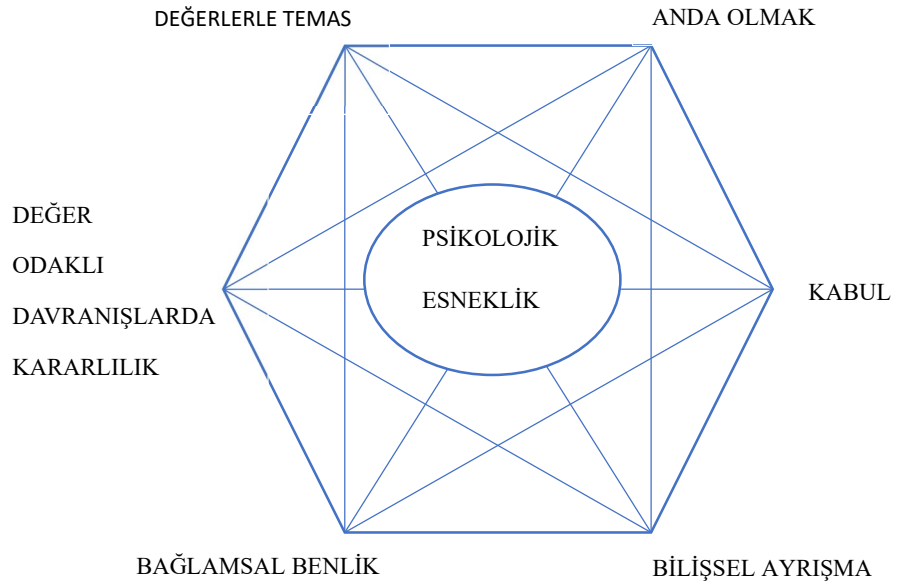
Psikolojik esneklik, özellikle kişilerin amaca giden yolda karşılarına engeller çıktığında önem kazanmaktadır (14).

Psikolojik esneklik; çeşitli durumsal talepleri tanıyıp onlara uyum sağlama, kişisel ve sosyal işlevsellikten taviz verilmeye başlandığında bakış açısını değiştirme, rekabet halinde olan istek, arzu, yaşam alanı ve ihtiyaçları dengeleme, farkında, açık ve değer odaklı davranışlarda kararlı olma yönleri ile sağlık için esastır (61).

Psikolojik katılık ise kişilerin belli bir bağlamda davranışlarını kısıtlayan durumu ifade eder (62). Bu kavram, kişinin davranış repertuvarının daraldığı durumları gösterir ve bu darlık düzeyi, çeşitli iç ve dış faktörlerin etkisi altında kişinin davranışlarının nasıl şekillendiğini anlamamıza yardımcı olur (62).

Psikolojik esneklik, kimi çalışmada üç (düşünce ve duygularla bilinçli ve açık temas, durumun getirdiği sonuçları kabul edip takdir etme, hedef ve değerlere hizmet eden davranışlar), kimi çalışmada altı alt değişken ile incelenmiştir (63). Biz çalışmamızda psikolojik esnekliğin altı bileşenli yapısını ele alacağız.

2.2.1. Bileşenleri



Şekil 2.4. Psikolojik esneklik modeli /kabul ve kararlılık terapisi altı çekirdeği (64).

2.2.1.1. Anda olmak

Anda olmak; şimdiki zaman deneyimlerine odaklı, gönüllü, esnek uyumu ifade eder ve anı kucaklamak için bu deneyimlerin ne olduğu ve nasıl ele alındığı bilgisi gereklidir (65). KKT’nde de danışanlar, duygu ve deneyimlerini yargılama ve herhangi bir etki olmadan tanımlaması için cesaretlendirilir (66). Bugün çok önemli olan, yarın önemini yitirebilir, bu yüzden anda kalabilmek için gereken anahtar, esnekliktir (65). Anda kalabilmek için gereken diğer önemli özellik ise yargılayıcı olmamaktır, bu durum her durumu kabullenmek gibi algılanmamalı, başka şekillere sokmaya çalışmadan olanı görme gibi düşünülmelidir (65). Şimdiki zamana odaklanmak, kişinin iyilik hali için gelecekteki yönelimlerine ilişkin içgörü sağlayıp doğru davranış seçimleri yapmasına olanak sağlar (65,66).

2.2.1.2. Kabul

Kabul, istenmeyen, acı verici durumlara karşı kucaklayıcı bir tutum sergilemektir (65,67). Kişinin psikolojik durumu üzerinde zaman ve mental çaba harcamasındansa aktif olarak yaşamı, hedefleri yolundaki seçimleri ve problemlerinin çözümlerine odaklanmasını sağlar (68).

Kabulün zıddı olarak “deneysel kaçınma” ifadesini kullanabiliriz ve yapılan çalışmalar deneysel kaçınmanın immün sistemi uzun vadede baskılayabileceğini öne sürmektedir. (68).

Deneysel kaçınmanın aksine kabul; yaşam olaylarını deneyimlemek için daha fazla psikolojik kaynak kullanımına olanak vermesiyle, deneyimler karşısında daha az olumsuz düşünce oluşturması ve daha az ruh hali değişikliğine yol açmasıyla, son olarak da kişinin sıkıntı verici durumların tümünden kaçmadan çeşitli deneyimlerin tadını çıkarmasına olanak tanınmasıyla ve daha iyi mental sağlıkla ilişkilendirilmiştir (68).

2.2.1.3. Bilişsel ayrışma

Bilişsel ayrışma, bilişsel kaynaşma veya değerlendirici düşünce yapısının bozularak problem haline geldiği durumları durdurmak için kullanılan bir dizi teknik ya da yöntemdir (69). Bilişsel kaynaşma ise kişinin olayların doğrudan işlevlerindense onlara sözel yüklediği anlamları temel alan ilişkiyel eğilimini ifade eder ve kişi bu işlevleri oluşturan ve devam eden ilişkiyel çerçevelerden habersizdir (69). Ayrışma ile kişideki sözel anlam yok olmaz ancak davranışlardaki otomatik etkisi azalır böylece davranış regülasyonunda rol alan diğer etkenler ana daha fazla katkı sağlar (65).

Bilişsel ayrışma, duygusal sıkıntı veren orijinal ilişkisel çerçeveleri zayıflatmak için kullanılabilir (69). Olayların ani işlevinden ayrışma kişiye; yaşadığı olayları kabullenme, bağlamsal benlik ve değerlerle bağlantıda olma, davranışlarını başlangıç değerler ve hedeflerine göre yönlendirmesi konusunda yardım eder (65,69).

2.2.1.4. Bağlamsal benlik

İlişkisel çerçeveleme KKT'nin de bir kavramı olan bağlamsal benlik, "kendini gözlemleme" olarak adlandırılabilirdiği gibi "farkındalığın farkındalığı", "saf farkındalık" olarak da adlandırılabilir (66). Bireyin kendisini tek bir olaya bağlamadan tüm yaşam deneyimlerine bakarak değerlendirmesidir (66).

Baglamsal benlik kişinin, gözlemleyici konumda olup düşünce, duygu ve anılarını gözlemleyerek negatif düşüncelerle sakin ve esnek bir şekilde baş etmesini ve stabil bir benlik durumuna odaklanmasını sağlar (70). İnsanlara deneyim, düşünce ve duyguların geçici olduğunu, asıl benliği etkilemeyeceğini hatırlatır (70).

2.2.1.5. Değerlerle temas

Bazen şimdiki zamanda olmak, anın güzelliklerinin farkına varmak açısından faydalıdır ancak değerleri netleştirmek ve bu değerlerle bağlantı kurmak için bazen gelecekteki hedefleri belirlemek ve bu hedeflere ilerlemek için gereken davranışları planlamak faydalıdır (71).

Psikolojik esneklik, bugünle esnek bir bağ kurarken belirlenmiş değerler doğrultusunda hareket etmektir (14). Psikolojik esnekliğin tüm bileşenleri etkileşimdedir, her biri kişinin değerleri doğrultusunda daha esnek hareket etmesine katkı sağlamaktadır, ancak eğer kişinin kendi değerleri yoksa başkalarının değer yargılarına göre yaşamaya başlamaları kaçınılmazdır (66). KKT'nde de an ile teması sağlayarak değerleri belirlemek ve kişiye özelleştirmek amaçlanır (66).

2.2.1.6. Değer odaklı davranışlarda kararlılık

Psikolojik esnekliğin bir bileşeni olarak değer odaklı davranışlarda kararlılık, kişilerin değer odaklı davranışlarını gittikçe daha geniş bir davranış örüntüsü haline getirmeyi amaç edinir (61).

Örüntülerin genişletilmesi, önceden belirlenmiş değerlerle uyumlu ve daha ulaşılabilir ara hedefler belirleyerek sağlanabilir (61).

2.2.2. Psikosomatik hastalıklarla psikolojik esneklik arasındaki ilişki

Kronik ağrılı hastalarda, semptomlarla ilişkisi açısından dayanıklılık faktörünün önemli olduğu gösterilmiş ve dayanıklılık faktörü olarak psikolojik esnekliğin de önemli bir yere sahip olduğu son yıllarda yapılan çalışmalarla saptanmıştır (72).

2021 yılında İspanya’da 187 fibromiyalji hastası ile yapılan bir çalışmada, romatoloji ünitesine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalara fibromiyaljinin şiddetini ve etkisini ölçen ölçeklerle birlikte AAQ-2 ve ağrı felaketleştirme ölçeği (PCS) uygulanmış, bu çalışma ile fibromiyalji şiddeti ve kişilerin hayat kalitesi üzerindeki etkisinde psikolojik esnekliğin stratejik bir rol oynadığı gösterilmiştir (73).

Tip 1 DM hastası adolesanlarda yapılan bir çalışmada psikolojik esneklik seviyesi ne kadar yüksekse hayat kalitesi ve glisemik kontrol o kadar iyi, depresyon ve anksiyete semptomlarının o kadar az olduğu bulunmuştur (74). Yine Tip 2 DM hastalarında psikolojik esneklik ve mental sağlık ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmada 102 katılımcıya 20 sorudan oluşan psikolojik esneklik anketi ve mental sağlık testi uygulanmış, bu çalışmada psikolojik iyi olma halinin özellikle psikolojik esnekliğin alt parametresi olan “pozitif değişim algısı” ile ilişkili olduğu saptanmıştır (75). Katılımcıların diyabetle başa çıkabilmeleri için psikolojik esnekliğin önemli bir yere sahip olduğu, kişinin iyilik halini ve hayat kalitesini pozitif yönde etkilediği gösterilmiştir (75,76).

Psikolojik müdahaleler, kanser hastalarında kanıta dayalı olarak önerilir ve yıllar geçtikçe hastalar tarafından da talebi artmaktadır (17). Kanser hastalarında yapılan çeşitli çalışmalarda değer odaklı yaşamın iyilik halini arttırdığı, kanser tanısına psikolojik uyumda önemli olduğu gösterilmiştir (17). Psikolojik esneklik yalnızca stres odaklı sonuçlar açısından değil aynı zamanda erken dönem prostat, meme, akciğer ve kolorektal kanser hastalarının hayat kaliteleri açısından da önem kazanmaktadır (17).

Epilepsi, hem kişiye hem de ailesine biyopsikososyal etkiler yaratan bir hastalıktır ve alınan tedavilerin de kişilerin ruhsal sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir (77). Psikolojik esnekliği arttırmayı amaçlayan KKT, epilepsi hastalarında hem psikiyatrik şikayetleri azaltmak hem de hayat kalitesini arttırmak için kullanılabilir (77).

2019 yılında 30 katılımcıyla yapılan bir çalışmada hipertansiyon hastalarında KKT etkinliği araştırılmış ve çalışma sonunda psikolojik esnekliği arttırmaya yardımcı bu terapinin kan basıncını düşürmede ve bilişsel duygusal düzenlemede yardımcı olduğu öne sürülmüştür (18).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Haziran 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında İstanbul Göztepe A.S.M.'ne başvuran 40 yaş ve üzeri gönüllü bireyler dahil edildi. Bu gönüllülerin önce anamnezleri alınarak hipertansiyon ilişkili şikayetlerinin olup olmadığı sorgulandı. Ardından sistem kontrollerinde hem HT tanılarının olup olmadığı hem de Tablo 2.3'te belirtilen sekonder HT sebebi olabilecek hastalıklarının ya da belirtilerinin olup olmadığı kontrol edildi. Sekonder HT düşünülen hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Sekonder HT düşünülmeyen, gelmeden önce tansiyon yükseltebilecek çay, kahve vb. tüketmemiş, evde koldan manşonlu tansiyon aleti olan ve evde tansiyon ölçümlerini talimatlara uygun yapıp uygulayabilecek, ölçekleri okuma, anlama ve değerlendirme becerisinde olan gönüllüler çalışmaya dahil edildi.

HT tanı, tedavi ve hastaya yaklaşımları açısından ulusal ve uluslararası kabul görmüş kaynaklar incelendiğinde bazı farklılıkların olduğu görülmüş ve Türk Uzlaşma raporu hazırlanmıştır (20). Biz de çalışmamızda bu rehber doğrultusunda hareket ettik.

Katılımcılar ilk başvuruda en az 15 dk sessiz bir odada dinlendirildi, ardından manuel tansiyon aleti ile tansiyon ölçüm kurallarına uyularak tansiyonları ölçüldü ve kaydedildi. Daha sonra bu hastalara evde KB ölçümü konusunda dikkat etmeleri gerekenler anlatıldı. Daha önce hazırlanmış ve dokümanite edilmiş onam formu (Bkz. EK 4), Türkçe geçerlilik çalışmaları yapılmış olan AAQ-2, ÇBPPEE, SF-36, DASS-21 ölçekleri hastalara verildi.

Gönüllülerin A.S.M.'nde sakin bir odada kendilerine en uygun cevapları işaretlemeleri istendi, anlamadıkları sorularda tarafımıza sormaları, mümkünse boş soru bırakmamaları istenerek, istendiği takdirde soruların anlamı açısından hastalara yardımcı olundu. Söz konusu ölçeklerin sorularını yanıtlamakta zorlanan ve bitirmeden sıkılıp bırakan hastalar çalışmadan dışlandı.

Ölçekleri tamamlayan kişilerin sabah ve akşam olmak üzere, açken ve en az 15 dk dinlenerek, tansiyon ölçüm kuralları anlatılıp bu kurallara uyarak, bir haftalık tansiyon ölçümlerini not etmeleri istendi ve katılımcılar bir hafta sonra kontrole çağırıldı. Bir hafta sonra tansiyon ölçümlerini getiren kişilerin tansiyon ölçüm ortalamaları alındı.

Gönüllülerin eğer daha önce herhangi bir HT tanısı yoksa ve ölçüm sonuçları HT' u işaret etmiyorsa kontrol grubuna, eğer daha önce HT tanıları mevcut ve ölçüm ortalamaları sistolik tansiyon 135 mmHg ve diyastolik tansiyon 85 mmHg altındaysa kontrollü HT hastaları grubuna, eğer ölçüm ortalamaları antihipertansif ilaç kullanımına rağmen sistolik tansiyon 135 mmHg ve/veya diyastolik tansiyon 85 mmHg ve üzeri değerlerde çıkarsa kontrolsüz HT hastaları grubuna dahil edildi. Bunun dışında herhangi bir HT tanısı olmayıp Şekil 2.1'deki akış şemasına göre HT tanısı alan hastalar ise yeni tanılı HT hastaları olduğundan çalışmamıza dahil edilmedi.

Gruplardan her biri 30 katılımcıya ulaşıncaya çalışma sonlandırıldı.

Çalışmamızda herhangi bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

Bu tez çalışması İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu 27.04.2022 tarih ve 2022/0254 no'lu kararı ile tıbbi etik açıdan uygun bulunmuştur (Bkz. EK 1).

3.1. ÇALIŞMADA KULLANILAN ÖLÇEKLER

AAQ-2, psikolojik katılık veya deneysel kaçınmayı, her biri 1-7 arası puanlar alan, 1'in hiçbir zaman doğru olmadığı, 7'nin daima doğru olduğu anlamına gelen yedili likert ölçeğiyle analiz eder, puanların toplanması ile elde edilen sayı ne kadar büyükse psikolojik katılık seviyesi o kadar yüksektir (78) (Bkz. EK 5). Ölçek, 2011 yılında AAQ-1'den daha güçlü bir alternatif olarak Frank W. Bond ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (79). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2016 yılında Fatih Yavuz , Sevinç Ulusoy , Mehtap Işkın ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (78).

ÇBPPEE, Jaci L Rolffs , Ronald D Rogge , Kelly G Wilson tarafından, 2018 yılında, KKT altıgen modelinin boyutlarını inceleme imkanı sunmak amacı ile geliştirilmiştir (80). Türkçe uyarlaması Gizem Ulubay, Uğur Gürkan tarafından 2020 yılında yapılmıştır, hastanın son 2 haftasını göz önünde bulundurarak cevaplandığı 1-kesinlikle doğru değil 6-kesinlikle doğru seçenekleri arasında cevaplanan 30 madde psikolojik esneklik, 25 madde psikolojik katılık olmak üzere 2 ana boyuttan oluşan 55 maddelik 6'lı likert tipinde bir ölçme aracıdır, boyutlara ait sorulardan alınan toplam puan, o boyuta ait düzeyin bilgisini vermektedir (66) (Bkz. EK 6).

SF-36, John E. Ware tarafından 1987-1990 yılları arasında geliştirilmiştir (81). Türkçe uyarlaması 2006 yılında Yücel Demiral, Gül Ergör, Belgin Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (82). Kişinin sağlık durumu ile ilgili "fiziksel fonksiyon", "fiziksel rol

güçlüğü”, “emosyonel rol güçlüğü”, “enerji-canlılık-vitalite”, “ruhsal sağlık”, “sosyal işlevsellik”, “ağrı”, “genel sağlık algısı” olmak üzere sekiz alt parametre ölçen toplam 36 sorudan oluşmaktadır (82) (Bkz. EK 7). Bu sorular hesaplanma yöntemine göre toplam 11 bölümden oluşmaktadır (82). Ölçülecek her bir parametreye ait değer, bu parametreye ait soruların 0-100 arasında aldığı puanlar toplanıp ortalamaları alınarak hesaplanmaktadır (82).

DASS-21, P. F. Lovibond ve S. H. Lovibond tarafından 1995’te DASS-42’nin bazı maddeleri seçilerek, kısa versiyonu olarak geliştirildi (83). Depresyon, anksiyete ve stres alt parametrelerini değerlendiren, her biri 7 soruluk toplam 21 sorudan oluşan, her bir sorunun 0-Hiçbir zaman ve 3-Her zaman arasında cevaplandırıldığı dördümlük likert tipi derecelendirmeye sahip bir ölçektir, alt parametre sorularının puanları kendi içinde toplanarak hesaplama yapılmaktadır (84) (Bkz. EK 8). Ölçeğin Türkçe uyarlaması 2017 yılında Hakan Sarıçam tarafından yapılmış, 2018 yılında yayınlanmıştır (84).

3.2. VERİ ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Veriler IBM SPSS Statistics 25 © Copyright SPSS Inc. 1989, 2017 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu örneklem sayısına bağlı olarak Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile incelenmiştir. Çalışmada yer alan kategorik değişkenler frekans (n) ve yüzde (%) ile sürekli değişkenler ortalama±standart sapma (SS), medyan (IQR 25-75) ve minimum-maksimum değerleri ile sunulmuştur. Sürekli değişkenler arasındaki korelasyon analizinde, veri normal dağılım göstermediği için, Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Bağımsız iki grup analizlerinde, yine normal dağılım görülmediğinden Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında One-way ANOVA, normal dağılım göstermeyen bağımsız ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis H testten yararlanılmıştır. One-way ANOVA testinde anlamlı sonuç ortaya çıktığında, farklılığın kaynağını anlamak için Post-Hoc Games-Howell testine başvurulmuştur. Kruskal Wallis H testin sonucuna göre ise, Post-hoc Bonferroni düzeltmesi çalıştırılmıştır. Çalışmada istatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmada yer alan 90 katılımcının kontrol, kontrollü tansiyon hastaları ve kontrolsüz tansiyon hastalarına ilişkin dağılımları eşittir. Bu çalışma grupları 30’ar sayıda katılımcıya sahiptir.

Çalışmaya katılanların yaşlarına bakıldığında en genç bireyin 51, en yaşlı bireyin 79 yaşında olduğu görülmektedir, gruplara göre yaş özellikleri Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların yaşları.

	YAŞ		
	Ort+SS	Med(IQR)	Min-Max
Kontrol Grubu (n=30)	61,73±6,23	63 (57-66)	51-74
Kontrollü Tansiyon Grubu (n=30)	64,77±6,15	64,5 (62-68)	54-77
Kontrolsüz Tansiyon Grubu (n=30)	66,7±6,35	66,5 (62-71)	55-79
TOPLAM (n=90)	64,4±6,5	64 (60-69)	51-79

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların %51,1’i kadındır. Kontrol grubunda %70 olan kadın oranı, kontrollü tansiyon grubunda %46,7 ve kontrolsüz tansiyon grubunda %36,7 olarak ölçülmüştür. Tüm katılımcılar dikkate alındığında %52,2 ile en fazla görülen eğitim durumu olan üniversite mezunu olma durumu kontrolsüz tansiyon grubunda %56,7’lik orana ulaşmıştır. Katılımcıların büyük bir kısmı (%75,6) evlidir. Evli katılımcılar tüm gruplarda en sık görülen medeni durum kategorisi olmuştur. Ekonomik duruma bakıldığında ise, tüm gruplarda ekonomik durumunu “orta” olarak değerlendiren katılımcıların fazla olduğu ve %76,7 ile %86,7 arasında oranlara sahip olduğu anlaşılmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2’ de yer alan analiz sonuçları sosyo-demografik faktörler içerisinde yaş ve cinsiyet değişkenlerinde çalışma grupları arasında anlamlı farklılıklar olduğunu ifade etmektedir ($p<0,05$). Anlamlı farklılığın hangi çalışma gruplarından kaynaklandığını anlamak amacıyla yapılan ileri analiz sonuçlarına göre, kontrollü HT grubu ile kontrolsüz HT grubu bu iki değişken kapsamında benzerlerdir. Yaş değişkeninde farklılığın kaynaklandığı grup kontrol grubu ve kontrolsüz HT grubudur ($p=0,009$). Aynı şekilde, cinsiyet değişkeninde de aralarında anlamlı farklılığın gözlemlendiği gruplar kontrol grubu ile kontrolsüz HT gruplarıdır. Kontrol grubunda kadınlar, kontrolsüz HT grubunda ise erkekler istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek çıkmıştır.

Tablo 4.2. Çalışma gruplarına göre sosyo-demografik özellikler.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Kontrol Grubu (n=30)	Kontrollü HT Grubu (n=30)	Kontrolsüz HT Grubu (n=30)				
Yaşı (yıl)	61,73±6,23	64,77±6,15	66,70±6,35	0,010^A	0,148	0,009	0,459
Cinsiyet				0,028*			
Erkek	9(30) ^a	16(53,3) ^{a,b}	19(63,3) ^b				
Kadın	21(70) ^a	14(46,7) ^{a,b}	11(36,7) ^b				
Eğitim durumu				0,990*			
İlkokul	1(3,3)	1(3,3)	1(3,3)				
Ortaokul	3(10)	3(10)	2(6,7)				
Lise	12(40)	10(33,3)	10(33,3)				
Üniversite	14(46,7)	16(53,3)	17(56,7)				
Medeni Durum				0,080*			
Bekar	5(16,7)	0(0)	5(16,7)				
Dul/Boşanmış	2(6,7)	6(20)	4(13,3)				
Evli	23(76,7)	24(80)	21(70)				
Ekonomik Durum				0,746*			
Düşük	2(6,7)	2(6,7)	1(3,3)				
Orta	26(86,7)	23(76,7)	26(86,7)				
Yüksek	2(6,7)	5(16,7)	3(10)				

^AOneway Anova testi, Post Hoc Games-Howell Testi, $ort\pm SS$.

*Pearson Ki-Kare Testi, Fisher Freeman Halton Testi, Yates Düzeltmesi, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, $n(\%)$.

Gruplar arasındaki farklar küçük harflerle gösterilmiştir, farklı harfler farkı temsil etmektedir.

Kontrollü ve kontrolsüz HT hastalarının yer aldığı iki gruptaki hastaların tamamında antihipertansif kullanımı görülmektedir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise hiçbiri antihipertansif kullanmamaktadırlar. Tüm katılımcılarda %16,7’lik bir orana sahip olan antidepresan kullanımı, kontrollü HT hastalarında (%23,3), kontrolsüz HT hastalarına

(%16,7) göre biraz daha yüksek çıkmıştır. Alkol tüketimine bakıldığında, kontrolsüz HT hastalarının %36,7'sinin alkol kullandığı, kontrollü HT hastalarında ise alkol tüketiminin %20 olarak hesaplandığı görülmüştür. Tablo 4.3'te yer alan son değişken olan sigara kullanımında ise, her 3 kontrolsüz HT hastasının 1'inin sigara tükettiğine ilişkin dağılımlar görülmektedir. Kontrollü HT hastalarının sigara tüketme sıklığı %13,3 olarak ölçülmüştür.

Tablo 4.3'te listelenen değişkenler arasında anlamlı farklılığın görüldüğü tek değişken antihipertansif kullanımı olmuştur ($p<0,001$). Kontrollü HT ve kontrolsüz HT gruplarında antihipertansif kullanımı kontrol grubuna göre anlamlı şekilde yüksektir. Tablo 4.3'te yer alan diğer değişkenler olan kullanılan antihipertansif sayısı ($p=0,142$), antidepresan kullanımı ($p=0,374$), alkol kullanımı ($p=0,350$) ve sigara kullanımı ($p=0,179$) gibi değişkenler ise çalışma grupları içerisinde benzer dağılımlar sergilemişlerdir.

Tablo 4.3. Katılımcıların ilaç, alkol ve sigara kullanımları.

Değişkenler	Kontrol Grubu (n=30)		Kontrollü Tansiyon Grubu (n=30)		Kontrolsüz Tansiyon Grubu (n=30)		TOPLAM (n=90)		p*
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Antihipertansif Kullanımı									
Yok	30	100	0	0	0	0	30	33,3	<0,001
Var	0	0	30	100	30	100	60	66,7	
Kullanılan Antihipertansif Sayısı									
1	0	0	7	23,3	9	30	16	26,7	0,142
2	0	0	13	43,3	6	20	19	31,7	
3 ve üzeri	0	0	10	33,3	15	50	25	41,7	
Antidepresan Kullanımı									
Yok	27	90	23	76,7	25	83,3	75	83,3	0,374
Var	3	10	7	23,3	5	16,7	15	16,7	
Alkol Kullanımı									
Yok	21	70	24	80	19	63,3	64	71,1	0,350
Var	9	30	6	20	11	36,7	26	28,9	
Sigara Kullanımı									
Yok	23	76,7	26	86,7	20	66,7	69	76,7	0,179
Var	7	23,3	4	13,3	10	33,3	21	23,3	

*Pearson Ki-Kare Test, Yates Düzeltmesi, Post Hoc Bonferroni Düzeltmesi, n(%).

A.S.M. tansiyon ölçümlerine ilişkin değerlerin yer aldığı Tablo 4.4, kontrolsüz HT hastalarının SKB ortalama $144,7\pm 16,59$ ve DKB ortalama $85,77\pm 12,04$ olarak ölçüldüğünü

göstermektedir. Bu tansiyon türleri, kontrollü HT hastalarının yer aldığı grupta sırasıyla $126,17 \pm 14,48$ ve $78,33 \pm 7,47$ ortalama değerlerine ulaşmıştır.

Tablo 4.4. Çalışmaya katılan hastaların A.S.M. tansiyon ölçümleri.

	Kontrol Grubu (n=30)			Kontrollü HT Grubu (n=30)			Kontrolsüz HT Grubu (n=30)			TOPLAM (n=90)		
	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max
SKB	115,93 ± 9,25	120 (110-120)	100- 140	126,17 ± 14,48	122,5 (115-140)	105- 160	144,7 ± 16,59	142,5 (135- 155)	110- 185	128,93 ± 18,14	125 (117- 140)	100- 185
DKB	74,57 ± 7,09	75 (70-80)	60- 85	78,33 ± 7,47	80 (70-80)	60- 90	85,77 ± 12,04	80 (80-90)	60- 120	79,56 ± 10,18	80 (70-82)	60- 120

Tablo 4.5'ten başlayıp, Tablo 4.9'a kadar devam eden kısımda, çalışmanın temelinde yer alan ölçek skorlarının tüm gruplar için dağılımları gösterilmektedir.

Tablo 4.5'te AAQ-2 ölçeği'ne ilişkin değerler görülmektedir. Genel itibariyle tüm katılımcılarda ortalama $16,37 \pm 7,56$ olarak ölçülen AAQ-2'nin kontrolsüz HT grubunda ($17,5 \pm 9,18$), diğer gruplara göre daha yüksek bir değer aldığı anlaşılmıştır. Kontrollü HT grubunda AAQ-2 $15,93 \pm 5,98$ ortalama değere ulaşmıştır.

Tablo 4.5. Katılımcıların AAQ-2 skorları.

	AAQ-2		
	Ort±SS	Med(IQR)	Min-Max
Kontrol Grubu (n=30)	15,67±7,31	14,5(10-19)	7-37
Kontrollü HT Grubu (n=30)	15,93±5,98	16(11-19)	7-29
Kontrolsüz HT Grubu (n=30)	17,5±9,18	13(10-23)	7-43
TOPLAM (n=90)	16,37±7,56	14,5(10-21)	7-43

SF-36 ölçeği'nin alt boyutlarının aldığı değerlerin gösterildiği Tablo 4.6'ya bakıldığında, kontrollü HT grubunda “fiziksel rol güçlüğü” boyutu $85\pm 25,09$ ortalamasıyla, kontrolsüz HT grubunda ise “emosyonel rol güçlüğü” boyutu $85\pm 28,48$ ortalamasıyla en yüksek skorları alan boyutlar olmuşlardır. Tüm boyutlar dikkate alındığında “fiziksel rol güçlüğü”, “enerji/canlılık/vitalite”, “ruhsal sağlık”, “sosyal işlevsellik” ve “Soru 2” boyutlarının kontrollü HT hastalarında, kontrolsüz HT hastalarına göre daha yüksek skorlar aldığı anlaşılmıştır. Kontrolsüz HT hastalarının yer aldığı grupta, kontrollü HT hastalarına göre daha yüksek skorlar alan boyutlar ise “fiziksel fonksiyon”, “emosyonel rol güçlüğü”, “ağrı” ve “genel sağlık algısı” boyutlarıdır.



Tablo 4.6. Katılımcıların SF-36 ölçeği skorları.

Değişkenler	Kontrol Grubu (n=30)			Kontrollü HT Grubu (n=30)			Kontrolsüz HT Grubu (n=30)			TOPLAM (n=90)		
	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max
Fiziksel Fonksiyon	85,83±17,82	90 (85-95)	15-100	78,83±21,56	90 (65-95)	25-100	80,33±17,61	85 (70-95)	40-100	81,67±19,11	90 (75-95)	15-100
Fiziksel Rol Güçlüğü	80±34,99	100 (75-100)	0-100	85±25,09	100 (75-100)	0-100	72,92±37,44	100 (50-100)	0-100	79,31±32,95	100 (75-100)	0-100
Emosyonel Rol Güçlüğü	94,44±19,74	100 (100-100)	0-100	76,66±29,23	100 (33,33-100)	33,33-100	85±28,48	100 (66,66-100)	0-100	85,37±26,89	100 (66,66-100)	0-100
Enerji /Canlılık /Vitalite	69,67±16,13	70 (55-75)	30-100	67,17±18,18	67,5 (55-80)	30-100	62,03±22,36	62,5 (50-80)	15-96	66,29±19,12	67,5 (55-80)	15-100
Ruhsal Sağlık	74,93±18,88	80 (60-88)	24-100	73,73±17,38	76 (68-88)	28-100	68,27±18,25	68 (56-84)	24-100	72,31±18,21	76 (60-88)	24-100
Sosyal İşlevsellik	81,25±19,63	81,25 (62,5-100)	37,5-100	79,58±17,52	75 (62,5-100)	37,5-100	70±26,18	75 (50-87,5)	12,5-100	76,94±21,76	75 (62,5-100)	12,5-100
Ağrı	78,67±20,54	80 (67,5-90)	22,5-100	74,17±24,74	78,75 (57,5-100)	12,5-100	74,58±24,85	90 (57,5-90)	22,5-100	75,81±23,29	80 (67,5-90)	12,5-100
Genel Sağlık Algısı	71,73±17,58	72,5 (65-80)	30-100	68,75±15,44	72,5 (65-80)	25-90	68,97±18,61	70 (55-80)	35-97	69,82±17,12	70 (60-80)	25-100
Soru 2	60±24,21	50 (50-75)	0-100	58,5±25,84	50 (50-75)	25-100	52,5±23,99	50 (50-75)	0-100	57±24,63	50 (50-75)	0-100

Tablo 4.7’de 3 alt boyut üzerinden ele alınan DASS-21 skorlarında ise “depresyon”, “anksiyete” ve “stres” olarak adlandırılan tüm boyutların aldıkları ortalama değerlerin kontrolsüz HT hastalarında, tansiyonu kontrollü olan hastalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Örneğin, kontrolsüz HT grubunda ortalaması $5,9\pm 4,69$ olarak hesaplanan “stres” boyutunun kontrollü HT grubunda aldığı ortalama değer $3,87\pm 2,62$ olmuştur.

Tablo 4.7. Katılımcıların DASS-21 skorları.

		DEPRESYON	ANKSİYETE	STRES
Kontrol Grubu (n=30)	Ort±SS	2,13±2,62	2,63±2,82	3,9±2,98
	Med(IQR)	1 (0-3)	2 (1-5)	3 (2-6)
	Min-Max	0-12	0-12	0-10
Kontrollü HT Grubu (n=30)	Ort±SS	2,67±2,59	2,6±2,44	3,87±2,62
	Med(IQR)	2,5 (0-4)	2 (1-4)	3,5 (2-6)
	Min-Max	0-10	0-10	0-8
Kontrolsüz HT Grubu (n=30)	Ort±SS	3,6±2,99	3,1±2,44	5,9±4,69
	Med(IQR)	3 (1-6)	3 (1-4)	5 (2-7)
	Min-Max	0-10	0-10	1-18
TOPLAM (n=90)	Ort±SS	2,8±2,78	2,78±2,56	4,56±3,63
	Med(IQR)	2 (0-4)	2 (1-4)	4 (2-6)
	Min-Max	0-12	0-12	0-18

ÇBPPEE ölçeğine ilişkin skorlar Tablo 4.8’dedir. Kontrollü HT hastalarının olduğu grupta psikolojik esneklik ana boyutu ($125,5\pm 21,96$), kontrolsüz HT hastalarının olduğu grupta ise psikolojik katılık ana boyutu ($60,77\pm 23,35$) diğer gruba göre daha yüksek skorlar almıştır. Psikolojik esneklik boyutu alt boyutlarından “anda olma” ve “değer yönelimli eylemler” haricindeki alt boyutlarda kontrollü HT hastalarının kontrolsüz HT hastalarına göre daha yüksek ortalama skorlar aldıkları anlaşılmaktadır. Psikolojik katılığın ise “yaşantısal kaçınma” ve “kavramsal benlik” alt boyutları haricindeki tüm alt boyutlarda tansiyonu kontrolsüz olan hastaların, kontrollü HT hastalarının olduğu gruba göre daha yüksek skor ortalamalarına sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 4.8. Katılımcıların ÇBPPEE ölçeği skorları.

Değişkenler	Kontrol Grubu (n=30)			Kontrollü Tansiyon Grubu (n=30)			Kontrolsüz Tansiyon Grubu (n=30)			TOPLAM (n=90)		
	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max	Ort±SS	Med (IQR)	Min-Max
Psikolojik Esneklik	134,67±29,94	133 (111-159)	49-177	125,5±21,96	120 (111-138)	79-179	122,43±18,67	117,5 (110-137)	87-154	127,53±24,29	124 (111-147)	49-179
Kabul	21,47±5,58	22 (17-26)	8-29	18±5,19	17,5 (14-19)	11-29	16,47±5,54	17 (13-19)	5-26	18,64±5,78	18 (15-23)	5-29
Anda Olma	23,83±5,52	25,5 (19-29)	14-30	21,23±4,27	20 (18-22)	15-30	22±4,88	22,5 (20-25)	11-30	22,36±4,98	22 (19-27)	11-30
Bağlamsal Benlik	22,67±6,21	23 (19-29)	8-30	21,33±4,24	20,5 (19-24)	11-30	20,8±5,63	20 (19-25)	7-30	21,6±5,42	21 (19-25)	7-30
Ayrışma	20,6±6,53	20 (17-26)	5-30	20,7±4,76	20 (18-23)	10-30	18,77±4,82	19,5 (17-20)	10-29	20,02±5,44	20 (17-23)	5-30
Değerler	22,87±6,42	24,5 (19-28)	7-30	21,73±4,32	21 (19-25)	14-30	21,43±5,55	21 (17-25)	5-30	22,01±5,47	21 (19-26)	5-30
Değer Yönelimli Eylemler	23,23±6,47	24,5 (20-28)	5-30	22,5±4,49	20,5 (19-26)	15-30	22,97±4,46	21,5 (20-26)	15-30	22,9±5,17	23 (20-27)	5-30
Psikolojik Katılık	55,77±18,13	55 (40-67)	30-96	55,5±16,63	56,5 (41-68)	28-98	60,77±23,35	60,5 (37-70)	32-129	57,34±19,51	56 (41-68)	28-129
Yaşantısal Kaçınma	3,73±1,46	4 (3-5)	1-6	3,93±1,05	4 (3-5)	2-6	3,63±1,47	4 (3-5)	1-6	3,77±1,33	4 (3-5)	1-6
Anla Temasının Yitirilmesi	10,9±4,77	10 (8-12)	5-28	11,07±5	10,5 (6-16)	5-22	11,2±5,52	9,5 (6-14)	5-20	11,06±5,05	10 (7-13)	5-28
Kavramsal Benlik	11,2±5,04	11,5 (8-14)	4-24	11,83±5,15	12,5 (7-16)	4-21	11,47±4,96	12 (7-15)	4-22	11,5±5	12 (7-15)	4-24
Birleşme	11,93±6,33	11 (6-16)	5-30	11,23±5,52	9,5 (7-13)	5-26	14,03±7,29	13 (8-18)	5-30	12,4±6,46	11 (7-16)	5-30
Değerlerle Temasının Yitirilmesi	9,73±5,67	7 (6-10)	6-26	9,73±3,96	8,5 (6-13)	6-17	10,53±5,34	8,5 (7-12)	6-26	10±5	8 (6-12)	6-26
İşlevsiz Davranış	8,27±3,88	6,5 (5-10)	5-19	7,7±3,83	6 (5-9)	5-20	9,9±6,51	7 (5-12)	5-27	8,62±4,94	6,5 (5-10)	5-27

Çalışmanın bu kısmından itibaren kontrol grubu, çalışma gruplarının çalışma kapsamında incelenen değişkenler kapsamında karşılaştırılması için yapılan analiz sonuçlarına yer verilecektir.

Tablo 4.9’da yer alan analiz sonuçları, A.S.M’nde ölçülen sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümlerinin çalışma grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde farklılaştığını göstermektedir ($p<0,001$). Anlamlı farklılığın hangi çalışma gruplarından kaynaklandığı anlamak amacıyla ileri analiz yapılmıştır. Buna göre, SKB ölçümleri tüm ikili gruplarda anlamlı şekilde farklılaşmaktadır (Şekil 4.1). Kontrolsüz HT hastalarının yer aldığı grupta en yüksek değere ($144,7\pm 16,59$) ulaşan SKB, kontrollü HT grubunda ortalama $126,17\pm 14,48$ değerini almıştır.

Anlamlı farklılığın görüldüğü DKB değişkeni için yapılan ileri analiz sonuçlarına bakıldığında ise, kontrollü ve kontrolsüz HT grupları arasında ($p=0,030$) ve kontrol grubu ile kontrolsüz HT grubu arasında ($p<0,001$) anlamlı farklılıklar görülmüştür. Kontrol grubu ile kontrollü HT grubu ise istatistiki açıdan benzer bulunmuştur ($p=0,436$, Şekil 4.2). DKB’nın en yüksek ortanca değere ulaştığı grup burada da kontrolsüz HT grubu olmuştur [80 (80-90)].

Tablo 4.9. Çalışma gruplarına göre A.S.M. tansiyon ölçümleri.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Kontrol Grubu (n=30)	Kontrollü HT Grubu (n=30)	Kontrolsüz HT Grubu (n=30)				
SKB	115,93±9,25	126,17±14,48	144,7±16,59	<0,001 ^Å	0,006	<0,001	<0,001
DKB	75(70-80)	80(70-80)	80(80-90)	<0,001 ^ķ	0,436	<0,001	0,030

^ÅOne-way ANOVA, Post-Hoc Games-Howell Test, *Ort±SS*

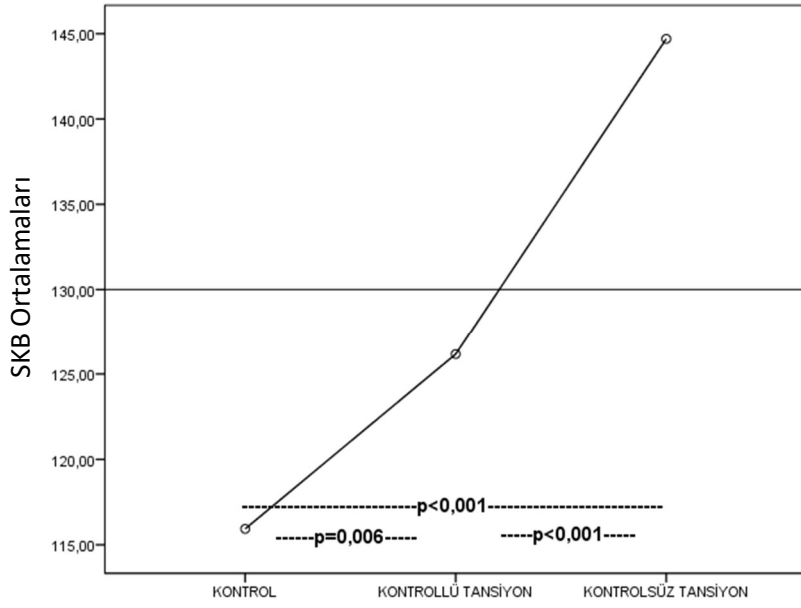
^ķKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *Med(IQR)*

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

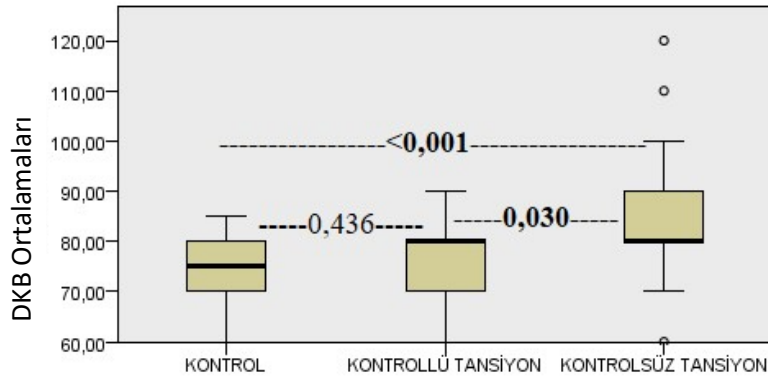
1: Kontrol grubu

2: Kontrollü HT grubu

3: Kontrolsüz HT grubu



Şekil 4.1. Çalışma gruplarına göre A.S.M. SKB ölçümleri.



Şekil 4.2. Çalışma gruplarına göre A.S.M. DKB ölçümleri.

AAQ-2 skorları tüm çalışma grupları için istatistiksel olarak benzer değerler almıştır ($p=0,804$, Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Çalışma gruplarına göre AAQ-2 skorları.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p ^k
	Kontrol Grubu (n=30)	Kontrollü HT Grubu (n=30)	Kontrolsüz HT Grubu (n=30)	
AAQ-2	14,5(10-19)	16(11-19)	13(10-23)	0,804

^kKruskal-Wallis H Test, *Med(IQR)*

9 alt boyutta ele alınan SF-36 ölçeğinde ise sadece “emosyonel rol güçlüğü” boyutunda çalışma grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmışken ($p=0,016$), diğer tüm boyutlarda anlamlı herhangi bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). “Emosyonel rol güçlüğü” boyutu çerçevesinde yapılan ileri analiz, farklılığın kontrol grubu ile kontrollü HT grubu arasında olduğunu göstermektedir (Şekil 4.11). Kontrollü HT grubu ile kontrolsüz HT grubunun ise bu boyutta benzerlik gösterdikleri anlaşılmıştır ($p=0,473$).

Tablo 4.11. Çalışma gruplarına göre SF-36 ölçeği skorları.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p ^k	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Kontrol Grubu (n=30)	Kontrollü HT Grubu (n=30)	Kontrolsüz HT Grubu (n=30)				
Fiziksel Fonksiyon	90 (85-95)	90(65-95)	85(70-95)	0,245	-	-	-
Fiziksel Rol Güçlüğü	100 (75-100)	100(75-100)	100(50-100)	0,526	-	-	-
Emosyonel Rol Güçlüğü	100 (100-100)	100(33,33-100)	100(66,66-100)	0,016	0,012	0,432	0,473
Enerji/Canlılık/Vitalite	70 (55-75)	67,5(55-80)	62,5(50-80)	0,449	-	-	-
Ruhsal Sağlık	80 (60-88)	76(68-88)	68(56-84)	0,237	-	-	-
Sosyal İşlevsellik	81,25 (62,5-100)	75(62,5-100)	75(50-87,5)	0,216	-	-	-
Ağrı	90 (85-95)	90(65-95)	85(70-95)	0,907	-	-	-
Genel Sağlık Algısı	72,5 (65-80)	72,5(65-80)	70(55-80)	0,789	-	-	-
Soru 2	50 (50-75)	50(50-75)	50(50-75)	0,472	-	-	-

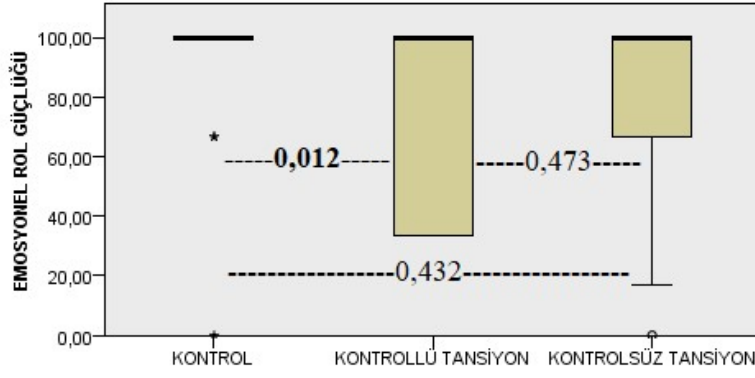
^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *Med(IQR)*

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Kontrol grubu

2: Kontrollü HT grubu

3: Kontrolsüz HT grubu



Şekil 4.3. Çalışma gruplarına göre emosyonel rol güçlüğü.

Tablo 4.12, DASS-21 ölçeğine ilişkin skorları göstermektedir. "Depresyon", "anksiyete" ve "stres" boyutlarına sahip olan DASS-21 ölçeği skorları çalışma gruplarında benzer dağılımlar sergilemiştir ($p>0,05$). Her ne kadar her üç boyut da, kontrolsüz HT hastalarında diğer iki gruba göre daha yüksek değerler olsa da, bu farklılıklar istatistiksel açıdan bir anlam ifade etmemektedir.

Tablo 4.12. Çalışma gruplarına göre DASS-21 ölçeği skorları.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p ^k
	Kontrol Grubu (n=30)	Kontrollü HT Grubu (n=30)	Kontrolsüz HT Grubu (n=30)	
Depresyon	1(0-3)	2,5(0-4)	3(1-6)	0,108
Anksiyete	2(1-5)	2(1-4)	3(1-4)	0,490
Stres	3(2-6)	3,5(2-6)	5(2-7)	0,251

^kKruskal-Wallis H Test, *Med(IQR)*

Her biri altı alt boyuta sahip olan iki ana boyuttan oluşan ÇBPÉE ölçeği skorlarına ilişkin yapılan analizin sonuçları Tablo 4.13'tedir. Psikolojik esneklik ana boyutu her ne kadar tüm gruplar için benzer bulunmuş olsa da ($p=0,127$), bu ana boyutun alt boyutlarından olan "kabul" boyutunda gruplar arası anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,004$). İleri analiz sonuçlarına bakıldığında, kontrollü HT grubu ile kontrolsüz HT grubunun arasında herhangi bir fark olmadığı anlaşılmıştır ($p>0,999$). Anlamlı farklılığın kaynaklandığı gruplar, kontrol grubu ile kontrollü HT grubu ($p=0,038$) ve kontrol grubu ile kontrolsüz HT grubu ($p=0,005$) olmuştur (Şekil 4.4). Psikolojik esneklik ana boyutunun diğer tüm alt boyutlarında ve

psikolojik katılık ana boyutu ile bu boyutun tüm alt boyutlarında ise çalışma grupları istatistiksel açıdan benzer skorlar almıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.13. Çalışma gruplarına göre ÇBPPE ölçeği skorları.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Kontrol Grubu (n=30)	Kontrollü HT Grubu (n=30)	Kontrolsüz HT Grubu (n=30)				
Psikolojik Esneklik	134,67±29,94	125,5±21,96	122,43±18,67	0,127 ^Å	-	-	-
Kabul	22(17-26)	17,5(14-19)	17(13-19)	0,004^k	0,038	0,005	>0,999
Anda Olma	25,5(19-29)	20(18-22)	22,5(20-25)	0,126 ^k	-	-	-
Bağlamsal Benlik	23(19-29)	20,5(19-24)	20(19-25)	0,460 ^k	-	-	-
Ayrışma	20,6±6,53	20,7±4,76	18,77±4,82	0,305 ^Å	-	-	-
Değerler	24,5(19-28)	21(19-25)	21(17-25)	0,339 ^k	-	-	-
Değer Yönelimli Eylemler	24,5(20-28)	20,5(19-26)	21,5(20-26)	0,437 ^k	-	-	-
Psikolojik Katılık	55(40-67)	56,5(41-68)	60,5(37-70)	0,710 ^k	-	-	-
Yaşantısal Kaçınma	4(3-5)	4(3-5)	4(3-5)	0,779 ^k	-	-	-
Anla Temasin Yitirilmesi	10(8-12)	10,5(6-16)	9,5(6-14)	0,987 ^k	-	-	-
Kavramsal Benlik	11,2±5,04	11,83±5,15	11,47±4,96	0,888 ^Å	-	-	-
Birleşme	11(6-16)	9,5(7-13)	13(8-18)	0,323 ^k	-	-	-
Değerlerle Temasin Yitirilmesi	7(6-10)	8,5(6-13)	8,5(7-12)	0,431 ^k	-	-	-
İşlevsiz Davranış	6,5(5-10)	6(5-9)	7(5-12)	0,495 ^k	-	-	-

^ÅOne-way ANOVA, $Ort \pm SS$

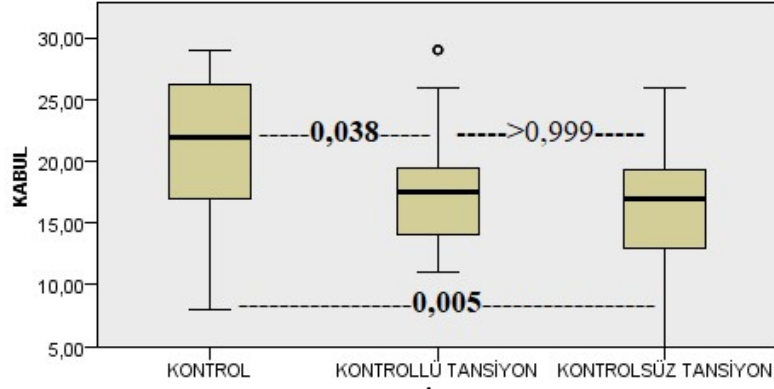
^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, $Med(IQR)$

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Kontrol grubu

2: Kontrollü HT grubu

3: Kontrolsüz HT grubu



Şekil 4.4. Çalışma gruplarına göre kabul.

Çalışmanın bu bölümünde yalnızca kadın katılımcılar özelinde yapılan analizlerin sonuçlarına yer verilecektir.

AAQ-2 skorları kadınlarda tüm çalışma grupları için istatistiksel olarak benzer değerler almıştır ($p=0,317$, Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre AAQ-2 skorları.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p^k
	Kontrol Grubu (n=21)	Kontrollü HT Grubu (n=14)	Kontrolsüz HT Grubu (n=11)	
AAQ-2	13(10-17)	12,5(10-16)	15(12-31)	0,317

^kKruskal-Wallis H Test, *Med(IQR)*

SF-36 ölçeğinde ise “enerji/canlılık/vitalite” ($p=0,006$), “ruhsal sağlık” ($p=0,019$) ve “ağrı” ($p=0,030$) boyutlarında çalışma grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmışken, diğer boyutlarda kadınlarda benzer dağılımlar sergilemiştir ($p>0,05$). Anlamlı farklılıkların görüldüğü boyutlar çerçevesinde yapılan ileri analizlerde, “enerji/canlılık/vitalite” boyutunda farklılığın kontrol grubu ile kontrolsüz HT grubu ($p=0,039$) ve kontrollü HT grubu ile kontrolsüz HT grubu ($p=0,005$) arasında; “ruhsal sağlık” ve “ağrı” boyutlarında ise sadece kontrollü HT grubu ile kontrolsüz HT grubu (sırasıyla $p=0,016$ ve $p=0,036$) arasında olduğunu göstermektedir. Bu boyutlardaki diğer gruplar arası karşılaştırmalarda benzerlikler saptanmıştır ($p>0,05$). Anlamlı farklılığın görüldüğü tüm bu boyutlarda kontrollü HT grubunda yer alan hastaların skorları kontrolsüz HT grubunda olan hastalara göre anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4.15).

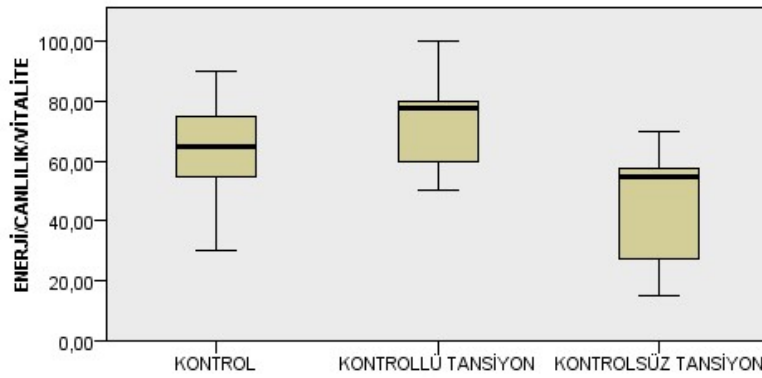
Tablo 4.15. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre SF-36 ölçeği skorları.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p ^k	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Kontrol Grubu (n=21)	Kontrollü HT Grubu (n=14)	Kontrolsüz HT Grubu (n=11)				
Fiziksel Fonksiyon	85 (75-95)	82,5 (65-95)	70 (45-85)	0,057	-	-	-
Fiziksel Rol Güçlüğü	100 (50-100)	100 (75-100)	75 (0-100)	0,280	-	-	-
Emosyonel Rol Güçlüğü	100 (100-100)	100 (33,33-100)	100 (33,33-100)	0,226	-	-	-
Enerji/Canlılık/Vitalite	65 (55-75)	77,5 (60-80)	55 (25-60)	0,006	0,975	0,039	0,005
Ruhsal Sağlık	80 (60-88)	84 (76-88)	64 (48-68)	0,019	0,866	0,126	0,016
Sosyal İşlevsellik	75 (62,5-100)	75 (62,5-100)	62,5 (25-75)	0,093	-	-	-
Ağrı	77,5 (67,5-90)	80 (67,5-90)	45 (35-77,5)	0,030	>0,999	0,089	0,036
Genel Sağlık Algısı	70 (60-80)	75 (65-80)	55 (40-80)	0,602	-	-	-
Soru 2	50 (50-75)	50 (25-75)	50 (25-50)	0,209	-	-	-

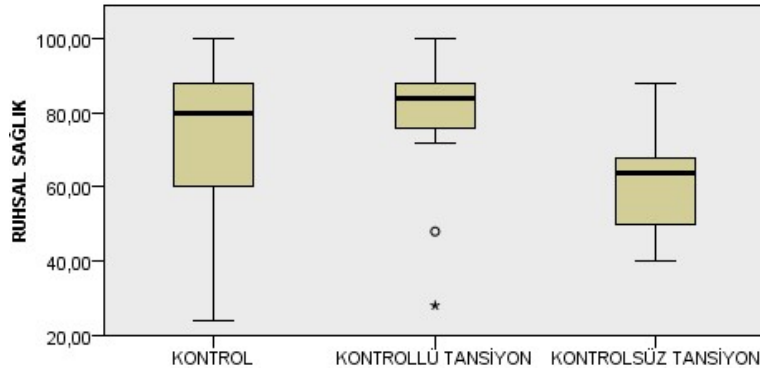
^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *Med(IQR)*

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

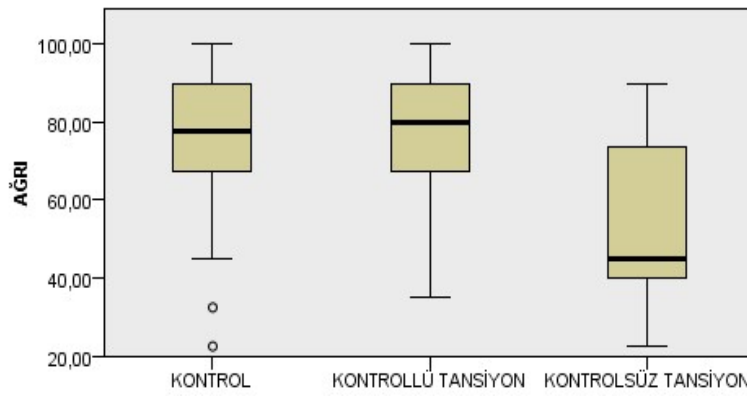
- 1: Kontrol grubu
- 2: Kontrollü HT grubu
- 3: Kontrolsüz HT grubu



Şekil 4.5. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre enerji /canlılık /vitalite.



Şekil 4.6. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre ruhsal sağlık.



Şekil 4.7. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre ağrı.

Tablo 4.16 sadece kadınlar için DASS-21'e ilişkin skorları göstermektedir. "Depresyon" ($p=0,044$) ve "stres" ($p=0,035$) boyutlarında anlamlı farklılıklar görülürken, "anksiyete" boyutu çalışma gruplarında benzer dağılımlar sergilemiştir ($p=0,118$). Kontrolsüz HT grubunda yer alan hastaların "depresyon" ve "stres" skorları kontrollü HT grubunda yer alan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (Şekil 4.8, Şekil 4.9).

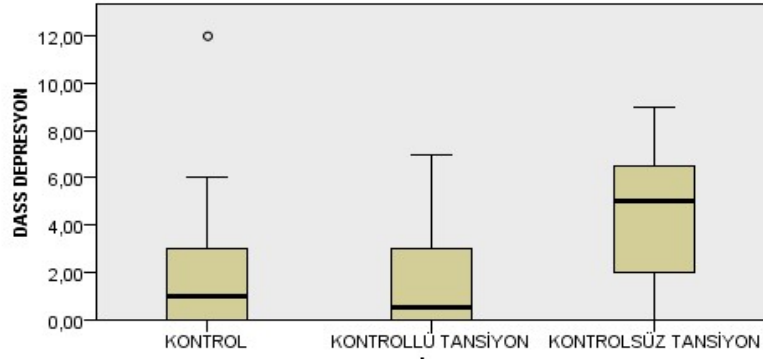
Tablo 4.16. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre DASS-21 ölçeği skorları.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p^k	p^{1-2}	p^{1-3}	p^{2-3}
	Kontrol Grubu (n=21)	Kontrollü HT Grubu (n=14)	Kontrolsüz HT Grubu (n=11)				
Depresyon	1(0-3)	0,5(0-3)	5(2-7)	0,044	>0,999	0,157	0,045
Anksiyete	2(1-5)	2(1-3)	4(3-7)	0,118	-	-	-
Stres	3(2-6)	2,5(1-5)	6(3-14)	0,035	>0,999	0,145	0,035

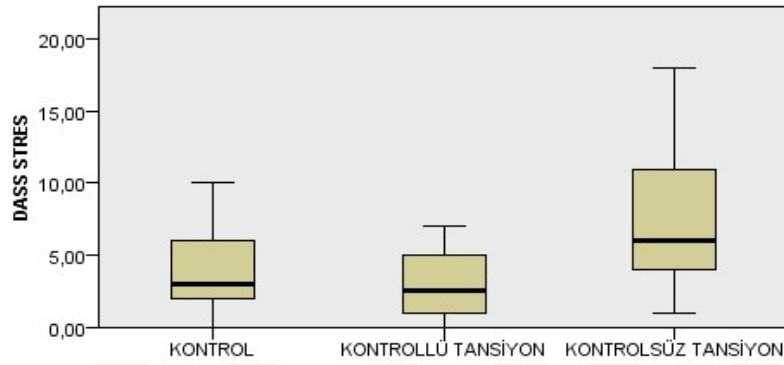
^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *Med(IQR)*

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Kontrol grubu 2: Kontrollü HT grubu 3: Kontrolsüz HT grubu



Şekil 4.8. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre depresyon.



Şekil 4.9. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre depresyon ve stres.

ÇBPPEE ölçeği skorlarına ilişkin yapılan analizin sonuçları Tablo 4.17'dedir. Psikolojik katılığın "birleşme" alt boyutunda kadınlar için gruplar arası anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,013$). İleri analiz sonuçlarına bakıldığında, kontrolsüz HT grubunda yer alan kadınlar, kontrollü HT grubunda yer alan kadınlara göre anlamlı şekilde yüksek skorlar almıştır ($p=0,010$, Şekil 4.10). Tabloda yer alan diğer tüm ana ve alt boyutlarda ise çalışma grupları istatistiksel açıdan benzer skorlar almıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.17. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre ÇBPPE ölçüğü skorları.

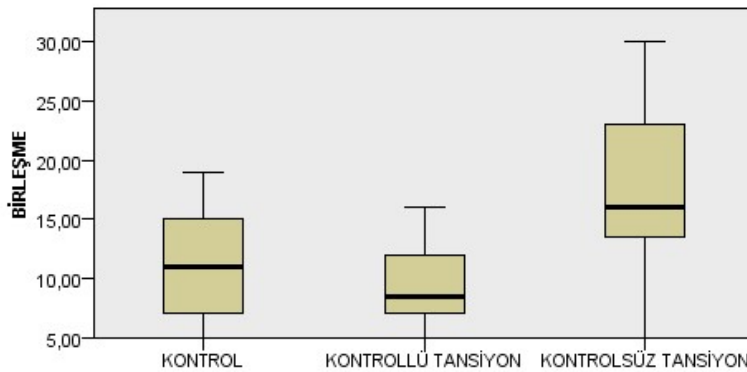
Değişkenler	Çalışma Grupları			p ^k	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Kontrol Grubu (n=21)	Kontrollü HT Grubu (n=14)	KontROLSÜZ HT Grubu (n=11)				
Psikolojik Esneklik	133(111-165)	121,5(111-147)	115(107-144)	0,435	-	-	-
Kabul	21(17-27)	18(15-22)	19(16-20)	0,300	-	-	-
Anda Olma	26(19-28)	20,5(19-22)	23(17-25)	0,457	-	-	-
Bağlamsal Benlik	24(19-29)	22(19-24)	20(16-25)	0,359	-	-	-
Ayrışma	20(17-27)	19,5(17-24)	19(14-21)	0,392	-	-	-
Değerler	24(19-28)	20,5(19-26)	21(16-25)	0,555	-	-	-
Değer Yönelimli Eylemler	24(21-28)	20(19-26)	22(19-30)	0,716	-	-	-
Psikolojik Katılık	56(43-67)	46,5(41-58)	64(43-70)	0,138	-	-	-
Yaşantısal Kaçınma	4(3-5)	4(3-5)	3(2-5)	0,443	-	-	-
Anla Temasın Yitirilmesi	10(8-12)	8(6-12)	9(6-14)	0,520	-	-	-
Kavramsal Benlik	12(8-14)	10(6-15)	14(7-17)	0,665	-	-	-
Birleşme	11(7-15)	8,5(7-12)	16(13-26)	0,013	0,631	0,131	0,010
Değerlerle Temasın Yitirilmesi	7(6-12)	7(6-9)	10(6-18)	0,322	-	-	-
İşlevsiz Davranış	7(5-10)	5(5-7)	7(5-12)	0,110	-	-	-

^AOne-way ANOVA, *Ort±SS*

^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *Med(IQR)*

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Kontrol grubu 2: Kontrollü HT grubu 3: KontROLSÜZ HT grubu



Şekil 4.10. Sadece kadınlarda çalışma gruplarına göre birleşme.

Çalışmanın bu bölümünde yalnızca erkek katılımcılar özelinde yapılan analizlerin sonuçlarına yer verilecektir.

AAQ-2, erkeklerde de tüm çalışma grupları için istatistiksel olarak benzer değerler almıştır ($p=0,432$, Tablo 4.18).

Tablo 4.18. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre AAQ-2 skorları.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p^k
	Kontrol Grubu (n=9)	Kontrollü HT Grubu (n=16)	Kontrolsüz HT Grubu (n=19)	
AAQ-2	16(10-21)	17,5(15-22)	13(10-22)	0,432

^kKruskal-Wallis H Test, *Med(IQR)*

Erkekler söz konusu olduğunda, SF-36 ölçeğinde sadece “emosyonel rol güçlüğü” boyutunda çalışma grupları arasında anlamlı bir farklılık saptanmışken ($p=0,018$), diğer tüm boyutlarda anlamlı herhangi farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$, Tablo 4.19). “Emosyonel rol güçlüğü” boyutu çerçevesinde yapılan ileri analiz, farklılığın kontrol grubu ile kontrollü HT grubu arasında olduğunu göstermektedir (Şekil 4.11). Tansiyonu kontrollü olan hastalar ile kontrolsüz HT grubunda yer alan hastaların ise bu boyutta benzerlik gösterdikleri anlaşılmıştır ($p=0,135$).

Tablo 4.19. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre SF-36 ölçeği skorları.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p ^k	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Kontrol Grubu (n=9)	Kontrollü HT Grubu (n=16)	Kontrolsüz HT Grubu (n=19)				
Fiziksel Fonksiyon	95(90-100)	90(75-95)	90(85-95)	0,299	-	-	-
Fiziksel Rol Güçlüğü	100(100-100)	100(75-100)	100(50-100)	0,298	-	-	-
Emosyonel Rol Güçlüğü	100(100-100)	83,33(50-100)	100(100-100)	0,018	0,021	0,829	0,135
Enerji/Canlılık/Vitalite	75(75-90)	65(55-77,5)	75(55-85)	0,137	-	-	-
Ruhsal Sağlık	84(72-92)	72(62-78)	76(60-88)	0,283	-	-	-
Sosyal İşlevsellik	100(100-100)	75(75-100)	87,5(50-100)	0,067	-	-	-
Ağrı	90(90-100)	72,5(50-100)	90(90-100)	0,233	-	-	-
Genel Sağlık Algısı	80(70-85)	67,5(61,25-77,5)	75(65-85)	0,191	-	-	-
Soru 2	50(50-50)	50(50-77,5)	50(50-75)	0,754	-	-	-

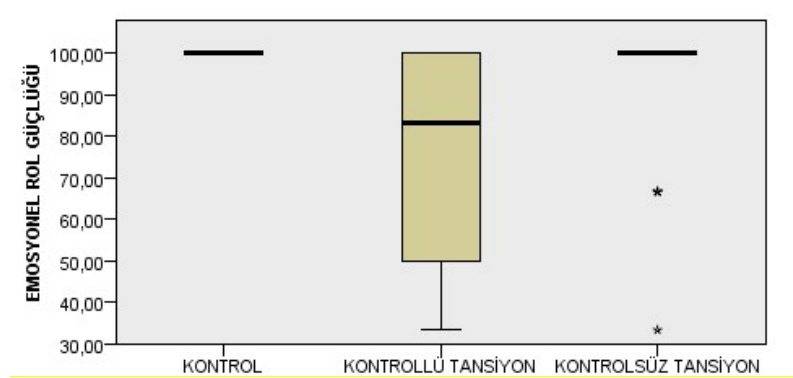
^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *Med(IQR)*

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

1: Kontrol grubu

2: Kontrollü HT grubu

3: Kontrolsüz HT grubu



Şekil 4.11. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre emosyonel rol güçlüğü.

DASS-21 ölçeğine ilişkin skorlar ise Tablo 4.20’de gösterilmektedir. “Depresyon”, “anksiyete” ve “stres” boyutlarına sahip olan DASS-21 ölçeği skorları erkekler için çalışma gruplarında benzer dağılımlar sergilemiştir ($p>0,05$).

Tablo 4.20. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre DASS-21 ölçeği skorları.

Değişkenler	Çalışma Grupları			p ^k
	Kontrol Grubu (n=9)	Kontrollü Tansiyon Grubu (n=16)	Kontrolsüz Tansiyon Grubu (n=19)	
Depresyon	0(0-3)	3,5(1,5-4,5)	3(1-5)	0,690
Anksiyete	1(0-3)	2(1-4)	2(1-4)	0,744
Stres	5(3-6)	5(3-7,5)	3(2-7)	0,361

^kKruskal-Wallis H Test, *Med(IQR)*

Psikolojik esneklik ana boyutu erkekler için tüm gruplar açısından benzer bulunmuştur (p=0,361). Ancak bu ana boyutun alt boyutu olan “kabul” boyutunda gruplar arası anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,034). İleri analiz sonuçlarına bakıldığında, kontrol grubu ile kontrolsüz HT grubunun arasında anlamlı farklılığın olduğu anlaşılmıştır (p=0,031). Kontrol grubundaki “kabul” boyutu skoru, erkeklerde kontrolsüz HT grubuna göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır (Şekil 4.21). Psikolojik esneklik ana boyutunun diğer tüm alt boyutlarında ve psikolojik katılık ana boyutu ile bu boyutun tüm alt boyutlarında ise çalışma grupları istatistiksel açıdan benzer skorlar almıştır (p>0,05).

Tablo 4.21. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre ÇBPEE ölçeği skorları.

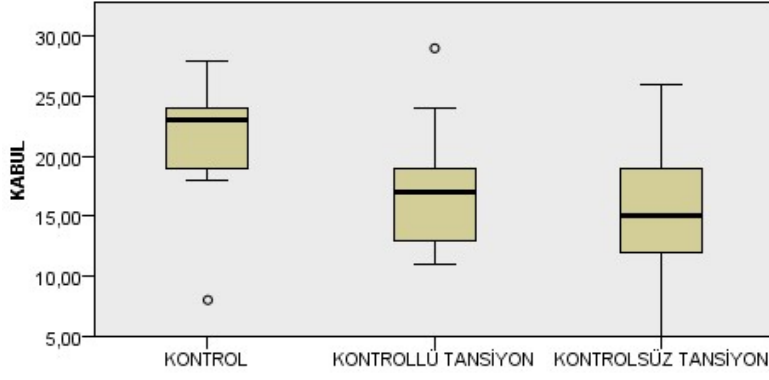
Değişkenler	Çalışma Grupları			p ^k	p ¹⁻²	p ¹⁻³	p ²⁻³
	Kontrol Grubu (n=9)	Kontrollü HT Grubu (n=16)	Kontrolsüz HT Grubu (n=19)				
Psikolojik Esneklik	133(119-155)	119,5(111-131,5)	118(110-137)	0,361	-	-	-
Kabul	23(19-24)	17(13-19)	15(12-19)	0,034	0,129	0,031	>0,999
Anda Olma	23(20-30)	20(17,5-23,5)	22(20-26)	0,188	-	-	-
Bağlamsal Benlik	22(18-26)	20(18,5-23,5)	21(19-25)	0,685	-	-	-
Ayrışma	19(14-23)	20(19-22,5)	20(17-20)	0,638	-	-	-
Değerler	25(21-28)	21(18,5-25)	23(19-26)	0,475	-	-	-
Değer Yönelimli Eylemler	25(20-27)	21,5(19-25,5)	21(20-26)	0,756	-	-	-
Psikolojik Katılık	54(40-67)	60(53,5-71)	56(35-71)	0,517	-	-	-
Yaşantısal Kaçınma	3(2-4)	4(3-5)	4(3-5)	0,285	-	-	-
Anla Temasın Yitirilmesi	10(8-13)	11(9-16)	10(6-19)	0,743	-	-	-
Kavramsal Benlik	10(8-14)	14,5(9,5-16)	11(6-15)	0,355	-	-	-
Birleşme	11(5-19)	11,5(8,5-17,5)	11(7-15)	0,875	-	-	-
Değerlerle Temasın Yitirilmesi	8(6-9)	10(7-13,5)	8(7-11)	0,268	-	-	-
İşlevsiz Davranış	6(5-10)	7,5(5-11)	6(5-12)	0,744	-	-	-

^AOne-way ANOVA, *Ort±SS*

^kKruskal-Wallis H Test, Post-Hoc Bonferroni Düzeltmesi, *Med(IQR)*

Post-hoc analiz sonuçlarının gösteriminde kullanılan rakamların karşılıkları şöyledir:

- 1: Kontrol grubu
- 2: Kontrollü HT grubu
- 3: Kontrolsüz HT grubu



Şekil 4.12. Sadece erkeklerde çalışma gruplarına göre kabul.

Tablo 4.22’den başlayıp Tablo 4.26’ya kadar devam eden bölümde, kontrollü HT hastalarında sistolik ve diyastolik tansiyon ev ölçüm ortalamaları ile çalışmada ele alınan değişkenler arasındaki korelasyon analizlerinin sonuçları sunulmuştur.

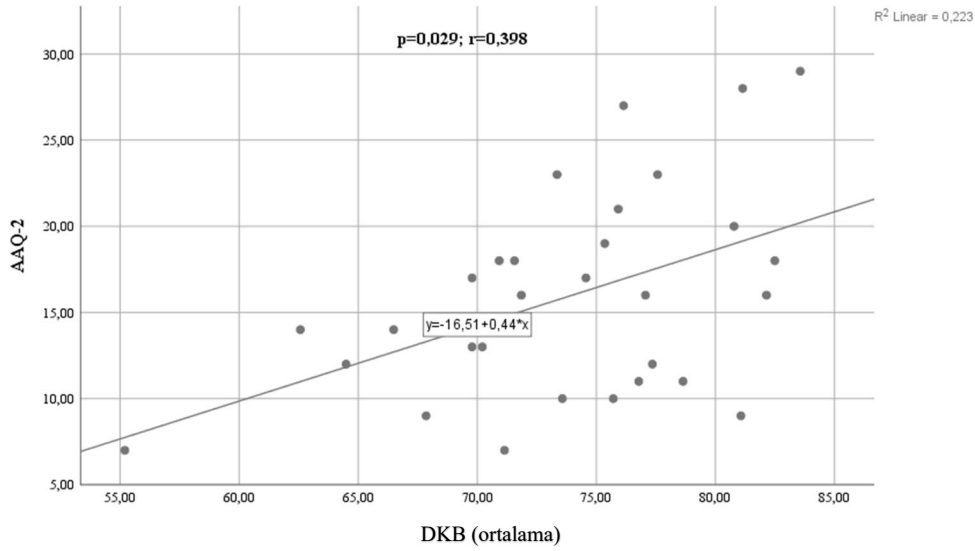
Analiz sonuçlarında belirtilen “r” değeri korelasyon katsayısıdır. Korelasyon katsayısı -1 ile +1 arasında değer alır. Buradaki +1 pozitif tam ilişki, -1 ise negatif yönlü tam ilişkiyi işaret eder. Korelasyon katsayısı sıfıra yaklaştıkça ilişkinin kuvvetinin zayıf olduğu, -1 veya +1’e yaklaştığında ise ilişkinin kuvvetlendiği bilinmektedir. Buna göre $r=0,00$ “ilişki yok”, $r=0,01-0,29$ “düşük düzeyde ilişki”, $r=0,30-0,70$ “orta düzeyde ilişki”, $r=0,71-0,99$ “yüksek düzeyde ilişki” ve $r=1,00$ “mükemmel ilişki” olarak yorumlanır. Burada bahsedilen pozitif yönlü ilişki, ilişkinin direkt ve doğrusal olduğu anlamına gelmektedir. Başka bir ifadeyle değişkenler birlikte artıyor veya azalıyorsa, burada pozitif yönlü bir ilişkiden bahsetmek mümkündür. İlişkinin negatif yönde olması ise, ters yönlü bir ilişkiyi ifade etmektedir. Aralarındaki hareket farklı yönlerde olan değişkenlerden birisinin değeri artarken, diğerinin değerinin düşmektedir.

AAQ-2 ölçeği skorları ile DKB ortalaması arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır (Şekil 4.13). Tablo 4.22’de yer alan diğer değişken sistolik tansiyon ise AAQ-2 ölçeği ile anlamlı bir ilişkiye sahip görünmemektedir.

Tablo 4.22. Kontrollü HT hastalarında KB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasındaki ilişki.

Spearman’s rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
AAQ-2	r	0,187	0,398*
	p	0,321	0,029

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.



Şekil 4.13. Kontrollü HT hastalarında DKB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasındaki ilişki.

Tablo 4.23’de sistolik ve diyastolik tansiyon ortalamalarının SF-36 ölçeği boyutları ile arasındaki korelasyon görülmektedir. Bu korelasyonların hiçbiri istatistiksel açıdan anlamlı değildir.

Tablo 4.23. Kontrollü HT hastalarında KB ortalamaları ile SF-36 ölçeği arasındaki ilişki.

Spearman’s rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
Fiziksel Fonksiyon	r	0,065	0,079
	p	0,732	0,68
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	0,159	-0,162
	p	0,402	0,391
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,079	-0,238
	p	0,679	0,205
Enerji/Canlılık/Vitalite	r	0,015	-0,042
	p	0,939	0,825
Ruhsal Sağlık	r	-0,139	0,141
	p	0,463	0,457
Sosyal İşlevsellik	r	0,139	-0,228
	p	0,464	0,226
Ağrı	r	-0,083	-0,191
	p	0,661	0,312
Genel Sağlık Algısı	r	0,104	-0,165
	p	0,583	0,384
Soru 2	r	0,064	-0,289
	p	0,736	0,121

Benzer şekilde, istatistiki açıdan anlamlı bulunmayan bir diğer korelasyon grubu tansiyon ortalamaları ile DASS-21 ölçeği boyutları olmuştur (Tablo 4.24).

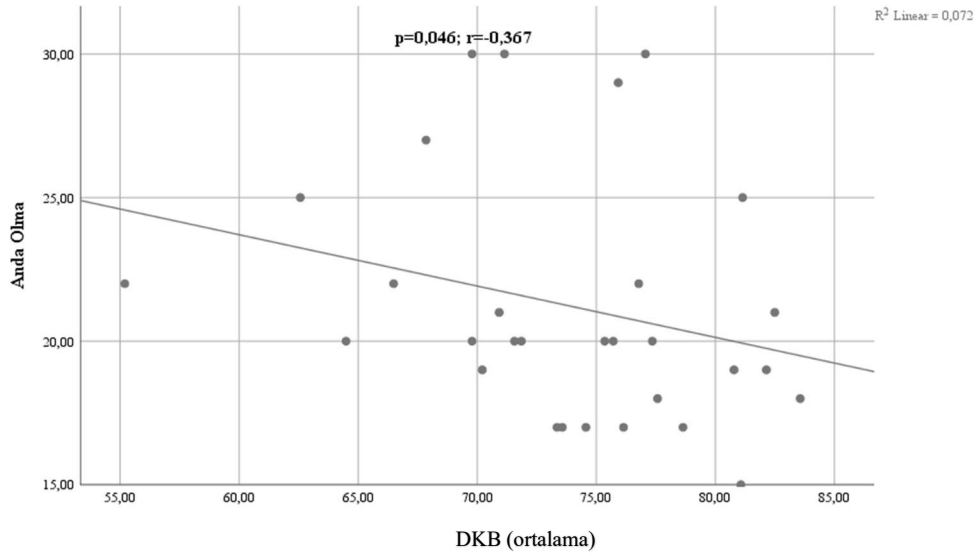
Tablo 4.24. Kontrollü HT hastalarında KB ortalamaları ile DASS-21 skorları arasındaki ilişki.

Spearman's rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
Depresyon	r	0,125	0,247
	p	0,51	0,187
Anksiyete	r	-0,235	-0,23
	p	0,211	0,221
Stres	r	-0,055	0,222
	p	0,772	0,238

Kontrollü HT hastalarında sistolik ve diyastolik tansiyon ortalamaları ile anlamlı ilişkisi olup olmadığı analiz edilen son ölçek ÇBPEE olmuştur. Tablo 4.25'te yer alan sonuçlara göre, "anda olma" alt boyutu ile DKB ortalaması arasındaki ilişki ters yönde, orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir (Şekil 4.14). Psikolojik esneklik ana boyutunun diğer alt boyutları ve psikolojik katılım ana boyutu ve alt boyutlarında ise ne SKB ne de DKB ile anlamlı ilişkisi vardır.

Tablo 4.25. Kontrollü HT hastalarında KB ortalamaları ile ÇBPPEE arasındaki ilişki.

Spearman's rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
Psikolojik Esneklik	r	-0,183	-0,123
	p	0,332	0,518
Kabul	r	-0,15	-0,331
	p	0,428	0,074
Anda Olma	r	-0,23	-0,367*
	p	0,221	0,046
Bağlamsal Benlik	r	-0,178	-0,096
	p	0,348	0,615
Ayrışma	r	-0,143	-0,056
	p	0,451	0,769
Değerler	r	-0,064	-0,045
	p	0,736	0,812
Değer Yönelimli Eylemler	r	-0,126	0,095
	p	0,508	0,618
Psikolojik Katılık	r	0,025	0,294
	p	0,894	0,115
Yaşantısal Kaçınma	r	0,041	-0,077
	p	0,828	0,687
Anla Temasın Yitirilmesi	r	-0,074	0,145
	p	0,698	0,444
Kavramsal Benlik	r	0,021	0,291
	p	0,911	0,119
Birleşme	r	0,054	0,261
	p	0,778	0,164
Değerlerle Temasın Yitirilmesi	r	0,105	0,313
	p	0,579	0,092
İşlevsiz Davranış	r	0,17	0,162
	p	0,369	0,391



Şekil 4.14. Kontrollü HT grubunda DKB ortalamaları ile anda olma skorları arasındaki ilişki.

KontROLSÜZ HT hastalarında tansiyon ortalamaları ile ölçek skorları arasındaki ilişkiyi gösteren analizler ise Tablo 4.26 ile Tablo 4.30 arasında gösterilmektedir.

Tablo 4.26’da AAQ-2 ölçek skorunun tansiyon değerleri ile kontROLSÜZ HT korelasyonları incelenmiştir. Bu değerler arasında herhangi bir korelasyona rastlanmamıştır ($p>0,05$).

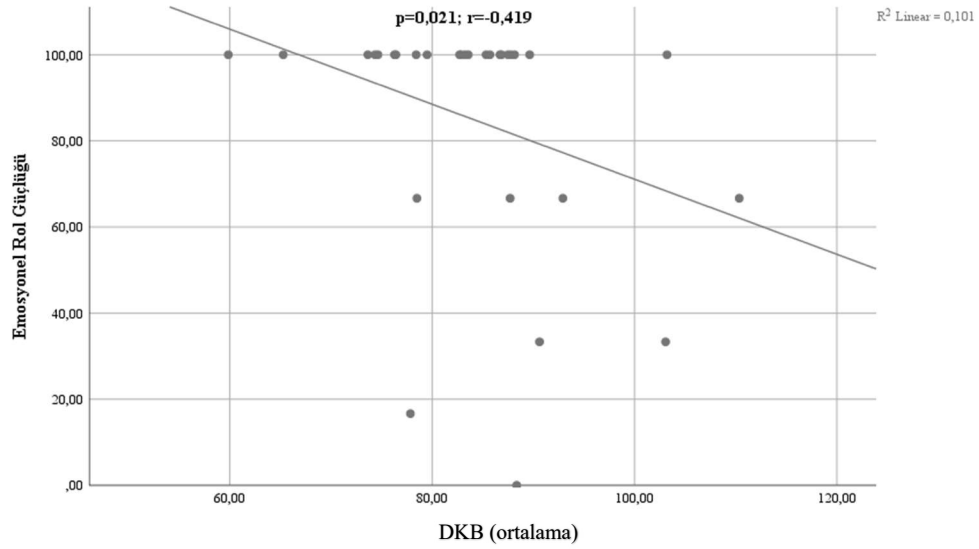
Tablo 4.26. KontROLSÜZ HT grubunda KB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasındaki ilişki.

Spearman’s rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
AAQ-2	r	-0,071	0,339
	p	0,707	0,067

SF-36 Ölçeği boyutlarının aldığı skorlar ile tansiyon ortalaması arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise “emosyonel rol güçlüğü” boyutu ile diyastolik tansiyon ortalaması arasında zıt yönde, orta düzeyde anlamlı ($r=-0,419$; $p=0,021$) ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 4.27, Şekil 4.15). SF-36 Ölçeğinin diğer boyutları ile tansiyon ortalamaları arasında ise herhangi bir ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.27. Kontrolsüz HT grubunda KB ortalamaları ile SF-36 skorları arasındaki ilişki.

Spearman's rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,194	0,184
	p	0,305	0,33
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0,134	0,07
	p	0,48	0,715
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	-0,15	-0,419*
	p	0,43	0,021
Enerji/Canlılık/Vitalite	r	-0,018	-0,143
	p	0,925	0,452
Ruhsal Sağlık	r	-0,042	-0,192
	p	0,827	0,309
Sosyal İşlevsellik	r	0,048	-0,075
	p	0,799	0,692
Ağrı	r	-0,16	-0,028
	p	0,399	0,885
Genel Sağlık Algısı	r	0,171	-0,169
	p	0,366	0,371
Soru 2	r	-0,266	0,069
	p	0,156	0,718



Şekil 4.15. Kontrolsüz HT grubunda DKB ortalamaları ile emosyonel rol güçlüğü ilişkisi.

Tablo 4.28, kontrolsüz HT hastalarında sistolik ve diyastolik tansiyon ortalamaları ile DASS-21 ölçeği skorları arasındaki korelasyon analizinin sonuçlarını göstermektedir. Tansiyon ortalamalarının DASS-21 ölçeği boyutları olan “depresyon”, “anksiyete” ve “stres” ile ilişkisine bakıldığında, bu değişkenler arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

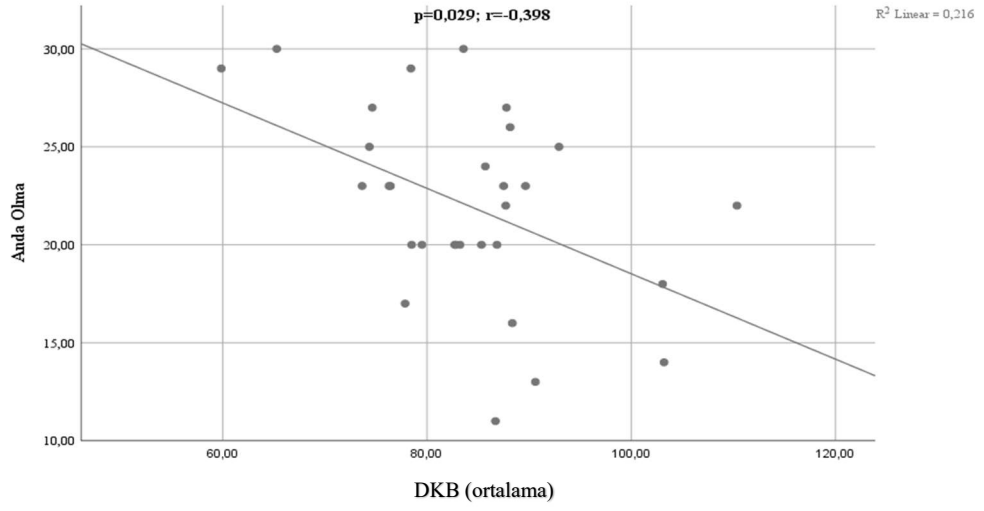
Tablo 4.28. Kontrolsüz HT grubunda KB ortalamaları ile DASS-21 skorları arasındaki ilişki.

Spearman's rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
Depresyon	r	-0,049	0,274
	p	0,796	0,142
Anksiyete	r	0,045	0,003
	p	0,813	0,986
Stres	r	-0,005	0,273
	p	0,978	0,144

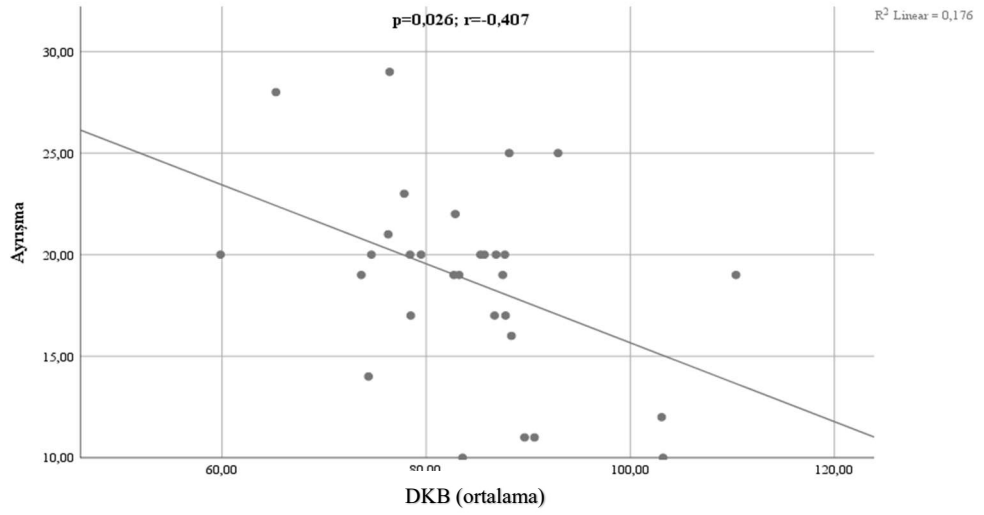
Kontrolsüz HT hastalarında DKB ortalamaları ile ÇBPPEE'nin "anda olma" ve "ayrışma" alt boyutları arasında negatif yönlü ve orta düzeyde ilişki saptanmıştır. Psikolojik esneklik ana boyutunun alt boyutlarında zıt yönde görülen anlamlı ilişkiler, psikolojik katılık ana boyutunun alt boyutları olan "anla temasın yitirilmesi" ve "kavramsal benlik" boyutlarında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişkilerdir (Tablo 4.29, Şekil 4.16, Şekil 4.17, Şekil 4.18, Şekil 4.19).

Tablo 4.29. Kontrolsüz HT grubunda KB ortalamaları ile ÇBPPEE skorları arasındaki ilişki.

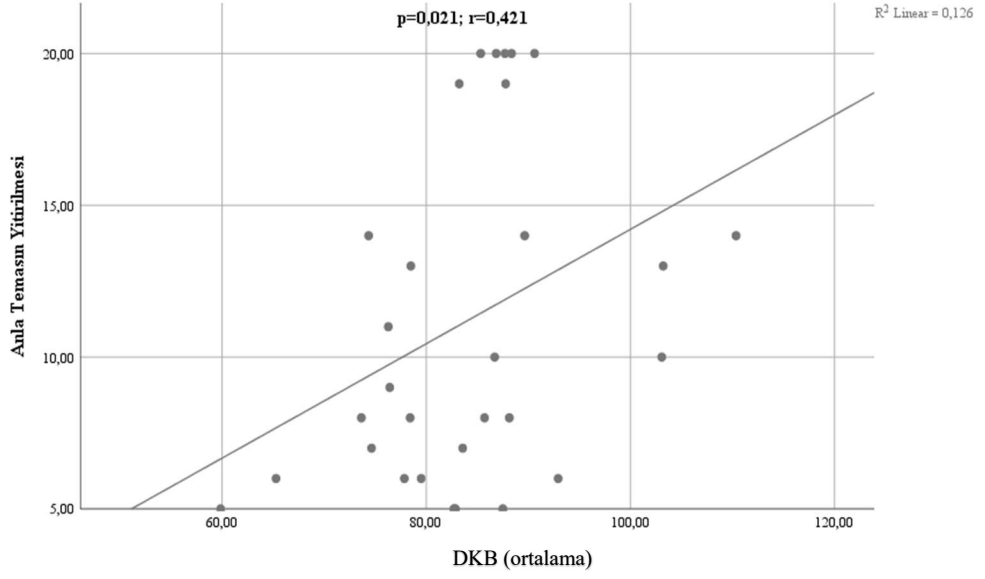
Spearman's rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
Psikolojik Esneklik	r	-0,122	-0,159
	p	0,52	0,401
Kabul	r	-0,289	0,075
	p	0,121	0,693
Anda Olma	r	-0,263	-0,398*
	p	0,16	0,029
Bağlamsal Benlik	r	-0,226	-0,132
	p	0,229	0,486
Ayrışma	r	-0,117	-0,407*
	p	0,538	0,026
Değerler	r	0,156	0,027
	p	0,409	0,889
Değer Yönelimli Eylemler	r	0,051	-0,059
	p	0,79	0,756
Psikolojik Katılık	r	0,057	0,299
	p	0,763	0,108
Yaşantısal Kaçınma	r	-0,088	0,167
	p	0,644	0,379
Anla Temasının Yitirilmesi	r	0,222	0,421*
	p	0,238	0,021
Kavramsal Benlik	r	0,164	0,414*
	p	0,387	0,023
Birleşme	r	-0,01	0,153
	p	0,959	0,42
Değerlerle Temasının Yitirilmesi	r	-0,169	-0,041
	p	0,371	0,829
İşlevsiz Davranış	r	0,02	0,309
	p	0,917	0,097



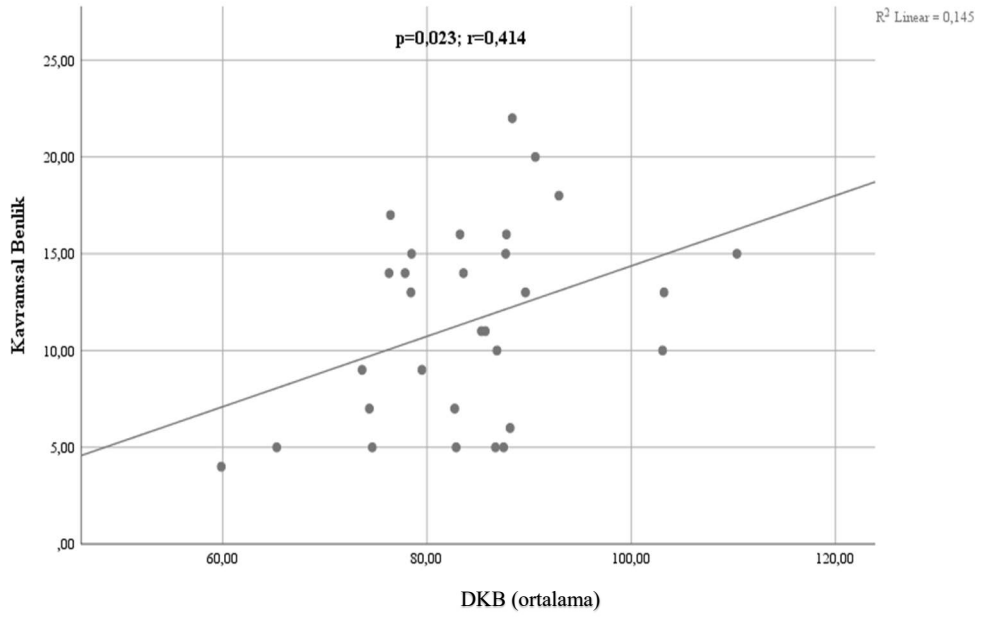
Şekil 4.16. Kontrolsüz HT grubunda DKB ortalamaları ile anda olma arasındaki ilişki.



Şekil 4.17. Kontrolsüz HT grubunda DKB ortalamaları ile ayrışma arasındaki ilişki.



Şekil 4.18. Kontrolsüz HT grubunda DKB ortalamaları ile anla temasin yitirilmesi ilişkisi.



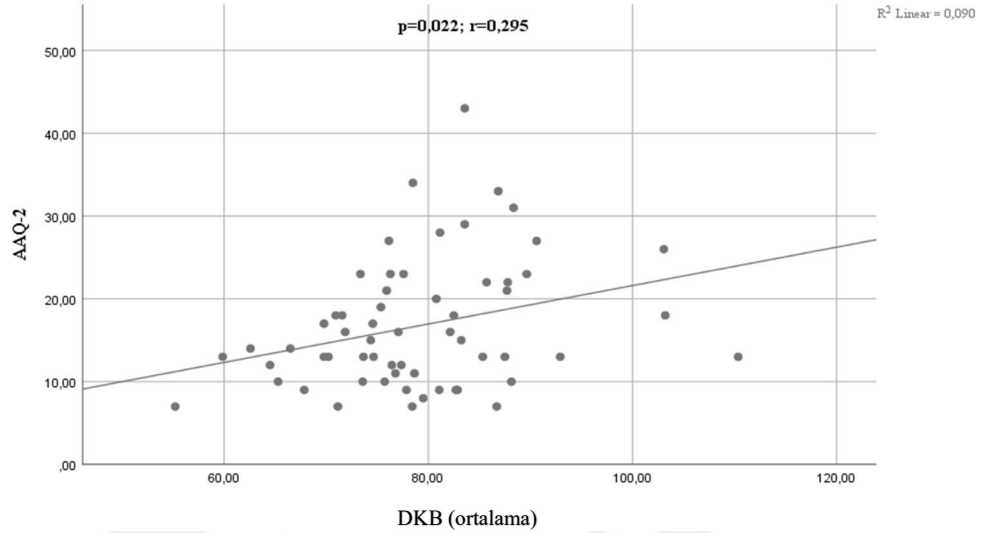
Şekil 4.19. Kontrolsüz HT grubunda DKB ortalamaları ile kavramsal benlik arasındaki ilişki.

Ayrıca örneklemdaki tüm HT hastaları, kontrollü veya kontrolsüz HT ayrımı gözetilmeksizin ele alınmıştır. AAQ-2 skorları ile DKB ortalaması arasında aynı yönde ve düşük düzeyde bir ilişki bulunduğu görülmektedir (Tablo 4.30, Şekil 4.20).

Tablo 4.30. HT hastalarında KB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasındaki ilişki.

Spearman's rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
AAQ-2	r	0,016	0,295*
	p	0,901	0,022

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.



Şekil 4.20. HT hastalarında DKB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasındaki ilişki.

Tablo 4.31. HT hastalarında KB ortalamaları ile SF-36 skorları arasındaki ilişki.

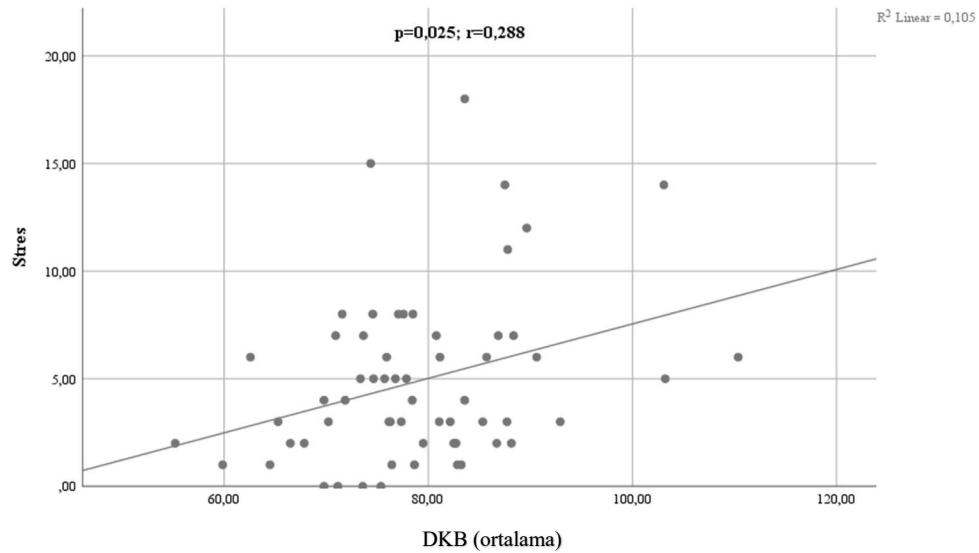
Spearman's rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
Fiziksel Fonksiyon	r	-0,044	0,086
	p	0,739	0,514
Fiziksel Rol Güçlüğü	r	-0,089	-0,037
	p	0,501	0,778
Emosyonel Rol Güçlüğü	r	0,111	-0,148
	p	0,397	0,259
Enerji/Canlılık/Vitalite	r	-0,073	-0,132
	p	0,581	0,314
Ruhsal Sağlık	r	-0,183	-0,148
	p	0,161	0,26
Sosyal İşlevsellik	r	-0,063	-0,237
	p	0,632	0,069
Ağrı	r	-0,043	-0,109
	p	0,744	0,408
Genel Sağlık Algısı	r	0,128	-0,092
	p	0,331	0,487
Soru 2	r	-0,142	-0,151
	p	0,28	0,25

Tablo 4.32’de yer alan sonuçlara göre, tansiyon hastalarının DKB ortalamaları ile “depresyon” ve “stres” boyutları arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Her iki ilişkinin

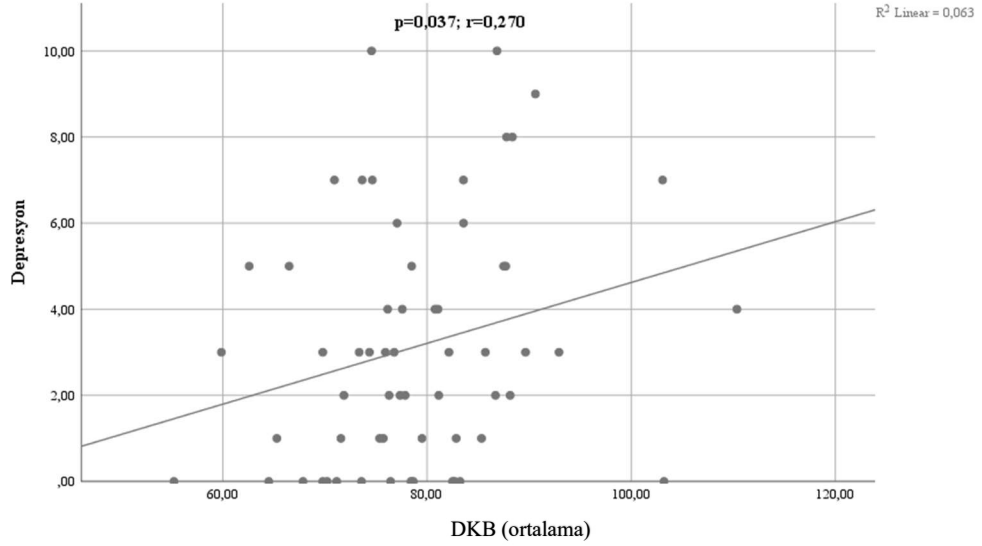
kuvveti zayıf ve yönü pozitifdir ($r_{\text{depresyon}}=0,270$; $p=0,037$; $r_{\text{stres}}=0,288$; $p=0,025$, Şekil 4.19, Şekil 4.20). DASS-21 Ölçeğin boyutları ile SKB ortalamaları arasında ise herhangi bir anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.32. HT hastalarında KB ortalamaları ile DASS-21 skorları arasındaki ilişki.

Spearman's rho	SKB (Ort)		DKB (Ort)
	r		
Depresyon	r	0,126	0,270*
	p	0,338	0,037
Anksiyete	r	0,045	0,011
	p	0,731	0,934
Stres	r	0,123	0,288*
	p	0,349	0,025



Şekil 4.21. HT hastalarında DKB ortalamaları ile stres skorları arasındaki ilişki.



Şekil 4.22. HT hastalarında DKB ortalamaları ile depresyon skorları arasındaki ilişki.

Tansiyon hastalarında tansiyon ortalamaları ile ÇBPPEE ölçeği skorları arasındaki korelasyonların yer aldığı Tablo 4.33'e göre, DKB ortalamasının "ayrışma" alt boyutu ile zıt yönlü ve düşük düzeyli ($r=-0,280$; $p=0,030$), psikolojik katılık ana boyutu ile pozitif yönlü ve orta düzeyli ($r=0,307$; $p=0,017$), "anla temasın yitirilmesi" alt boyutu ile aynı yönde ve düşük düzeyli ($r=0,256$; $p=0,048$), "kavramsal benlik" alt boyutu ile aynı yönde düşük düzeyli ($r=0,256$; $p=0,028$), "birleşme" alt boyutu ile yine pozitif yönlü ve düşük düzeyli ($r=0,290$; $p=0,024$) ve son olarak "işlevsiz davranış" alt boyutu ile pozitif yönlü ve yine düşük düzeyli ($r=0,275$; $p=0,033$) ilişkileri bulunmaktadır.

Tablo 4.33. HT hastalarında ev KB ortalamaları ile ÇBPPEE skorları arasındaki ilişki.

Spearman's rho		SKB (Ort)	DKB (Ort)
Psikolojik Esneklik	r	-0,111	-0,134
	p	0,4	0,307
Kabul	r	-0,209	-0,092
	p	0,109	0,485
Anda Olma	r	0,019	-0,232
	p	0,884	0,075
Bağlamsal Benlik	r	-0,085	-0,102
	p	0,516	0,438
Ayrışma	r	-0,185	-0,280*
	p	0,157	0,03
Değerler	r	0,037	-0,021
	p	0,78	0,876
Değer Yönelimli Eylemler	r	0,081	0,037
	p	0,537	0,779
Psikolojik Katılık	r	0,067	0,307*
	p	0,609	0,017
Yaşantısal Kaçınma	r	-0,093	-0,017
	p	0,478	0,897
Anla Temasının Yitirilmesi	r	0,011	0,256*
	p	0,934	0,048
Kavramsal Benlik	r	-0,014	0,283*
	p	0,914	0,028
Birleşme	r	0,175	0,290*
	p	0,181	0,024
Değerlerle Temasının Yitirilmesi	r	0,021	0,125
	p	0,874	0,341
İşlevsiz Davranış	r	0,149	0,275*
	p	0,256	0,033

*Korelasyon 0,05 düzeyinde anlamlıdır.

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında, Göztepe A.S.M.'ne başvuran 90 gönüllü sosyo-demografik özellikleri, tansiyon ölçümleri, HT tanıları, aldıkları tedaviler ve psikolojik esneklikleri açısından değerlendirildi. Ev tansiyon ölçüm ortalamalarına ve kullandıkları antihipertansiflere göre kontrol grubu, kontrollü HT grubu ve kontrolsüz HT grubu olmak üzere üç gruba ayrılan katılımcıların psikolojik esneklikleri açısından ilişkileri değerlendirildi.

Birçok ülkede tansiyon ve psikolojik durumların ilişkisini çeşitli ölçeklerle inceleyen çalışmalar yapılmıştır.

Finlandiya'da 2676 katılımcıyla yapılan bir çalışmada kişilerin hem klinikte tansiyonları ölçülmüş hem de ev tansiyon ölçümleri istenmiş, sosyo-demografik özellikleri, fiziksel aktivite ve özellikleri (boy, kilo) not edilmiş ve kişilere Beck Depresyon Ölçeği uygulanmıştır (85). Katılımcılar normotansif olan, HT tanılı olup tanısının bilincinde olan ve hipertansiyonu olup farkında olmayanlar olarak üç grupta incelenmiş, hem tanılı kişilerin farkındalığı olmayanlara göre depresyon durumu incelenmiş hem de HT tanısı olan kişiler depresyon belirtilerine neden olabilecek faktörler açısından incelenmiştir (85).

Finlandiya'da yapılan bu çalışmada normotansif kişilerin daha genç, daha kadın ağırlıkta, eğitim durumlarının daha yüksek ve alkol kullanımının daha düşük olduğu görülmüştür (85). Hipertansif hastalarda depresif semptomlar; kadın cinsiyet, alkol ve sigara kullanımı, düşük fiziksel aktivite ve obezite ile ilişkilendirilmiş, hipertansiyon tanısının farkında olan grupta da farkında olmayanlara göre depresif semptomlar açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (85).

Bizim çalışmamızda da kadın cinsiyetin kontrol grubunda baskın olduğu, en düşük oranda ise kontrolsüz HT grubunda olduğu görülmüştür. Bu durum HT hastalığında cinsiyet faktörünün önemini gösteriyor olabilir. Eğitim durumu kontrolsüz HT grubunda daha yüksek saptanmıştır. Ancak eğitim durumu açısından çalışma gruplarımız arasında anlamlı bir fark saptanmadı. Fiziksel aktivite ise SF-36 ölçeği ile sorgulandı, boy ve kiloları not edilmedi ve fiziksel fonksiyon açısından gruplar arası farklılık bizim çalışmamızda söz konusu olmadı.

Çalışmamızdaki alkol tüketimine bakıldığında en düşük oran kontrollü HT grubunda, en yüksek oranın ise kontrolsüz HT grubunda olduğu görülmektedir. Tanı almış kişilere alkol tüketimlerine dikkat etmeleri konusunda uyarı yapıldığı göz önünde bulundurulacak olursa neden kontrol grubunda değil de kontrollü HT grubunda oranın daha düşük bulunduğu anlaşılabilir. Alkolün tansiyon kontrolünü bozabildiği de düşünülecek olursa kontrolsüz HT grubunda yüksek oranda olması beklenen bir sonuçtur. Yine beklendiği üzere sigara kullanımı da kontrolsüz HT grubunda en yüksek orandadır. Ancak alkol ve sigara kullanımı açısından gruplar arası anlamlı farklılık da söz konusu değildir.

HT farkındalığı ve psikolojik durum ilişkisi ile ilgilenen bir başka çalışmada 33.105 katılımcının tansiyon ölçümleri yapıp bu kişilere genel sağlık anketi (GHQ12) uygulanmış ve kontrol grubu ile hipertansif olduğunun farkında olan hastalar arasında psikolojik sorunlar açısından anlamlı fark saptanmıştır (86). Aynı zamanda bu çalışmada SKB ve psikolojik sorunlar arasındaki ilişki de incelenmiş, zayıf ve doğrusal olmayan bir ilişki gözlemlenmiştir (86). Hatta çalışmada bu durumun HT ve psikolojik durumu inceleyen önceki çalışmalarda neden karışık sonuçlar elde edildiğini açıkladığını öne sürmüşlerdir (86).

HT hastalarının tansiyon ölçümleri ile ölçek değerlerinin ilişkisini karşılaştırdığımızda SKB ile ölçekler arasında biz istatistiki anlamlı bir sonuç yakalayamadık. Çalışmamızda AAQ-2 değeri, DASS-21'in "depresyon" ve "stres" alt ölçekleri, ÇBPEE'nin "anla temasın yitirilmesi", "kavramsal benlik", "birleşme", "işlevsiz davranış" alt ölçekleri ile DKB'nın pozitif yönde zayıf düzeyli ilişkide olduğu gösterilmiştir. Yine DKB ve psikolojik katılık arasında orta düzeyle pozitif yönde ilişkili saptanmıştır. Bu durum, SKB açısından olmasa da HT hastalarında DKB düzeyi açısından psikolojik faktörlerin önemli olabileceğini gösterir niteliktedir.

Gruplara ayrı ayrı baktığımızda ise hem kontrollü HT grubunda hem de kontrolsüz HT grubunda ÇBPEE alt boyutu olan anda olma, DKB ile ters yönde, orta düzeyde anlamlı ilişkili saptanmıştır. Kontrolsüz HT hastalarında "ayrışma" alt boyutları arasında negatif yönlü ve orta düzeyde ilişki saptanmıştır, psikolojik katılığın "anla temasın yitirilmesi" ve "kavramsal benlik" boyutlarında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişki saptanmıştır. SF-36 ölçeği "emosyonel rol güçlüğü" boyutu ise kontrolsüz HT grubunda yine DKB ile zıt yönde orta düzeyde anlamlı ilişkili saptanmıştır. Gruplar ayrı incelendiğinde ortaya çıkan anlamlılıkların, HT hastalarının tamamı incelendiğinde tespit edilenlere göre değişkenlik göstermesi ise grupların yaş ve cinsiyet açısından dağılımlarının değişkenliğiyle de açıklanabilir.

İspanya’da 50 HT hastası ve 100 kontrol grubundan oluşan katılımcılarla yapılan bir çalışmada hastaların beslenme alışkanlıkları ve psikolojik durumları ile HT ilişkisi incelenmiş, katılımcılara kişilik (Beş Büyük Envanteri Kısa Versiyonu), kaygı (Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği Kısa Versiyonu), depresyon (Zung Depresyon Ölçeği), yalnızlık (UCLA Yalnızlık Ölçeği), stres (Algılanan Stres Ölçeği Kısa Versiyonu), psikolojik esneklik (AAQ-2) durumları ile ilgili ölçekler uygulanmıştır (87).

İspanya’daki bu çalışma sonucunda psikolojik ölçeklerden yalnızca Zung Depresyon ölçeği skorları kontrol ve HT grupları arasında anlamlı farklılık göstermiş, hem hipertansif hastalar daha depresif bulunmuş hem de depresyonun kontrolsüz HT hastalarında yaygın olduğu görülmüştür ancak diğer psikolojik durumlar açısından gruplar arası anlamlı farklılık saptanmamıştır (87).

Bizim çalışmamızda da AAQ-2 ve DASS-21 ölçeği tüm alt boyutlarda gruplar arası anlamlı farklılık görülmesi dahi hem AAQ-2 hem DASS-21 alt ölçek puanlarının kontrolsüz HT hasta grubunda daha yüksek olduğu görülmekte, bu da örneklem sayısının yeterli tutulmamış olabileceği ihtimalini akla getirmektedir.

Madrid’de 2010 yılında yapılan, psikolojik faktörlerle tansiyon kontrolü ilişkisini araştıran bir çalışmada katılımcıların hem ev hem klinik tansiyon ölçümleri toplanmış, antihipertansif kullanan katılımcılar 18 kişi kontrollü ve 12 kişi kontrolsüz HT grubuna alınarak incelenmiştir (88). Kişilere NEO kişilik envanteri (Düşünme, öz disiplin, dürtüsellik, depresyon ve kaygı ölçer), durum ve sürekli öfke ifade envanteri (STAXI-2), Jenkin’in aktivite anketi (JAS-Form C), güncel yaşamsal deneyimler kısa formu (SRLE) uygulanmıştır (88). “Dürtüsellik”, “öfke ifadesi” ve “stres” boyutlarında, kontrolsüz hipertansiyon grubunda kontrollü hipertansiyon grubuna göre anlamlı istatistiksel farklılık saptanmış, diğer psikolojik değerlendirmeler açısından bu iki grupta anlamlı farklılık gözlenmemiştir (88).

Hastaları aynı şekilde kontrollü ve kontrolsüz HT hastaları olarak ayırdığımız çalışmamızda bizim uyguladığımız yalnızca SF-36 ölçeği’nde “emosyonel rol güçlüğü” alt boyutunda, ÇBPPEE’nin ise “kabul” alt boyutunda kontrol grubu ile kontrollü HT grubu ve yine kontrol grubu ile kontrolsüz HT grubu arası anlamlı farklılık saptandı. Ancak kontrollü HT ve kontrolsüz HT hastaları açısından hiçbir ölçekte anlamlı farklılık yakalanamasa dahi ÇBPPEE’nin psikolojik esneklik alt boyutunda puan ortalamasının kontrollü HT grubunda, psikolojik katılık puan ortalamasının ise kontrolsüz HT grubunda daha yüksek olduğu görülmektedir.

Farklara bakıldığında bizim uyguladığımız psikolojik ölçekler farklıydı ve örneklemimiz daha büyüktü. Ayrıca Madrid'deki çalışmada kontrol grubunda ağırlıkta olan kadınlar bizim çalışmamızda kontrol grubunda yüksek oranda, onlarda kontrollü HT grubunda düşük olan yaş ortalaması bizim kontrol grubumuzda istatistik açısından anlamlı düşük saptandı. Kontrollü HT ve kontrolsüz HT grubumuz açısından ise hem cinsiyet hem de yaş olarak anlamlı farklılık yoktu ve örneklemimizdeki genel yaş ortalaması daha yüksekti.

HT hastalığının yaşla birlikte görülme ihtimali artsa da gençlerde de oldukça önemli bir hastalıktır. Kanada'da psikoloji öğrencilerinde yapılan bir çalışmada 135/85 mmHg altı tansiyon ölçümü olanlar normotansif (15 kişi), 140/85 mmHg üzeri olanlar borderline HT (15 kişi) olarak sınıflandırılmış (89). Kişilere tansiyon durumları hakkında olabildiğince bilgilendirilme yapılmamıştır. Katılımcılara stroop renk ve kelime testi kolay ve zor versiyonları seanslarla uygulanmış, sonrasında tansiyonlar tekrar ölçülmüş ve anksiyete, depresyon ve düşmanlık ölçen çoklu etki sıfat kontrol listesi (MAACL) uygulanmış (89). Borderline HT grubunda negatif duygulanım daha yüksek saptanmıştır (89). Özellikle depresyon kan basıncı reaktivitesi ile ilişkilendirilmiştir (89).

Bizim örneklemimiz ileri yaş grubundan oluşmaktaydı. Ayrıca yaş aralığımız genişti. Çalışmamızda A.S.M.'nde yaptığımız ölçüm sonrasında ve ev tansiyon ölçümleri sonrasında kişiler tansiyon durumları hakkında bilgilendirildi. Bu durum ölçekleri uygulamadan önce kişiler üzerinde duygu durumlarını değerlendirmeleri açısından etki faktörü olmuş olabilir. Ayrıca ev tansiyon ölçüm ortalamaları yüksek beklenen birçok katılımcının ortalamalarının düşük kaldığı hatta bu kişilerin kendilerinden ev tansiyon ortalamaları istenmesi nedeniyle beslenme ve egzersiz gibi faktörlere dikkat ederek bu haftayı geçirdikleri geri bildirim alınmıştır ve bu kişiler ölçümleri neticesinde kontrollü HT grubuna dahil edilmiştir. Diğer bir fark ise bizim çalışmamızda kişilere duygu durumlarında veya tansiyon ölçümlerinde değişiklik oluşturabilecek bir müdahalenin yapılmamış olmasıdır.

2015 yılında Türkiye' de, 160 esansiyel HT hastası ile (80 kadın, 80 erkek) hipertansif hastalarda anksiyete seviyesinin KB sirkadiyen ritmi üzerindeki etkisini araştıran bir çalışma yapılmıştır (90). Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin yanında kolesterol ve kreatinin seviyeleri kaydedilmiş, tansiyon ölçümleri ambulatuvar KB ölçen osilometrik monitörden alınmış, sınır değer tüm katılımcılar için sistolik 140 mmHg, diyastolik 90 mmHg kabul edilmiştir ve sekonder HT düşünülen katılımcılar dışlanmıştır (90). Katılımcıların kaygı düzeyleri Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) ile ölçülmüş, katılımcılar aldıkları puanlara göre iki grupta değerlendirilmiştir (STAI \geq 45 ise anksiyete

grubu ve STAI<44 ise kontrol grubu) ve çalışma sonunda yalnızca sabah kan basıncı değerleri açısından anksiyete grubunda kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik saptanmıştır (90).

Çalışmamızda kullandığımız evde KB ölçüm yöntemi doğru yapıldığı takdirde ambulatuvar KB yöntemi ile eşdeğer tutulsa dahi gözlemleyemediğimiz ve sonuçlar açısından hastaların notlarına güvendiğimiz bir yöntem olmaktadır. Ayrıca her ne kadar kişilerden hem sabah hem de akşam ölçümleri yapmalarını istemiş olsak da uyanma saatleri değişkenlik gösterebileceğinden hastalara belli saat aralıkları verilmedi.

Türkiye’de yapılan bu çalışmada katılımcıların metabolik özellikleri de incelenmiş ve bu açıdan da anlamlı farklılık saptanmamıştır. Biz metabolik özellikleri açısından yalnızca sekonder HT’u dışlamak açısından kişileri inceledik ancak gruplarda bu açıdan anlamlı farklılık olup olmadığını değerlendirmedik.

Ayrıca bizim çalışmamızda kadın ve erkek dağılımları da eşit değildi. Kadınlar ve erkekler açısından gruplar arası farklılıklara baktığımızdaysa farklı sonuçlar elde ettik. Bu durum hem psikolojik faktörler açısından hem de HT kontrolü ve uyumu açısından kadınlar ve erkeklerin farklılığını ortaya koymaktadır. Özellikle kadınlarda SF-36 (enerji/canlılık/vitalite, ruhsal sağlık, ağrı), DASS-21(depresyon ve stres) ve ÇBPEE (birleşme) alt ölçeklerinde kontrollü ve kontrolsüz HT grupları arasında anlamlı farklılıklar söz konusu olmuştur. Erkeklerde ise hiçbir ölçekte kontrollü HT grubu ile kontrolsüz HT grubu arasında anlamlı fark saptanamamıştır. Kadınlarda belirgin farklılıklar gözlemlenirken erkeklerde bu farklılıkların olmaması kadınların psikolojik etkenlere daha açık olabileceğini ve hatta psikolojik durumları doğrultusunda tansiyon kontrollerinin daha fazla etkilenebileceğini düşündürmektedir.

5.1. ÇALIŞMADAKİ KISITLILIKLAR

Çalışmamızdaki en büyük kısıtlılık hipertansiyonun kompleks kontrol mekanizmalarına sahip bir hastalık olması ve kontrolünün de birçok faktörden etkilenmesi nedeniyle psikolojik faktörlerin dışındaki predispozan faktörlerin yeterince dışlanamamasıdır. Örneğin daha homojen yaş grubunda ve belli cinsiyette yapılacak bir çalışma daha belirleyici olabilir.

Çalışmaya dahil edilen kişilerin medikasyon uyumlarının yalnızca düzenli kullanıp kullanmadıklarının sorgulanması şeklinde sözlü sorulması ve tansiyon ölçümlerinin gözlemlenmeden evde kendi tansiyon aletleri ile kendileri tarafından ölçülüp yazılması da

başka bir sonuç etkileyici faktör olabilir. Bu bağlamlarda kişilerin beyanları ile hareket edilmiştir. Ancak ambulatuvar kan basıncı ölçümü ile yapılacak bir çalışmada hem daha güvenilir sonuçlarla hareket edilebilir hem de günün belli dönemlerinde tansiyonun nasıl etkilendiği gözlenebilir.

Her ne kadar katılımcıların metabolik durumları, hastalık kayıtları, HT tanısı alma öyküleri, laboratuvar sonuçları ve semptomları sekonder HT'ü dışlamak açısından kontrol edilmiş olsa da primer HT tanısı almış bu hastalar ek hastalıkları açısından değerlendirilmedi. Örneğin diyabeti olan hastalar dışlansaydı hipotezimiz açısından daha güvenli sonuçlara ulaşılabilirdi.

Antidepresan kullanımını kontrollü HT grubunda (%23.3) kontrolsüz HT grubuna (%16.7) göre bir miktar daha yüksektir. Ancak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yine de bu durum çalışma sonucunu etkilemiş olabilir. Antidepresan kullanımının dışlandığı bir çalışmada psikolojik esneklik ile HT ilişkisi bakılması sonuçları değiştirebilir.

HT'un kontrollü olup olmaması noktasında psikolojik esneklik ile ilişkisi açısından güvenilir bulgular elde etmek için daha büyük örnekleme ihtiyaç olabilir.

Çalışmamıza katılan gönüllülerin eğitim durumlarının yüksek olması da toplumsal genelleme açısından çalışmamızın bir başka kısıtlılığını oluşturmaktadır. Bu durum çalışmanın, sosyo-kültürel düzeyi yüksek olarak bilinen bir bölgede, belli mahallelerin kayıtlı olduğu tek bir A.S.M'nde yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Ancak çeşitli bölgelerden, daha fazla A.S.M. katılımı ile yapılacak bir çalışma toplumsal genelleme açısından daha güvenilir sonuçlar verebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda 90 katılımcı değerlendirildi. Katılımcıların 30'u normotansif ve medikasyon almayan, 60 kişi antihipertansif kullanan HT tanılı hastalardan oluşmaktadır. HT tanılı hastaların da 30'unun ev tansiyon ölçüm ortalaması 135/85 mmHg'nın altında (kontrollü HT grubu), 30'unun ise ev tansiyon ölçüm ortalamaları 135/85 mmHg ve üzerindedir (kontROLSÜZ HT grubu).

KontROLSÜZ HT grubunda SKB $144,7 \pm 16,59$ mmHg ve DKB ortalama $85,77 \pm 12,04$ mmHg olarak, kontrollü HT grubunda SKB $126,17 \pm 14,48$ mmHg ve DKB $78,33 \pm 7,47$ mmHg ortalama değerlerinde ölçülmüştür.

Katılımcıların yaşları 51-79 arasındadır. Yaş değişkeninde kontrol grubu ile kontROLSÜZ HT grubu arası anlamlı farklılık bulunmaktadır.

Katılımcıların 44'ü erkeklerden, 46'sı kadınlardan oluşmaktadır. Kontrol grubunda kadınlar, kontROLSÜZ HT grubunda ise erkekler istatistiksel açıdan anlamlı olacak şekilde yüksek sayıdadır ($p < 0,05$).

Eğitim durumu, medeni durum ve ekonomik durum açısından gruplar benzerdir, istatistiki açıdan anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Toplamda 26 kişinin alkol, 21 kişinin ise sigara kullandığı tespit edildi, her iki kullanımda da en yüksek oran kontROLSÜZ HT grubundadır (alkol %36.7, sigara %33.3), bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmamaktadır ($p > 0,05$).

AAQ-2 değerlerine bakıldığında en yüksek ortalamayı kontROLSÜZ HT grubunun aldığı görülmektedir ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$).

SF-36 ölçeği alt boyutlarına bakıldığında kontrollü HT grubunda "fiziksel rol güçlüğü" boyutu $85 \pm 25,09$ ortalamasıyla, kontROLSÜZ HT grubunda ise "emosyonel rol güçlüğü" boyutu $85 \pm 28,48$ ortalamasıyla en yüksek skorlar alan boyutlar olmuştur.

Kontrollü HT hastalarında kontrolsüz HT hastalarına göre daha yüksek puan alınan SF-36 alt boyutları; “fiziksel rol güçlüğü”, “enerji/canlilik/vitalite”, “ruhsal sağlık”, “sosyal işlevsellik” ve “Soru 2” olmuştur. Kontrolsüz HT hastalarında kontrollü HT hastalarına göre yüksek puan alan SF-36 alt boyutları; “fiziksel fonksiyon”, “emosyonel rol güçlüğü”, “ağrı” ve “genel sağlık algısı” olmuştur.

SF-36 ölçeğinde yalnızca “emosyonel rol güçlüğü” boyutunda kontrol grubu ile kontrollü HT grubu arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p=0.016$). Kontrol grubunun aldığı puan, kontrollü HT grubuna göre anlamlı yüksektir. Bu alt boyutta tansiyonu kontrollü olan hastalar ile kontrolsüz HT grubundaki hastaların skorları benzerdir.

DASS-21 ölçeğinde tüm alt boyutlarda kontrolsüz HT grubu daha yüksek skorlar almıştır ancak gruplar arası anlamlı istatistiksel fark saptanamamıştır ($p>0,05$).

Kontrollü HT grubunda psikolojik esneklik ana boyutu ($125,5\pm 21,96$), kontrolsüz HT hastalarının olduğu grupta ise psikolojik katılık ana boyutu ($60,77\pm 23,35$) diğer gruba göre daha yüksek skorlar almıştır.

Psikolojik esneklik boyutunun alt boyutlarından “anda olma” ve “değer yönelimli eylemler” haricindeki tüm alt boyutlarda kontrollü HT hastalarının kontrolsüz HT hastalarına göre daha yüksek ortalama skorlar aldıkları anlaşılmaktadır. Psikolojik katılık boyutunda ise “yaşantısal kaçınma” ve “kavramsal benlik” alt boyutları haricindeki tüm alt boyutlarda kontrolsüz HT grubunda, kontrollü HT grubuna göre daha yüksek skor ortalamalarına sahiptir.

ÇBPEE psikolojik esneklik ana boyutunun “kabul” alt boyutunda kontrol grubu ile kontrollü HT grubu ($p=0,038$) ve kontrol grubu ile kontrolsüz HT grubu ($p=0,005$) arasında anlamlı farklılık saptanmış, diğer hiçbir boyutta gruplar arası anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$).

Yalnızca kadınlar incelendiğinde AAQ-2 ölçeğinde gruplar arası anlamlı farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$).

SF-36 ölçeğinde; “enerji/canlilik/vitalite” ($p=0,006$) boyutunda hem kontrol grubu ($p=0,039$) hem de kontrollü HT grubu ($p=0,005$), kontrolsüz HT grubuna göre anlamlı yüksek puan almıştır, “ruhsal sağlık” ($p=0,016$) ve “ağrı” ($p=0,036$) boyutlarında ise kontrollü HT grubu kontrolsüz HT grubuna kıyasla anlamlı yüksek saptanmışken, diğer boyutlarda kadınlarda benzer dağılımlar sergilemiştir ($p>0,05$).

Kadınlarda DASS-21 ölçeğine ilişkin skorlarda, “depresyon” ($p=0,044$) ve “stres” ($p=0,035$) boyutlarında kontrolsüz HT gruplarında kontrollü HT grubuna göre anlamlı yükseklik görülürken, “anksiyete” boyutu skorları çalışma gruplarında benzer dağılımlar sergilemiştir ($p=0,118$).

Psikolojik katılık “birleşme” alt boyutunda kontrolsüz HT grubunda yer alan kadınlar, kontrollü HT grubunda yer alan kadınlara göre anlamlı şekilde yüksek skorlar almıştır ($p=0,010$). Tüm diğer ana ve alt boyutlarda ise çalışma grupları istatistiksel açıdan benzer skorlar almıştır ($p>0,05$).

Yalnızca erkekler incelendiğinde yine AAQ-2 ölçeğinde gruplar arası anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Erkeklerde SF-36 ölçeğinde sadece “emosyonel rol güçlüğü” boyutunda kontrol grubu ile kontrollü HT grubu karşılaştırıldığında kontrol grubunda anlamlı yükseklik saptanmışken ($p=0,018$), diğer tüm boyutlarda anlamlı herhangi bir farklılık gözlenmemiştir ($p>0,05$). Kontrollü HT hastaları ile kontrolsüz HT grubu arasında bu boyutta benzerlik görülmektedir.

DASS-21 ölçeğinde erkeklerde hiçbir alt boyutta gruplar arası anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

ÇBPEE erkeklerde incelendiğinde kontrol grubundaki “kabul” boyutu skoru, kontrolsüz HT grubundaki “kabul” boyutu skoruna göre anlamlı şekilde yüksek çıkmıştır ($p=0,031$). Psikolojik esneklik diğer alt boyutları ve psikolojik katılık tüm alt boyutlarında ise anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrollü HT grubunda; AAQ-2 ölçeği skorları ile diyastolik tansiyon ortalaması arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Sistolik tansiyonun ise AAQ-2 ölçeği ile anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı görülmektedir. Yine bu grupta DASS-21 ve SF-36 ölçeklerinde de tansiyon ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). ÇBPEE sonuçlarına göre, “anda olma” alt boyutu ile diyastolik tansiyon ortalaması arasındaki ilişki ters yönde, orta düzeyde ve istatistiksel açıdan anlamlı düzeydedir ($r=-0,367$; $p=0,046$).

Yalnızca kontrolsüz HT grubu incelendiğinde, AAQ-2 ve DASS-21 ölçeğinde tansiyon ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). SF-36 Ölçeği boyutlarının “emosyonel rol güçlüğü” boyutu ile DKB ortalaması arasında zıt yönde, orta düzeyde anlamlı ($r=-0,419$; $p=0,021$) ilişki olduğu görülmektedir. DKB ortalamaları ile

“anda olma” ($r=-0,398$; $p=0,029$) ve “ayrışma” ($r=-0,407$; $p=0,026$) alt boyutları arasında negatif yönlü ve orta düzeyde, psikolojik katılık ana boyutunun alt boyutları olan “anla temasın yitirilmesi” ($r=0,421$; $p=0,021$) ve “kavramsal benlik” ($r=0,414$; $p=0,023$) boyutları arasında pozitif yönlü ve orta düzeyli ilişkiler saptanmıştır.

Tüm HT hastalarının tansiyon ortalamaları ile SF-36 arasındaki ilişkiye bakıldığında anlamlı istatistiksel fark saptanmamıştır ($p>0,05$). DKB ortalamaları ile AAQ-2 skorları arasında aynı yönde ve düşük düzeyde bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,022$, $r=0,295$). DKB ortalamaları ile DASS-21 “depresyon” ve “stres” boyutları arasında anlamlı ilişkilerin kuvveti zayıf ve yönü pozitifdir ($r_{\text{depresyon}}=0,270$; $p=0,037$; $r_{\text{stres}}=0,288$; $p=0,025$).

HT hastaları DKB ortalamalarının; ÇBPPEE’nin “ayrışma” alt boyutu ile zıt yönlü ve düşük düzeyli ($r=-0,280$; $p=0,030$), psikolojik katılık ana boyutu ile pozitif yönlü ve orta düzeyli ($r=0,307$; $p=0,017$), “anla temasın yitirilmesi” alt boyutu ile aynı yönde ve düşük düzeyli ($r=0,256$; $p=0,048$), “kavramsal benlik” alt boyutu ile aynı yönde düşük düzeyli ($r=0,256$; $p=0,028$), “birleşme” alt boyutu ile yine pozitif yönlü ve düşük düzeyli ($r=0,290$; $p=0,024$) ve son olarak “işlevsiz davranış” alt boyutu ile pozitif yönlü ve yine düşük düzeyli ($r=0,275$; $p=0,033$) ilişkileri bulunmaktadır.

Çalışmamızda, örneklemimiz üzerinden hareket ettiğimizde tansiyon kontrolü ile psikolojik esnekliğin ilişkili olduğu gösterilemese dahi, DKB ile psikolojik faktörlerin ilişkili olabileceği, özellikle kadınlar söz konusu olduğunda psikolojik esneklik ve tansiyon kontrolünün ilişkili olabildiği önerilmektedir. Ancak tüm bu sonuçların daha fazla çalışmayla araştırılmasına ihtiyaç vardır.

Her ne kadar benzer çalışmalar farklı ülkelerde yapılmış olsa dahi, toplumsal sorunların ve yaşam tarzı değişikliklerinin de hem HT hastalığında hem de psikolojik esneklik açısından etki faktörü olabileceği düşünüldüğünde ülkemizde yapılacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu söylenebilir. Mümkünse yaş grubu daha homojen ve belli bir cinsiyet özelinde, daha fazla sayıda katılımcı ile yapılan çalışmalar sonuç güvenilirliğini arttırabilir. Söz konusu birçok faktörden etkilenebilen HT olduğunda gruplar arası değişkenler olabildiğince sabit tutulmalı, hatta belki ölçekler ve ölçümler de gözlem altında ve klinikte yapılmalıdır. Hastaların ilaç uyumları da ölçeklerle veya önceden hazırlanmış sorularla sorgulanabilir.

Son olarak ileride yapılacak çalışmalar açısından, dirençli HT hastalarının da psikolojik etkiler açısından incelenmesi ve psikolojik esnekliğin diğer kronik hastalıklarla ilişkilerinin değerlendirilmesi sağlık sistemine büyük katkı sağlayabilir.



KAYNAKLAR

1. Seravalle G, Grassi G. Essential Hypertension. Prim Auton Nerv Syst Fourth Ed [Internet]. 2022 Jul 4 [cited 2023 Aug 2];467–70. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539859/>
2. Prof. Dr. Aydoğan AYDOĞDU, Prof. Dr. Teslime ATLI, Prof. Dr. Fahri BAYRAM, Prof. Dr. Ahmet Selçuk CAN, Prof. Dr. Mustafa CESUR, Prof. Dr. Mehmet Ali EREN, et al. HİPERTANSİYON TANI ve TEDAVİ KILAVUZU. 2022 [cited 2023 Apr 2];1–208. Available from: www.temd.org.tr
3. Jordan J, Kurschat C, Reuter H. Arterial Hypertension: Diagnosis and Treatment. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2018 Aug 20 [cited 2022 Aug 14];115(33–34):557. Available from: [/pmc/articles/PMC6156553/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/301156553/)
4. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Hypertension in Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. JAMA - J Am Med Assoc. 2021;325(16):1650–6.
5. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertensionThe Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2022 Aug 14];39(33):3021–104. Available from: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119>
6. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Aug 14];75(6):1334–57. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>
7. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman D, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for high blood pressure in adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. Ann Intern Med. 2015;163(10):778–86.
8. Oliveros E, Patel H, Kyung S, Fugar S, Goldberg A, Madan N, et al. Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. Clin Cardiol [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2022 Aug 14];43(2):99. Available from: [/pmc/articles/PMC7021657/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37021657/)
9. Steptoe A. Psychosocial factors in the development of hypertension. Ann Med [Internet]. 2000 [cited 2022 Aug 14];32(5):371–5. Available from: <https://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=iann20>
10. Kaplan MS, Nunes A. The psychosocial determinants of hypertension. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2003;13(1):52–9.
11. Cuevas AG, Williams DR, Albert MA. Psychosocial Factors and Hypertension: A Review of the Literature. Cardiol Clin [Internet]. 2017;35(2):223–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccl.2016.12.004>
12. Jula A, Salminen JK, Saarijärvi S. Alexithymia: A facet of essential hypertension. Hypertension [Internet]. 1999 [cited 2022 Sep 11];33(4):1057–61. Available from: <http://www.hypertensionaha.org>
13. Silberstein LR, Tirch D, Leahy RL, McGinn L. Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. Int J Cogn Ther. 2012;5(4):406–19.
14. Doorley JD, Goodman FR, Kelso KC, Kashdan TB. Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. Soc Personal Psychol Compass. 2020;14(12):1–11.
15. Guerrini Usubini A, Varallo G, Granese V, Cattivelli R, Consoli S, Bastoni I, et al. The Impact of Psychological Flexibility on Psychological Well-Being in Adults With Obesity. Front Psychol. 2021;12(March):1–7.
16. Saeed Khanjani M, Kazemi J, Younesi J, Dadkhah A, Biglarian A, Ebrahimi Barmi B. The Effect of

- Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Emotional Regulation in Patients with Spinal Cord Injuries: A Randomized Controlled Trial. 2021;15(2):105378.
17. Hulbert-Williams NJ, Storey L, Wilson KG. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2023 Apr 8];24(1):15–27. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ecc.12223>
 18. Zargar Y, Hakimzadeh G, Davodi I. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Hypertension and Emotion Cognitive Regulation in People with Hypertension: A Semi-Experiential Study. *Jundishapur J Chronic Dis Care*. 2019;8(2):79347.
 19. Drevenhorn E, Kjellgren KI, Bengtson A. Outcomes following a programme for lifestyle changes with people with hypertension. *J Clin Nurs*. 2007;16(7 B):144–51.
 20. Üniversitesi Tıp Fakültesi H, Hastalıkları Anabilim Dalı İ, Bilim Dalı N, Üniversitesi Tıp Fakültesi O, Anabilim Dalı K, Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi İ, et al. Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu Turkish hypertension consensus report. *Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol*. 2015;43(4):402–9.
 21. Tesfaye B, Haile D, Lake B, Belachew T, Tesfaye T, Abera H. Uncontrolled hypertension and associated factors among adult hypertensive patients on follow-up at Jimma University Teaching and Specialized Hospital: cross-sectional study. *Res Reports Clin Cardiol* [Internet]. 2017 [cited 2023 Apr 23];8–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/RRCC.S132126>
 22. Hall JE, Granger JP, do Carmo JM, da Silva AA, Dubinion J, George E, et al. Hypertension: Physiology and pathophysiology. *Compr Physiol*. 2012;2(4):2393–442.
 23. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Comm. *J Clin Hypertens*. 2014;16(1):14–26.
 24. Sharman JE, O'brien E, Alpert B, Schutte AE, Delles C, Olsen MH, et al. Mount Sinai Heart, Icahn School of Medicine at. *Am Med Assoc* [Internet]. [cited 2023 Apr 23];38:21–9. Available from: www.jhypertension.com
 25. Kario K, Shimbo D, Hoshide S, Wang JG, Asayama K, Ohkubo T, et al. Emergence of Home Blood Pressure-Guided Management of Hypertension Based on Global Evidence. *Hypertension* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2023 Apr 28];74(2):229–36. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.12630>
 26. Shimbo D, Artinian NT, Basile JN, Krakoff LR, Margolis KL, Rakotz MK, et al. Self-Measured Blood Pressure Monitoring at Home: A Joint Policy Statement From the American Heart Association and American Medical Association. *Circulation* [Internet]. 2020 Jul 28 [cited 2023 Apr 28];142(4):E42–63. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/abs/10.1161/CIR.0000000000000803>
 27. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2020;16(4):223–37. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
 28. Altan ONAT Yazarlar Altan ONAT E, Günay CAN D, YüKsEl H, ADEmOğlu E, ERGiNEL-üNAITuNA N, Ayşem KAYA D, et al. TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük.
 29. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021 Sep 11;398(10304):957–80.
 30. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* [Internet]. 2005 [cited 2023 May 6];23(10):1817–23. Available from: https://journals.lww.com/jhypertension/Fulltext/2005/10000/Prevalence,_awareness,_treatment_and_control_of.12.aspx
 31. Pamukcu B. Profile of hypertension in Turkey: from prevalence to patient awareness and compliance with therapy, and a focus on reasons of increase in hypertension among youths. *J Hum Hypertens* [Internet]. 2022;36(5):437–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41371-020-00480-6>
 32. Tokgozoglul, Kayikcioglu M, Ekinci B. The landscape of preventive cardiology in Turkey: Challenges and successes. *Am J Prev Cardiol* [Internet]. 2021;6(April):100184. Available from:

<https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2021.100184>

33. Sengul S, Erdem Y, Akpolat T, Derici U, Sindel S, Karatan O, et al. Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. *Kidney Int Suppl.* 2013 Dec 1;3(4):326–31.
34. Delacroix S, Chokka RG, Worthley SG. *Hypertension: Pathophysiology and Treatment.* 2014;
35. Saxena T, Ali AO, Saxena M. Pathophysiology of essential hypertension: an update. *Expert Rev Cardiovasc Ther* [Internet]. 2018;16(12):879–87. Available from: <https://doi.org/10.1080/14779072.2018.1540301>
36. Esler M. The sympathetic system and hypertension. *Am J Hypertens.* 2000;13(6 II SUPPL.):99–105.
37. Harvey A, Montezano AC, Lopes RA, Rios F, Touyz RM. Vascular Fibrosis in Aging and Hypertension: Molecular Mechanisms and Clinical Implications. *Can J Cardiol* [Internet]. 2016;32(5):659–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cjca.2016.02.070>
38. Moon JY. Recent update of renin-angiotensin-aldosterone system in the pathogenesis of hypertension. *Electrolyte Blood Press.* 2013;11(2):41–5.
39. Vaidya A, Forman JP. Vitamin D and hypertension: Current evidence and future directions. *Hypertension.* 2010;56(5):774–9.
40. Rocchini AP. Obesity hypertension. *Am J Hypertens.* 2002;15(2 II):50–2.
41. Duke-Elder S. Eye in Hypertension. *Bmj.* 1965;2(5459):468–468.
42. Zanchetti A, Bo M, Christiaens T, Cifkova R, De Backer G, Dominiczak A, et al. Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) arteriyel hipertansiyon görev grubu Yazarlar/Görev grubu üyeleri: Giuseppe Mancina (Başkan) (İtalya)*, Robert Fagard (Başkan) (Belçika)*, Krzysztof Narkiewicz (Bölüm koordinatörü) (Polonya), Josep Redon (Bölüm koordinatörü) (2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. [cited 2023 Mar 19]; Available from: www.escardio.org/guidelines
43. Rubio-Guerra AF, Rodriguez-Lopez L, Vargas-Ayala G, Huerta-Ramirez S, Serna DC, Lozano-Nuevo JJ. Depression increases the risk for uncontrolled hypertension. *Exp Clin Cardiol.* 2013;18(1):10–2.
44. Prevention of hypertension : Current Opinion in Cardiology [Internet]. [cited 2023 Jun 1]. Available from: https://journals.lww.com/co-cardiology/Abstract/2002/09000/Prevention_of_hypertension.14.aspx
45. Goldstein IB, Shapiro D, Weiss RE. How family history and risk factors for hypertension relate to ambulatory blood pressure in healthy adults. *J Hypertens.* 2008;26(2):276–83.
46. Krousel-Wood MA, Muntner P, He J, Whelton PK. Primary prevention of essential hypertension. *Med Clin North Am.* 2004;88(1):223–38.
47. Erem C, Hacıhasanoglu A, Kocak M, Deger O, Topbas M. Prevalence of prehypertension and hypertension and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon Hypertension Study. *J Public Health (Bangkok).* 2009;31(1):47–58.
48. Gao N, Liu T, Wang Y, Chen M, Yu L, Fu C, et al. Assessing the association between smoking and hypertension: Smoking status, type of tobacco products, and interaction with alcohol consumption. *Front Cardiovasc Med.* 2023;10(February):1–8.
49. Lindholm LH. The problem of uncontrolled hypertension. *J Hum Hypertens.* 2002;16:S3–8.
50. Bayındır Çevika A, Özcan Ş, Satman İ. Sensitivity of framingham, procam and score models in turkish people with type 2 diabetes: Comparison of three cardiovascular risk calculations. *Contemp Nurse.* 2015;50(2–3):183–95.
51. Cushman WC. The burden of uncontrolled hypertension: morbidity and mortality associated with disease progression. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2003;5(3 Suppl 2):14–22.
52. Jordan J, Kurschat C, Reuter H. Arterial hypertension-diagnosis and treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115(33–34):557–8.
53. Jung JY, Park SK, Oh CM, Kang JG, Choi JM, Ryoo JH, et al. The influence of prehypertension, controlled and uncontrolled hypertension on left ventricular diastolic function and structure in the general Korean population. *Hypertens Res.* 2017;40(6):606–12.
54. Hajjar I, Kotchen JM, Kotchen TA. Hypertension: Trends in prevalence, incidence, and control. *Annu Rev Public Health.* 2006;27:465–90.

55. Hamam MS, Kunjummen E, Hussain MS, Nasereldin M, Bennett S, Miller J. Anxiety, Depression, and Pain: Considerations in the Treatment of Patients with Uncontrolled Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2020;22(12).
56. Scalco AZ, Scalco MZ, Azul JBS, Lotufo Neto F. Hypertension and depression. *Clinics (Sao Paulo)* [Internet]. 2005;60(3):241–50. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1807-59322005000300010>
57. Player MS, Peterson EL. Anxiety disorders, hypertension, and cardiovascular risk: A review. *Int J Psychiatry Med.* 2011;41(4):365–77.
58. Kulkarni S, O'Farrell I, Erasi M, Kochar MS. Stress and hypertension. *WMJ* [Internet]. 1998;97(11):34—38. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/9894438>
59. Trevisol DJ, Moreira LB, Kerkhoff A, Fuchs SC, Fuchs FD. Health-related quality of life and hypertension: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Hypertens.* 2011;29(2):179–88.
60. Zucchelli F, White P, Williamson H. Experiential avoidance and cognitive fusion mediate the relationship between body evaluation and unhelpful body image coping strategies in individuals with visible differences. *Body Image* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2023 Jul 5];32:121–7. Available from: https://books.google.com/books/about/The_Oxford_Handbook_of_Acceptance_and_Co.html?hl=tr&id=Ed6_EAAAQBAJ
61. Zhang CQ, Leeming E, Smith P, Chung PK, Hagger MS, Hayes SC. Acceptance and commitment therapy for health behavior change: A contextually-driven approach. *Front Psychol.* 2018;8(JAN):1–6.
62. Yavuz F. Kabul ve Kararlılık Terapisi (ACT) Genel Bir Bakış Acceptance and Commitment Therapy (ACT): An Overview. *Turkiye Klin J Psychiatry.* 2015;8(2):21–7.
63. McCracken LM, Morley S. The psychological flexibility model: A basis for integration and progress in psychological approaches to chronic pain management. *J Pain* [Internet]. 2014;15(3):221–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2013.10.014>
64. Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-training Manual for ... - Jason B. Luoma, Steven C. Hayes, Robyn D. Walser - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2023 Jun 16]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=PiB8rZROo88C&oi=fnd&pg=PP14&dq=An+Acceptance+%26++Commitment+Therapy+skills-training+manual+for+therapists.&ots=uYwybHt2st&sig=7bghkTDBYWaaKapprJDGb9f1vVY&redir_esc=y#v=onepage&q=An+Acceptance+%26+Commitment+Therapy+skills-training+manual+for+therapists.&f=false
65. The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2023 Jul 5]. Available from: https://books.google.com.tr/books?id=Ed6_EAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=tr#v=onepage&q&f=false
66. ULUBAY G. ÇOK BOYUTLU PSİKOLOJİK ESNEKLİK ENVANTERİNİN TÜRKÇEYE UYARLANMASI [Internet]. 2020. Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
67. Aktepe M. Bipolar bozukluk hastalarında psikolojik esneklik. 2016;
68. Butler J, Ciarrochi J. Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Qual Life Res.* 2007;16(4):607–15.
69. Pilecki BC, McKay D. An experimental investigation of cognitive defusion. *Psychol Rec.* 2012;62(1):19–40.
70. Fang S, Huang M, Wang Y. Measuring self-as-context in Chinese college students: Validity and reliability of the Chinese version of self-as-context scale (C-SACS). *Front Psychol.* 2022;13(December):1–11.
71. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2010;30(4):865–78. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
72. Gentili C, Rickardsson J, Zetterqvist V, Simons LE, Lekander M, Wicksell RK. Psychological Flexibility as a Resilience Factor in Individuals With Chronic Pain. *Front Psychol.* 2019;10(September):1–11.

73. Vallejo MA, Vallejo-Slocker L, Offenbaecher M, Hirsch JK, Toussaint LL, Kohls N, et al. Psychological flexibility is key for reducing the severity and impact of fibromyalgia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(14).
74. Iina A, Mirka J, Laura J, Joonas M, Raimo L. Adolescents with poorly controlled type 1 diabetes: Psychological flexibility is associated with the glycemic control, quality of life and depressive symptoms. *J Context Behav Sci* [Internet]. 2021;19:50–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.12.003>
75. Maor M, Zukerman G, Amit N, Richard T, Ben-Itzhak S. Psychological well-being and adjustment among type 2 diabetes patients: the role of psychological flexibility. *Psychol Heal Med* [Internet]. 2022;27(7):1456–67. Available from: <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1887500>
76. Karadere ME, Yavuz KF, Asafov EY, Küçükler FK. Reliability and validity of a Turkish version of the acceptance and action diabetes questionnaire. *Psychiatry Investig*. 2019;16(6):418–24.
77. Davoudi M, Lundgren T, Jansson-Fröjmark M, Saeedipour Z, Badinlou F. The Psychological Flexibility in Epilepsy Questionnaire (PFEQ): Psychometric properties of the Persian version. *Epilepsy Behav* [Internet]. 2022;130:108672. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2022.108672>
78. Yavuz F, Ulusoy S, Iskin M, Esen FB, Burhan HS, Karadere ME, et al. Turkish version of acceptance and action Questionnaire-II (AAQ-II): A reliability and validity analysis in clinical and non-clinical samples. *Klin Psikofarmakol Bul*. 2016;26(4):397–408.
79. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, et al. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. *Behav Ther* [Internet]. 2011;42(4):676–88. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
80. Rolffs JL, Rogge RD, Wilson KG. Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex Model: Development and Validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*. 2018;25(4):458–82.
81. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *Ware et al SF-36 User Manual_27MB_1993_316pp.pdf*. 1993. p. 1–316.
82. Demiral Y, Ergor G, Unal B, Semin S, Akvardar Y, Kivircik B, et al. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health* [Internet]. 2006 Oct 9 [cited 2022 Aug 14];6:247. Available from: <http://pmc/articles/PMC1615878/>
83. P. F. LOVIBOND SHL. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* [Internet]. 1995;33(3):335–43. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/000579679400075U>
84. SARIÇAM H. The Psychometric Properties of Turkish Version of Depression Anxiety Stress Scale-21 (DASS-21) in Community and Clinical Samples. *J Cogn Psychother Res*. 2018;7(1):1.
85. Rantanen AT, Korkeila JJA, Löyttyniemi ES, Saxén UKM, Korhonen PE. Awareness of hypertension and depressive symptoms: a cross-sectional study in a primary care population. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2018;36(3):323–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1499588>
86. Hamer M, Batty GD, Stamatakis E, Kivimaki M. Hypertension awareness and psychological distress. *Hypertension*. 2010;56(3):547–50.
87. Carreira-Míguez M, Ramos-Campo DJ, Clemente-Suárez VJ. Differences in Nutritional and Psychological Habits in Hypertension Patients. *Biomed Res Int*. 2022;2022.
88. Sanz J, García-Vera MP, Espinosa R, Inés M, Fortún M, Segura J. Psychological factors associated with poor hypertension control: Differences in personality and stress between patients with controlled and uncontrolled hypertension. *Psychol Rep*. 2010;107(3):923–38.
89. Waked EG, Jutai JW. Baseline and reactivity measures of blood pressure and negative affect in borderline hypertension. *Physiol Behav*. 1990;47(2):265–71.
90. Özpelit ME, Özpelit E, Doğan NB, Pekel N, Ozyurtlu F, Yılmaz A, et al. Impact of anxiety level on circadian rhythm of blood pressure in hypertensive patients. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(9):16252–8.

EKLER

EK 1. ETİK KURUL KARARI

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:	Tarih: 27.04.2022			
KONU: Etik Kurulu Kararı				
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyon hastalarında psikolojik esnekliğin tansiyon kontrolü üzerindeki etkisi			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU				
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
	AÇIK ADRESİ:	Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	TELEFON			
	FAKS			
	E-POSTA			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emrah Karadere- Dr Neslihan Özcan		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi		
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI			
	DESTEKLEYİCİ			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TURU	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>		
Tıbbi cihaz klinik çalışması		<input type="checkbox"/>		
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma	<input checked="" type="checkbox"/>			
Retrospektif	<input type="checkbox"/>			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>			
DİĞER	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022/0254	Tarih: 27.04.2022		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeceği amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 27.04.2022

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyon hastalarında psikolojik esnekliğin tansiyon kontrolü üzerindeki etkisi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Doç. Dr. Şükri Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sıdıka Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hacer Hicran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Ergül Demirçivi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Seliha Şahin	İşçi		E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Karar: Onaylandı Reddedildi

EK 1-b. ETİK KURUL KARARINA İLİŞKİN DİLEKÇE

25.09.2023

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İSTANBUL GÖZTEPE PROFESÖR DR. SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI'NA

27.04.2022 tarih 2022/0254 karar numaralı "Hipertansiyon hastalarında psikolojik esnekliğin tansiyon kontrolü üzerindeki etkisi" konulu klinik araştırma Eylül 2022 tarihli tez yönetmeliğinde belirtilen sorumlu araştırmacının klinik içi eğitimcilerden olması maddesi gereğince, tez danışmanlarıma Prof. Dr. Mehmet SARGIN eklenmiştir.
Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Mehmet SARGIN Doç. Dr. Mehmet Emrah KARADERE Dr. Neslihan ÖZCAN

EK 2. ÇALIŞMA YAPMA İZNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : SAHU Dr. Neslihan ÖZCAN'ın
Başvurusu Hk.

KADIKÖY İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 27/05/2022 tarihli ve 65744809-604.01.01-01-3104 sayılı yazımız.

İlgi sayılı yazımız ile İlçenize bağlı Göztepe Aile Sağlığı Merkezinde görevli Dr. Neslihan ÖZCAN'a "Hipertansiyon hastalarında psikolojik esnekliğin tansiyon kontrolü üzerindeki etkisi" başlıklı çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı kurumlarda yapma talebi birimimize iletilmiş olup Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 09.06.2022 tarih ve 2022/12 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralıkla) gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: e8b11d0e-55d9-42ac-bf29-a069f3c8f6fe Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

Telefon: Faks No:

e-Posta: cemile.ozaslan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: .

Bilgi için: Cemile ÖZASLAN

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 212) 638 33 99



EK 3. BENZERLİK RAPORU

NeslihanTez

ORIGINALITY REPORT

9%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	acikbilim.yok.gov.tr Internet	351 words — 2%
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet	169 words — 1%
3	acikerisim.sakarya.edu.tr Internet	98 words — 1%
4	dergipark.org.tr Internet	64 words — < 1%
5	hdl.handle.net Internet	63 words — < 1%
6	Kacmaz, Nesiba. "Karaciger Nakli yapilan Hasta Ve Hasta yakinlarinin Psikososyal durumlarinin yasam Kalitesi uzerine Etkisi", Marmara Universitesi (Turkey), 2021 ProQuest	58 words — < 1%
7	www.researchgate.net Internet	43 words — < 1%
8	Sevinen, Gonca Gül. "Hipertansiyonu Olan Hastalara Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi", Sakarya Universitesi (Turkey), 2022 ProQuest	42 words — < 1%

9	Hidir, Fatma. "Bel fitigi ameliyati sonrasi soguk uygulamanin agri, Anksiyete-Depresyon, Fonksiyonellik duzeyi Ve yasam Kalitesine Etkisi.", Marmara Universitesi (Turkey), 2021 ProQuest	40 words — < 1%
10	turansam.org Internet	40 words — < 1%
11	dspace.gazi.edu.tr Internet	36 words — < 1%
12	acikerisim.baskent.edu.tr Internet	34 words — < 1%
13	acikerisim.uludag.edu.tr Internet	34 words — < 1%
14	Gur, Neslisah. "ilkogretim Ikinci Kademe ogrencilerinde Akran zorbaligi Ve eslik Eden Duygusal Davranissal Sorunlar; Bursa Ili ornekleme", Bursa Uludag University (Turkey), 2021 ProQuest	30 words — < 1%
15	core.ac.uk Internet	27 words — < 1%
16	Şahin, Gülnur. "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Ayrılma Anksiyetesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi", Sakarya Universitesi (Turkey), 2022 ProQuest	20 words — < 1%
17	dspace.balikesir.edu.tr Internet	19 words — < 1%
18	bilimname.erciyes.edu.tr Internet	18 words — < 1%

19	openaccess.bezmialem.edu.tr Internet	18 words — < 1%
20	j-humansciences.com Internet	17 words — < 1%
21	nek.istanbul.edu.tr:4444 Internet	16 words — < 1%
22	acikerisim.gelisim.edu.tr Internet	15 words — < 1%
23	Albayrak, Merve Fatima. "20-45 yas arasi kadınlarda Premenstruel Sendromun Beslenme Durumuna Etkisinin saptanması", Marmara Universitesi (Turkey), 2020 ProQuest	13 words — < 1%
24	docplayer.biz.tr Internet	13 words — < 1%
25	iug.ba Internet	13 words — < 1%
26	openaccess.izu.edu.tr Internet	13 words — < 1%
27	toad.halileksi.net Internet	13 words — < 1%
28	Dönmez, Seçil. "Kadın Sağlık Çalışanlarında Toplumsal Cinsiyet Algısı ve Depresyon İle İlişkisi", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	12 words — < 1%
29	acikerisim.nevsehir.edu.tr Internet	12 words — < 1%

30	b-ok.org Internet	12 words — < 1%
31	Aydug, Damla. "İlkokullarin orgut Sagligi Ile ogretmenlerin orgutsal Guven Duzeyleri Arasindaki Iliskilerin Incelenmesi", Anadolu University (Turkey) ProQuest	11 words — < 1%
32	Erciyes, Yasemin. "Hipertansiyonlu Hastalarda Hemsire Tarafindan Verilen Egitimin Saglikli Yasam Bicimi Davranislarina Etkisinin Degerlendirilmesi", Marmara Universitesi (Turkey) ProQuest	11 words — < 1%
33	Gök, Seçkin. "Başlangıç Düzeyi Okuyucularının Okuma Motivasyonu Üzerinde Aile Okuma İnançlarının Etkisi", Sakarya Universitesi (Turkey), 2022 ProQuest	10 words — < 1%
34	Soylu, Nusret. "Depresyonu Olan Ergenlerde İntihar Dusuncesini Etkileyen Sosyal, Emosyonel ve Kognitif Faktorlerin Arastirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2021 ProQuest	10 words — < 1%
35	journals.sagepub.com Internet	10 words — < 1%
36	pubhtml5.com Internet	10 words — < 1%
37	abakus.inonu.edu.tr Internet	9 words — < 1%
38	acikerisim.pau.edu.tr:8080 Internet	9 words — < 1%

39	Cengiz, Burcu. "Kadınlarda Uterin Fibroid semptomlarının yaşam Kalitesi üzerine Etkisi", Marmara Üniversitesi (Turkey) ProQuest	8 words — < 1%
40	acikerisim.erbakan.edu.tr Internet	8 words — < 1%
41	acikerisim.karabuk.edu.tr:8080 Internet	8 words — < 1%
42	dergipark.ulakbim.gov.tr Internet	8 words — < 1%
43	repository.ukim.mk Internet	8 words — < 1%
44	ARICI, Mustafa, BİRDANE, Alparslan, GÜLER, Kerim, YILDIZ, Bülent Okan, ALTUN, Bülent, ERTÜRK, Şehsuvar, AYDOĞDU, Sinan, ÖZBAKKALOĞLU, Mert, ERSÖZ, Halil Önder, SÜLEYMANLAR, Gültekin, TÜKEK, Tufan, TOKGÖZOĞLU, Lale and ERDEM, Yunus. "Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu", Türk Kardiyoloji Derneği, 2015. Publications	7 words — < 1%
45	Bostanci, Seyda. "Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin yaşam Kalitesi üzerine Etkisi", Bursa Uludağ University ProQuest	7 words — < 1%
46	Selma TURAN KAVRADIM, Zeynep ÖZER. "Cardiovascular Physical Examination: A Nursing Care Assessment", Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences, 2018 Crossref	6 words — < 1%

47 İlkay Özdemir, Çiçek Hoccoğlu, Mustafa Koçak, H. Önder Ersöz. "Tip 2 diyabetes mellituslu hastalarda yaşam kalitesi ve ruhsal belirtiler / Quality of life and psychiatric symptoms in the patients with type 2 diabetes mellitus", *Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2011 6 words — < 1%

Crossref

EXCLUDE QUOTES OFF
EXCLUDE BIBLIOGRAPHY OFF

EXCLUDE SOURCES OFF
EXCLUDE MATCHES OFF

EK 4. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sayın katılımcı,

Sizi Göztepe Aile Sağlığı Merkezinde yürütülen “Hipertansiyon hastalarında psikolojik esnekliğin tansiyon kontrolüne etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı; hipertansiyon hastalarında, açıklık, farkındalık ve değerlere yönelik temel ilkeleri ile hayatın getirdiği veya getirebileceği zorluklara karşı baş etme becerilerini ifade eden psikolojik esnekliğin, tansiyon kontrolü üzerindeki etkisini araştırmak. Araştırmada sizden tahminen 15 dakikanızı ayırmanız istenmektedir. Araştırma kapsamında toplam 119 soruya cevap vermeniz istenmektedir. Araştırmaya sizinle birlikte tahminen 90 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz gizli tutulacaktır; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir.

Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya e-posta adresi, veya numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacılar: Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emrah Karadere, Dr. Neslihan Özcan

Not: Araştırmaya katılmayı kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki boşluğa “Yazılanları okudum, anladım, çalışmaya katılmayı kabul ediyorum” şeklinde el yazınızla yazıp bu formu imzalayınız.

.....

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 5. AAQ-2

Aşağıda bir dizi ifade bulunmaktadır. Her bir ifadenin sizin için ne kadar doğru olduğunu yanında yazan rakamı yuvarlak içine alarak belirtiniz. Seçiminizi yapmak için aşağıdaki cetveli kullanınız.

1	2	3	4	5	6	7
Hiçbir zaman doğru değil	Çok nadiren doğru	Nadiren doğru	Bazen doğru	Sıklıkla doğru	Neredeyse her zaman doğru	Daima doğru

1. Geçmişte olan acı veren yaşantılarım ve hatıralarım, değer verdiğim bir hayatı yaşamayı zorlaştırıyor.	1	2	3	4	5	6	7
2. Hislerimden korkarım.	1	2	3	4	5	6	7
3. Kaygılarımı ve hislerimi kontrol edememekten endişelenirim.	1	2	3	4	5	6	7
4. Acı hatıralarım dolu dolu bir hayat yaşamamı engelliyor.	1	2	3	4	5	6	7
5. Duygular hayatımda sorunlara yol açar.	1	2	3	4	5	6	7
6. İnsanların çoğu hayatlarımı benden daha iyi idare ediyor gibi görünüyor.	1	2	3	4	5	6	7
7. Endişelerim başarılı olmamı engelliyor.	1	2	3	4	5	6	7

EK 6. ÇBPPEE

Lütfen aşağıda yer alan ifadeleri değerlendirirken SON İKİ HAFTAYI göz önünde bulundurunuz.

	Kesinlikle doğru değil	Çok nadiren doğru	Bazen doğru	Doğru	Çok sıklıkla doğru	Kesinlikle doğru
1. Hoş olmayan duygularımı ve düşüncelerimi müdahale etmeden gözlemlemeye açtım.						
2. Olumsuz düşünce ve duygularıma direnmektense, onlarla barışmaya çalıştım.						
2. Olumsuz düşünceleri ve duyguları tam olarak deneyimlemeyi, onları görmezden gelmek yerine onlarla yaşamayı kabul ettim.						
3. Üzüntü verici bir duygu ya da düşünce yaşadığımda, onu görmezden gelmek yerine hayatımda ona yer vermeyi denedim.						
5. İyi ya da kötü, kendimi tüm duygularıma açtım.						
6. Dikkatliydim ve duygularımın farkındaydım.						
7. Anbean düşüncelerimle ve duygularımla uyum içindeydim.						
8. Ne düşündüğüme ve hissettiğime çok dikkat ettim.						
9. Düşüncelerimdeki ve duygularımdaki iniş çıkışların farkındaydım.						
10. Düşüncelerime ve duygularıma dikkat etmeye ve onların farkında olmaya çalıştım.						
11. İncinmiş veya üzgün hissettiğimde bile daha geniş bir perspektiften bakmaya çalıştım.						
12. Zor anlarımda, hayatımı daha geniş bir perspektiften görerek ayakta kaldım.						
13. Hayatta yıkıldığım zamanlarda bile bakış açımı korumaya çalıştım.						
14. Ürktüğümde ya da korktuğümde bile büyük resmi görmeye çalıştım.						
15. Acı verici bir durumla karşılaştığımda duygusal dengemi korumaya çalıştım.						
16. Olumsuz duygulara çok kapılmadan bu duygularımın geçip gitmesine izin verebildim.						
17. Üzgün olduğumda, bu olumsuz duygulara takılıp kalmadan geçmesine izin verebildim.						
18. Ürktüğümde veya korktuğümde bu duyguları rahatça yaşayabildim ve sonrasında onların gitmelerine izin verebildim.						

	Kesinlikle doğru değil	Çok nadiren doğru	Bazen doğru	Doğru	Çok sıklıkla doğru	Kesinlikle doğru
19. Tepki vermeden bir adım geri çekilerek, negatif düşüncelerimin ve duygularımın farkına varabildim.						
20. Zorlu durumlarda düşüncelerimin ve duygularımın altında ezilmeden onları fark edebildim.						
21. Benim ve hayatım için önemli olan şeylerle yoğun temas halindeydim.						
22. Hayattaki daha derin önceliklerime bağlı kaldım.						
23. Günlük hayatımda benim için gerçekten önemli olan şeylerle bağlantı kurmaya çalıştım.						
24. Zor seçimler yapmak anlamına gelse bile benim için önemli olan şeylere öncelik vermeye çalıştım.						
25. Derin değerlerim sürekli olarak yaşamıma yön verdi.						
26. Çabalarırken tökezlediğimde bile, benim için önemli olan uğruna çabalamayı bırakmadım.						
27. İşler zorlaştığında bile, hala hayatta değer verdiğim şeyler için adımlar atabiliyordum.						
28. Hayat yoğun ve stresli olduğunda bile benim için önemli olan şeyler uğruna çalışmaya devam ettim.						
29. Hayatta gerçekten istediğim şeye ulaşmak için gerçekleştirdiğim eylemlerde aksiliklerin beni yavaşlatmasına izin vermedim.						
30. Korkularımın ve şüphelerimin hedeflerime doğru hareket etmemi engellemesine izin vermedim.						
31. Rahatsız edici bir şey olduğunda onu düşünmemek için çok çabaladım.						
32. Birçok şeyi ne yaptığımın pek de farkında olmayarak “otomatik” olarak yaptım.						
33. Birçok şeyi çok dikkat etmeden düşüncesizce yaptım.						
34. Günlerin çoğunu ne düşündüğüme veya hissettiğime çok dikkat etmeden otomatik pilota geçirdim.						
35. Çoğu günümü çok dikkat etmeden oluruna bırakarak yaşadım.						
36. Çoğu zaman birçok şeyi çok fazla dikkat etmeden öylesine yaptım.						
37. Bazı duygularımın kötü veya uygunsuz olduğunu ve onları hissetmemem gerektiğini düşündüm.						

	Kesinlikle doğru değil	Çok nadiren doğru	Bazen doğru	Doğru	Çok sıklıkla doğru	Kesinlikle doğru
38. Mantıksız veya uygunsuz duygulara sahip olduğum için kendimi eleştirdim.						
39. Kendime, hissettiğim şekilde hissetmemem gerektiğini söyledim.						
40. Kendime, düşündüğüm şekilde düşünmemem gerektiğini söyledim.						
41. Olumsuz düşüncelerimin ve duygularımın etkisinden uzun süre kurtulamadım.						
42. Can sıkıcı düşünceler, zihnimde bozuk bir plak gibi dönüp durdular.						
43. İstenmeyen düşünce ve duygulara saplanıp kalmak çok kolaydı.						
44. Olumsuz düşüncelerin ve duyguların geçmişte kaldığına inanmak çok zordu.						
45. Kötü bir şey olduğunda bunun hakkında düşünmeyi bırakmak benim için zordu.						
46. Günlük hayatımda öncelik ve değerlerimi yarıda bıraktığım çok oldu.						
47. Hayat karmaşık olduğunda, değer verdiğim şeylerle bağımı kaybettim.						
48. En çok değer verdiğim şeyler öncelik listemden tamamen çıktı.						
49. Genelde benim için gerçekten önemli olan şeylere odaklanmak için zamanım yoktu.						
50. İşler zorlaştığında, gerçekten değer verdiğim şeyleri kolayca unuttum.						
51. Olumsuz duygularımdan dolayı sıklıkla hiçbir şey yapamıyordum.						
52. Olumsuz duygularımdan dolayı planlarım kolaylıkla sekteye uğradı.						
53. Üzülme beni çıkmazda ve pasif bıraktı.						
54. Olumsuz deneyimler benim için gerçekten önemli olan şeylerden uzaklaşmama neden oldu.						
55. Hoş olmayan düşünceler ve duygular, hayatı derinlemesine yaşama çabalarımı kolayca altüst etti.						

Boyut	Alt Boyut	Madde Numarası
Psikolojik Esneklik	Kabul	1, 2, 3, 4, 5
	Anda Olma	6, 7, 8, 9, 10
	Bağlamsal Benlik	11, 12, 13, 14, 15
	Ayrışma	16, 17, 18, 19, 20
	Değerler	21, 22, 23, 24, 25
	Değer Yönelimli Eylemler	26, 27, 28, 29, 30
Psikolojik Katılık	Yaşantısal Kaçınma	31
	Anla temasın Yitirilmesi	32, 33, 34, 35, 36
	Kavramsal Benlik	37, 38, 39, 40
	Birleşme	41, 42, 43, 44, 45
	Değerlerle Temasın Yitirilmesi	46, 47, 48, 49, 50
	İşlevsiz Davranış	51, 52, 53, 54, 55

EK 7. SF-36

Hastanın Adı Soyadı.....Tarih:						
Aşağıdaki sorular sizin kendi sağlığınız hakkındaki görüşünüzü, kendinizi nasıl hissettiğinizi ve günlük aktivitelerinizi ne kadar yerine getirebildiğinizi öğrenmek amacıyla. Size en uygun yanıtı verin.						
B1 1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?						
Mükemmel 1 <input type="checkbox"/>	Çok iyi 2 <input type="checkbox"/>	İyi 3 <input type="checkbox"/>	Orta 4 <input type="checkbox"/>	Kötü 5 <input type="checkbox"/>		
B2 2. Bir yıl öncesi ile karşılaştırdığımızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?						
Bir yıl öncesinden	Çok daha iyi 1 <input type="checkbox"/>	Biraz iyi 2 <input type="checkbox"/>	Hemen hemen aynı 3 <input type="checkbox"/>	Biraz daha kötü 4 <input type="checkbox"/>	Çok daha kötü 5 <input type="checkbox"/>	
Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz işlerle (aktivitelerle) ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?						
B3						
3. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Evet, çok kısıtlı	Evet, biraz kısıtlı	Hayır, hiç kısıtlı değil
4. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
5. Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
6. Birkaç kat merdiven çıkmak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
7. Bir kat merdiven çıkmak	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
8. Eğilmek, diz çökmek, çömelmek	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
9. Bir kilometreden fazla yürümek	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
10. Birkaç yüz metre yürümek	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
11. Yüz metre yürümek	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
12. Kendi başına banyo yapmak veya giyinmek	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>			
Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?						
B4						
13. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		Evet	Hayır	
14. Arzu ettiğinizden daha az şeyi mi tamamlayabildiniz?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>				
15. Çalışma veya diğer yaptığımız işlerin çeşidinde kısıtlama yaptınız mı?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>				
16. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizi yapmakta güçlük çektiniz mi? (Aşırı efor/çaba sarf ettiniz mi?)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>				
Son 4 hafta boyunca, duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı?						
B5						
17. Çalışma yaşamınızda veya diğer aktivitelerinizde geçirdiğiniz zamanı kısalttınız mı?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>		Evet	Hayır	
18. Arzu ettiğinizden daha az işi mi tamamlayabildiniz?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>				
19. İşinizle veya diğer aktivitelerinizle ilgili işleri her zamanki kadar dikkat vererek yapamadınız mı?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>				

B6 20. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?						
Hiç etkilemedi 1 <input type="checkbox"/>	Çok az 2 <input type="checkbox"/>	Orta derecede 3 <input type="checkbox"/>	Epeyce 4 <input type="checkbox"/>	Çok fazla 5 <input type="checkbox"/>		
B7 21. Son 4 hafta içinde vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?						
Hiç olmadı 1 <input type="checkbox"/>	Çok az 2 <input type="checkbox"/>	Hafif 3 <input type="checkbox"/>	Orta 4 <input type="checkbox"/>	Çok 5 <input type="checkbox"/>		
B8 22. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem de ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?						
Hiç etkilemedi 1 <input type="checkbox"/>	Biraz etkiledi 2 <input type="checkbox"/>	Orta derecede 3 <input type="checkbox"/>	Epey etkiledi 4 <input type="checkbox"/>	Çok etkiledi 5 <input type="checkbox"/>		
Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.						
B9	Sürekli	Çoğu zaman	Epey zaman	Bazen	Ara sıra	Hiçbir zaman
23. Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
24. Çok sinirli biri oldunuz mu?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
25. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
26. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
27. Çok enerjik oldunuz mu?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
28. Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
29. Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
30. Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
31. Yorgunluk hissettiniz mi?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
B10 32. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?						
Hiç etkilemedi 1 <input type="checkbox"/>	Biraz etkiledi 2 <input type="checkbox"/>	Orta derecede 3 <input type="checkbox"/>	Epey etkiledi 4 <input type="checkbox"/>	Çok etkiledi 5 <input type="checkbox"/>		
Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru veya yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanını işaretleyiniz.						
B11	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Emin değilim	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış	
33. Ben diğer insanlara göre daha kolay hastalanıyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
34. Tanıdığım kişiler kadar sağlıklıyım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
35. Sağlığımın kötüleşmekte olduğunu sanıyorum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
36. Sağlığım mükemmeldir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

SF-36 Alt Parametrelere Ait Değerleri Bulmak İçin Formül	
Fiziksel Fonksiyon	$(3+4+5+6+7+8+9+10+11+12) / 10$
Fiziksel Rol Güçlüğü	$(13+14+15+16) / 4$
Emosyonel Rol Güçlüğü	$(17+18+19) / 3$
Enerji/Canlılık/Vitalite	$(23+27+29+31) / 4$
Ruhsal Sağlık	$(24+25+26+28+30) / 5$
Sosyal İşlevsellik	$(20+32) / 2$
Ağrı	$(21+22) / 2$
Genel Sağlık Algısı	$(1+33+34+35+36) / 5$



EK 8. DASS-21

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	HİÇBİR ZAMAN	BAZEN VE ARA SIRA	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN
1 S	Gevşeyip rahatlamakta zorluk çektim.	0	1	2	3
2 A	Ağzımda kuruluk olduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3 D	Hiç olumlu duygu yaşayamadığımı fark ettim.	0	1	2	3
4 A	Soluk almada zorluk çektim (örneğin fiziksel egzersiz yapmadığım halde aşırı hızlı nefes alma, nefessiz kalma gibi).	0	1	2	3
5 D	Bir iş yapmak için gerekli olan ilk adımı atmada zorlandım.	0	1	2	3
6 S	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliyim.	0	1	2	3
7 A	Vücudumda (örneğin ellerimde) titremeler oldu.	0	1	2	3
8 S	Sinirsel enerjimi çok fazla kullandığımı hissettim.	0	1	2	3
9 A	Panikleyip kendimi aptal durumuna düşüreceğim durumlar nedeniyle endişelendim.	0	1	2	3
10 D	Hiçbir beklentimin olmadığı hissine kapıldım.	0	1	2	3
11 S	Kışkırtılmakta olduğumu hissettim.	0	1	2	3
12 S	Kendimi gevşetip salıvermek zor geldi.	0	1	2	3
13 D	Kendimi perişan ve hüzünlü hissettim.	0	1	2	3
14 S	Beni yaptığım işten alıkoyan şeylere dayanamıyordum.	0	1	2	3
15 A	Panik haline yakın olduğumu hissettim.	0	1	2	3
16 D	Hiçbir şey bende heyecan uyandırmıyordu.	0	1	2	3
17 D	Birey olarak değersiz olduğumu hissettim.	0	1	2	3
18 S	Alınan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19 A	Fizik egzersiz söz konusu olmadığı halde kalbimin hareketlerini hissettim (kalp atışlarımın hızlandığını veya düzensizleştiğini hissettim).	0	1	2	3
20 A	Geçerli bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21 D	Hayatın anlamsız olduğu hissine kapıldım.	0	1	2	3