



T.C.

AMASYA ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**65 YAŞ VE ÜZERİ HİPERTANSİYONLU BİREYLERİN YAŞLILIĞI
ALGILAMA DÜZEYLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM TARZINA
ULAŞMA EĞİLİMLERİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SÜMEYYE YALÇIN

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN

AMASYA

AĞUSTOS 2024

T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

65 YAŞ VE ÜZERİ HİPERTANSİYONLU BİREYLERİN YAŞLILIĞI ALGILAMA
DÜZEYLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM TARZINA ULAŞMA EĞİLİMLERİ

SÜMEYYE YALÇIN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN

AMASYA
AĞUSTOS 2024

SümeYYe YALÇIN tarafından hazırlanan “65 Yaş ve Üzeri Hipertansiyonlu BireYlerin Yaşlılığı Algılama Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimleri” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİğİ ile Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Programında** YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman: Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu kabul ediyorum

Başkan: Doç. Dr. Alev YILDIRIM KESKİN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Selçuk Üniversitesi Akşehir Kadir Yallagöz Sağlık Yüksekokulu

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu kabul ediyorum

Üye: Doç. Dr. Eylem TOPBAŞ

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu kabul ediyorum

Tez Savunma Tarihi:

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

.....

Doç. Dr. Neşe YAKŞİ ŞAHİN

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



Anneme ve babama ithafen...

ETİK BEYAN

Amasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak
Seminer yazım yönergesini dikkate alarak hazırladığım bu tez çalışmada;

Tez içinde sunduğum verileri, bilgiler ve dokümanları akademik ve etik kurallar
çerçevesinde elde ettiğimi,

Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun
olarak sunduğumu,

Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne atıfta bulunarak kaynak
gösterdiğimi,

Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime
doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İMZA

Sümeyye YALÇIN

21/08/2024

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin tüm aşamalarında yanımda olan, tüm bilgi birikimini sabırla bize sunan, bizi motive etmek için sürekli çabalayan ve emeğini hiçbir koşulda ödeyemeyeceğim değerli hocam Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN'a,

Çalışmamın veri toplama aşamasında benimle ilgilenen ve güler yüzleriyle motivasyonumun yükselmesini sağlayan Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma hastanesi hemşirelerine,

Hayatımın bu dönemine kadar hiçbir emeğini eksik etmeyen ve yanımdan ayrılmayan aileme,

Tezimin her aşamasında yanımda olan ve takıldığım her noktada yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarıma,

Yüksek lisansımın her anına şahit olup yanı başımda duran kedime teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLolar	v
ŞEKİLLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR	vi
ÖZET	viii
ABSTRACT	ixx
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hipertansiyon	4
2.1.1. Hipertansiyon epidemiyolojisi	4
2.1.2. Hipertansiyon etiyolojisi	5
2.1.3. Hipertansiyon risk faktörleri	6
2.1.4. Hipertansiyon patofizyolojisi	8
2.1.5. Hipertansiyon sınıflandırması	8
2.1.5.1. Etiyolojik sınıflandırma.....	8
2.1.5.2. Kan basıncına göre sınıflandırma	9
2.1.6. Hipertansiyon tanısı	10
2.1.6.1 Anamnez.....	10
2.1.6.2. Fizik muayene	10
2.1.6.3. Kan basıncı ölçümü	11
2.1.6.4. Laboratuvar tetkikleri	12
2.1.7. Hipertansiyon belirti ve bulguları	12
2.1.8. Hipertansiyon tedavisi	13
2.1.8.1. Hipertansiyonda nonfarmakolojik tedavi.....	13
2.1.8.2. Hipertansiyonda farmakolojik tedavi	14
2.1.9. Hipertansiyonda hemşirelik bakımı	14
2.1.9.1. Değerlendirme.....	15
2.1.9.2. Hasta eğitimi	15

2.1.9.3. İlaç uyumu.....	15
2.1.9.4. Yaşam tarzı değişikliği.....	16
2.1.9.5. İzleme ve değerlendirme	16
2.1.9.6. İş birliği	16
2.1.9.7. Hastanın güçlendirilmesi.....	16
2.2. Yaşlılık.....	16
2.2.1. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan değişiklikler.....	17
2.3. Yaşlılık Algısı	17
2.4. Yaşlılık ve Hipertansiyon.....	18
2.5. Yaşlılık ve Sağlıklı Yaşam Biçimi.....	18
2.6. Hipertansiyonlu Bireylerde Yaşlılık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimine Ulaşma Eğilimi.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1. Araştırmanın Tipi.....	20
3.2. Araştırmanın Soruları	20
3.3. Araştırmanın Yer, Zaman ve Özellikleri	20
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.4.1. Dahil edilme kriterleri.....	21
3.4.2. Dışlama kriterleri	22
3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	22
3.6. Veri Toplama Araçları	22
3.6.1. Hasta tanıtım formu	22
3.6.2. Sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimi ölçeği.....	22
3.6.3. Yaşlılığı algılama anketi kısa formu (B-APQ).....	23
3.7. Ön Uygulama	23
3.8. Verilerin Toplanması	24
3.9. Araştırmanın Etik Yönü.....	24
3.10. Verilerin Analizi	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	39
5.1. Hipertansiyonlu Bireylerin Yaşlılık Algı Düzeyi ile Sosyo-Demografik ve Hastalığa Özgü Özelliklerinin Tartışılması	39
5.2. Hipertansiyonlu Bireylerin Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimleri ile Sosyo-Demografik ve Hastalığa Özgü Özelliklerinin Tartışılması	41
5.3. Hipertansiyonlu Bireylerin Yaşlılık Algı Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimlerinin Birbiri Arasındaki İlişkinin Tartışılması	42

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	45
6.1. Sonuçlar	45
6.2. Öneriler	45
KAYNAKÇA.....	46
EKLER.....	55
EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı...	56
EK-2. Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni.....	57
EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	58
EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri.....	60
EK-5. Hasta Tanıtım Formu.....	61
EK-6. Yaşlılığı Algılama Anketi Kısa Formu.....	63
EK-7. Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimi Ölçeği.....	64
Özgeçmiş.....	65

TABLÖLAR

Tablo 2.1. Kan Basıncı Tanım ve Sınıflandırılması.....	8
Tablo 2.2 Kan Basıncına Göre Hipertansiyon Sınıflandırması.....	9
Tablo 4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	24
Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımları.....	26
Tablo 4.3. B-APQ ve SYTUEÖ Puan Ortalamaları.....	28
Tablo 4.4. Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SYTUEÖ ve B-APQ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.5. Bireylerin B-APQ ve SYTTUEÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	37

ŞEKİLLER

Şekil 3.1. G*Power yazılımı kullanılarak yapılan güç analizi sonucu.....	21
--	----



SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılan kısaltmalar ve açıklamaları aşağıdaki gibidir.

Kısaltma	Anlamı
ACE	Angiotensin Converting Enzyme / Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
B-APQ	Brief Aging Perceptions Questionnaire / Yaşlılığı Algılama Anketi Kısa Formu
ESC	The European Society of Cardiology / Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	European Society of Hypertension / Avrupa Hipertansiyon Derneği
HT	Hipertansiyon
Patent	Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey / Türkiye’de hipertansiyonun yaygınlığı, farkındalığı, tedavisi ve kontrolü
mmHg	Milimetre civa
SPSS	Statistical Package for Social Sciences / Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi
SYTUEÖ	Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimi Ölçeği
TEMĐ	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

65 YAŞ VE ÜZERİ HİPERTANSİYONLU BİREYLERİN YAŞLILIĞI ALGILAMA DÜZEYLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM TARZINA ULAŞMA EĞİLİMLERİ

Sümeyye YALÇIN

Amasya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans, Ağustos/2024
Danışman: Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN

Bu çalışmanın amacı 65 yaş üzeri hipertansiyon tanısı almış bireylerin yaşlılığı algılama düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimlerini belirlemektir.

Kesitsel tipteki bu araştırma 01.05.2023-01.03.2024 tarihleri arasında Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Palyatif, Ortopedi, Nöroloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji ve Üroloji servislerinde yatan 290 bireyle yürütülmüştür. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay ve Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır. Araştırmada veriler; Hasta Tanıtım Formu, Yaşlılığı Algılama Ölçek Formu ve Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Ölçeği Formu kullanılarak toplanmıştır. Çalışmada değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Smirnov test ile ölçülmüştür. Nicel bağımsız verilerin analizinde Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Korelasyon analizinde Spearman korelasyon analiz yöntemi uygulanmıştır. Araştırmanın gücü G*Power analizine göre belirlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Yaş ortalaması $73,43\pm6,85$ olan bireylerin %55,5'inin kadın, %70,3'ünün evli ve %48,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Ekonomik durumları göz önüne alındığında %47,9'unun geliri giderinden az, %85,9'u ailesiyle birlikte yaşamakta ve %76,9'unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimi Ölçeği puan ortalaması $18,0\pm6,0$ 'dır. Yaşlılık Algısı Ölçeği puan ortalaması ise $53,49\pm5,79$ olarak hesaplanmıştır. Evli, 1-4 yıl önce hipertansiyon tanısı alan, kendi sağlık durumunu "çok iyi" olarak değerlendiren, diyetle tuz kısıtlaması yapan, düzenli fiziksel aktivite yapan ve doktor kontrolüne giden bireylerin Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Okur-yazar olmayanların, okur yazar olanların ve ilköğretim mezunlarının B-APQ toplam puanları ortaokul mezunlarına kıyasla daha yüksektir ($p<0,05$). Yaşlılık Algısı Ölçeği toplam puanı ile Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimi Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,116$; $p<0,05$).

Altmış beş yaş ve üzeri HT'li bireylerin yaşlılık algı düzeyleri ve sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri orta düzeyde bulunmuştur. Çalışma sonuçları doğrultusunda 65 yaş ve üzeri HT'li bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarına teşvik edilmesi, gerekli eğitimler verilerek bireylerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlenmesinin sağlanması, multidisipliner bir ekiple hastaların düzenli olarak kontrol edilmesi ve desteklenmesi, bireylere yaşlılığın hayatın bir parçası ve olumlu birçok sonucunun olduğunun anlatılması, HT'li bireylerle farklı bölgelerde, cinsiyet ve ekonomik olarak daha eşit dağılımlı bir grupta nitel ve nicel çalışmalar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, HT, Sağlıklı Yaşam, Yaşlılık, Yaşlılık Algısı

ABSTRACT

AGING LEVELS OF HYPERTENSIONERS OVER 65 YEARS AND TENDENCIES TO ACHIEVE A HEALTHY LIFESTYLE

SÜMEYYE YALÇIN

Amasya University, Institute of Health Sciences
Department of Nursing, Internal Medicine Nursing, Msc, May/2024
Advisor: Assoc. Prof. Nurhan DOĞAN AYDIN

The aim of this study is to determine the age-sensing levels of age and the tendency of individuals who have been diagnosed with hypertension over 65 to reach a healthy lifestyle.

This cross-sectional study was conducted with 290 individuals hospitalized in the Internal Medicine, Palliative, Orthopedics, Neurology, Chest Diseases, Cardiology and Urology wards of Amasya University Sabuncuoğlu Şerefeddin Training and Research Hospital between 01.05.2023-01.03.2024. Written approval was obtained from Amasya University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee and institutional permission was obtained from Amasya University Sabuncuoğlu Şerefeddin Training and Research Hospital. Data were collected using the Patient Introduction Form, Perception of Aging Scale Form and Healthy Lifestyle Attainment Scale Form. The distribution of variables in the study was measured by Kolmogorov Smirnov test. Kruskal-Wallis and Mann-Whitney U tests were used to analyze quantitative independent data. Spearman correlation analysis method was applied in correlation analysis. The power of the study was determined according to G*Power analysis. Statistical significance level was accepted as $p<0.05$.

The mean age of the individuals was 73.43 ± 6.85 years, 55.5% were female, 70.3% were married and 48.3% were primary school graduates. Considering their economic status, 47.9% of them had an income less than their expenses, 85.9% lived with their families and 76.9% had a nuclear family structure. The mean score of the Tendency to Achieve a Healthy Lifestyle Scale of the individuals participating in the study was 18.0 ± 6.0 . The mean score of the Perception of Aging Scale was 53.49 ± 5.79 . The mean score of the Tendency to Achieve a Healthy Lifestyle Scale was found to be higher in individuals who were married, diagnosed with hypertension 1-4 years ago, evaluated their own health status as "very good", restricted salt in the diet, performed regular physical activity and went to the doctor's control ($p<0.05$). B-APQ total scores of illiterate, literate and primary school graduates are higher than secondary school graduates ($p<0.05$). There was a positive, low and significant relationship between the total score of the Perception of Aging Scale and the total score of the Tendency to Achieve a Healthy Lifestyle Scale ($r=0.116$; $p<0.05$).

The level of perception of aging and the tendency to achieve a healthy lifestyle in individuals with HT aged 65 years and older were found to be moderate. In line with the results of the study, it is recommended that individuals with HT aged 65 years and over should be encouraged to healthy living habits, individuals should be made aware of healthy living by providing necessary trainings, patients should be regularly checked and supported by a multidisciplinary team, individuals should be told that old age is a part of life and that there are many positive outcomes, and qualitative and quantitative studies should be conducted with individuals with HT in different regions with a more equal gender and economic distribution.

Keywords: Healthy Life, Hypertension, Nursing, Old Age, Perfection of Old Age

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya nüfusunun yaş ortalaması gittikçe artmaktadır. İleriye dönük nüfus tahminlerine bakıldığında zaman 2050 yılında 65 yaş üzeri birey sayısının dünya nüfusunun beşte birine denk geleceği düşünülmektedir [1]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan istatistiklere göre yaşlı olarak kabul edilen 65 yaş ve üzeri nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda %21,3 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi olarak bildirilmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmüştür [2]. Yaşlı nüfustaki bu artış birçok hastalığı da beraberinde getirmiş, özellikle kronik ve dejeneratif hastalıkların prevalansında artışa sebep olmuştur [3].

İnsan vücudunda birçok sorun yaşlanmayla birlikte ortaya çıkmaktadır [4]. Ortaya çıkan bu sorunları her birey kendi deneyimine göre farklı yorumlamaktadır [5]. Yaşlı bireylerin bu süreci algılama düzeyini etkileyen nedenler arasında yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, kronik hastalıklar, ekonomik sorunlar, yakınların kaybı, emeklilik, rol kaybı, bir kurumda yaşamak, yalnızlık, toplumun yaşlılığa yönelik tutumu ve kültürel faktörler örnek olarak gösterilebilir [6]. Buna ek olarak yaşlı bireylerin fiziksel sağlığı, fonksiyonel kapasiteleri ve fiziksel fonksiyonları da yaşlılığa dair algılarını etkilemektedir [7].

Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan fizyolojik değişimler bireyin işlev kaybetmesine neden olur. İnsan vücudundaki tüm sistemler bu fizyolojik değişimlerden etkilenmektedir [8]. Bu değişimlerin başlıcaları kardiyovasküler sistemde görülen değişimlerdir. Yaşlanmayla birlikte görülme sıklığı artan kardiyovasküler hastalıklar kalp yetmezliği, ateroskleroz, atriyal fibrilasyon, kalp krizi, kapak hastalıkları ve venöz tromboz şeklinde sıralanabilir [9]. Günümüz ölüm nedenleri incelendiğinde kardiyovasküler hastalıklar ilk sırada yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalık riskini arttıran önemli faktörlerden biri de hipertansiyon (HT)'dur. [10]. Kardiyovasküler hastalıklar HT prevalansının artmasıyla daha da dikkat çekici hale gelmiştir. HT yılda yaklaşık 104 milyon yetişkinin ölümüne neden olmakta ve 1,39 milyar yetişkini de doğrudan etkilemektedir [11, 12].

HT'nin tanımı, yinelenen ölçümler sonucu sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması şeklindedir [13]. Tansiyon düzeyinin stabil bir şekilde seyretmesini sağlamak için sağlıklı beslenmeye özen gösterme, düzenli

fiziksel aktivite yapma ve kilo verme temel tedavi basamaklarıdır [11]. Yapılan araştırmalar incelendiğinde bireylerin bu tarz yaşam biçimi değişiklikleri yapmakta oldukça zorlandığı ve buna bağlı olarak tansiyon düzeyini kontrol etmenin de güçleştiği görülmektedir [14, 15]. HT'li bireylerin tedavi sürecinde bu tarz alışkanlıkları kazanabilmeleri için danışmanlık, eğitim, davranışsal terapi gibi yöntemler kullanılmaktadır [16]. Kullanılan bu yöntemler davranış değişikliğini kısa vadede sağlasalar da uzun dönemde yeterince etkili değillerdir [17]. Bireylerin bu davranış değişikliğini gerçekleştirmeye kendini hazır hissetmeleri veya bu davranış değişikliğini gerçekleştirmeleri için kendi kapasitelerinin farkında olmaları oldukça önemlidir [18].

Yaşlılık algısı ve sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimi birlikte ele alındığında HT tanısı almış bireyler için iki kavram da çok önemlidir. Yapılan bir çalışmada yaşlanma kavramının ve belirleyicilerinin anlaşılması, yaşlıların yaşlanmadan memnuniyetlerinin ve yaşa bağlı değişikliklere uyumlarının artırılmasına katkıda bulunabileceği ve bu algıyı çok sayıda kişisel, sosyal ve kültürel faktör etkilediği için yaşlılık algısı kavramının farklı topluluklarda daha fazla araştırmaya tabi tutulması gerektiği söylenmiştir [19]. Yapılan bir diğer çalışmada ise toplumun önemli bir parçası olan yaşlı bireyin bu dönemde aktif, üretken ve başarılı bir yaşam sürmesindeki en önemli faktörün sağlıklı yaşlanma olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle yaşlı sağlığının korunması ve sağlıklı yaşlanma politikalarının geliştirilmesi açısından sağlık profesyonellerinin yaşlı bireylerin sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarını etkileyen sosyal destek faktörlerini değerlendirmeleri gerektiği vurgulanmıştır [20].

Bu iki durum ele alınıp hipertansiyon tanısı alan yaşlı bireyler incelendiğinde yaşlılığı algılama düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri arasında bir ilişki kurulabilir. Günden güne artan yaşlı nüfusun hipertansiyonla olan ilişkisi değerlendirildiğinde bu durumu kontrol altına almak için yapılan çalışmalar oldukça önemli olacaktır. Bu iki kavramın birlikte ele alındığı bir çalışma bulunmamakta ve bu çalışma 65 yaş üzeri HT tanısı almış bireylerin yaşlılığı algılama düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı 65 yaş üzeri hipertansiyon tanısı almış bireylerin yaşlılığı algılama düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimlerini belirlemektir. Bu amaca uygun olan araştırma soruları aşağıdaki gibidir:

- 1) 65 yaş ve üzeri HT tanısı alan bireylerin kendilerini yaşlı olarak algılama düzeyleri hangi seviyededir?
- 2) 65 yaş ve üzeri HT tanısı alan bireylerin sağlıklı bir yaşam tarzına ulaşma eğilimleri hangi düzeydedir?
- 3) 65 yaş ve üzeri HT tanısı alan bireylerin sosyodemografik ve hastalığa özgü özellikleri yaşlılığı algılama düzeyleri ve sağlıklı bir yaşam tarzına ulaşma eğilimlerini etkiler mi?
- 4) 65 yaş ve üzeri HT tanısı alan bireylerin kendilerini yaşlı olarak algılama düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri arasında bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Palyatif, Ortopedi, Nöroloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji ve Üroloji servislerinde yatan, 65 yaş üzeri, hipertansiyon tanısı alan bireylerle sınırlıdır. Hipertansiyon tanısı olan 65 yaş üstü hastaların ön değerlendirme sırasında cerrahi işleme uygun görülmemesi ihtimali de araştırmanın sınırlılıklarındandır. Cerrahi işlem öncesi hastaların aç bırakılması ve anestezi ilaç alması da tansiyon düzeylerini etkilediği için araştırma sonucunu etkilemiş olabilir. Yaşlı bireylerle yapılan çalışmada ortaya çıkan sözel iletişim problemleri ve bilişsel engeller de çalışmayı sınırlandırmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon

HT, prevalansı günden güne artış gösteren, kardiyovasküler hastalıkların artışıyla ilişkisi olduğu düşünülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. HT artan arter basıncıyla karakterizedir. Edinsel etmenler, genetik ve metabolik bozukluklar hastalığa eşlik eder [21, 22]. Dünya Sağlık Örgütü'nün güncel tanımına göre HT sistolik kan basıncının 140 mmHg, diyastolik kan basıncının ise 90 mmHg'nin üzerinde olmasıdır [21]. Türk Kardiyoloji Derneği'nin 2019 yılında yayınladığı HT Uzlaşı Raporu'nda ise HT *“18 yaş üzerindeki erişkinlerde hekim tarafından yapılan, tekrarlanan klinik ölçümler ile sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması”* şeklinde tanımlanmıştır [13].

2.1.1. Hipertansiyonun epidemiyolojisi

Kardiyovasküler hastalıklar dünya çapında her yıl 17,9 milyon ölüme sebep olmakta ve bu tüm ölümlerin üçte birine tekabül etmektedir [23]. Bu ölümlerin 9,4 milyonu ise HT komplikasyonları nedeniyle meydana gelmektedir. Doğrudan HT sebebiyle hayatını kaybedenlerin sayısı ise 1,5 milyon olarak açıklanmıştır. Ayrıca HT'nin kalp krizine bağlı ölümlerin %45'ine, inmeye bağlı ölümlerin ise %51'ine neden olduğu düşünülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü geliştirmekte olan ülkelerde HT sıklığının %40, gelişmiş ülkelerde ise bu oranın %35 seviyesinde olduğunu açıklamıştır [24].

Son yıllarda ülkemizde artan, diyetle sodyum tüketimi, obezite, fiziksel hareketsizlik ve yaşlanma HT prevalansında da artışa neden olmuştur [25]. PatenT ve PatenT2 çalışmasının sonuçlarına göre HT prevalansı ülkemizde %30,3 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda HT prevalansının %32,3, erkeklerde ise kadınlara kıyasla daha düşük seyrettiği ve %28,4 civarında olduğu açıklanmıştır. HT tanısı alan birey sayısı bu kadar yüksek olduğu halde hastaların sadece %40,7'si durumun farkındadır. HT tedavisi alan bireylerin oranı ise yaklaşık olarak %47,4'tür [26]. Bu oranların iyileştirilmesi ve HT kontrolünün etkili bir şekilde gerçekleştirilmesi için standart ve pratik algoritmaların uygulanması gerektiği öngörülmüştür [27].

2.1.2 Hipertansiyonun etiyolojisi

HT tanısı almış bireylerin %95,0'i primer (esansiyel) HT, kalan %5,0'lik kısmı ise sekonder HT hastasıdır. Primer HT, tansiyon değerlerinin yüksek olmasına sebep olacak herhangi bir hastalığın olmaması; sekonder HT ise tansiyon değerinin çeşitli biyolojik, psikolojik ve çevresel etmenler nedeniyle yükselmesi olarak tanımlanmıştır [28, 29].

Primer HT'nin kesin nedeni bilinmese de hastalığa sebep olabilecek farklı görüşler mevcuttur [30]. Bu görüşler arasında en yaygın olanları ileri yaş, diyetle fazla tuz tüketimi, sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam, obezite, genetik yatkınlık ve stres olarak sıralanabilir [31].

Sekonder HT'nin yaygın sebepleri arasında renal arter stenozu, uyku apnesi, aşırı aldosteron salınımı, tiroid hastalıkları, hiperparatiroidi, aort koarktasyonu, feokromasitoma ve parankimal böbrek hastalığı gösterilebilir [32]. Sekonder HT etiyolojisinde etkili olduğu düşünülen sebepler şu şekilde sıralanabilir;

2.1.2.1. Uyku apnesi

Uyku apnesi nedeniyle, normalde gece düşmesi gereken tansiyon düşmeyebilir ve bu yüzden HT görülebilir. Buna ek olarak artan sempatik aktivite ve hipoksi ile ilgili diğer vazomotor ajanlar nedeniyle gündüz de HT'ye neden olabilir [33].

2.1.2.2. Renal arter stenozu

Sekonder HT'nin en sık görülen sebebi olan renal arter stenozu, renal arterlerden herhangi birinin ya da aynı anda ikisinin veya dallarının tıkanması sonucu böbreğe gelen kan miktarının azalmasıyla oluşan HT'dir [34, 35].

2.1.2.3. Aşırı aldosteron salınımı

Aldosteron hormonu böbrek tübüllerinden sodyum ve suyun geri emilimini artırır. Normal değerlerin üzerinde aldosteron salınımı hücre içi sıvı miktarını artırır ve HT'ye neden olur [36].

2.1.2.4. Aort koarktasyonu

HT'ye neden olan doğumsal nedenlerden biridir. Aort darlığının geç dönem sonucu olarak bireylerde HT görülebilir [37].

2.1.2.5. Feokromositoma

Feokromositoma yaygın olarak noradrenalin olmak üzere, adrenalin ve dopamin salgılayan hücrelerden köken almaktadır. Bireylerde bu hormonların salınımına bağlı farklı semptomlar görülür. Noradrenalin salınımına neden olan bireylerde ciddi ve tedavi edilemeyen HT görülür [38].

2.1.3. Hipertansiyonda risk faktörleri

Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği 2013 yılında Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi Kılavuzu'nu yayınlamıştır. Bu kılavuza göre HT'nin risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak ikiye ayrılmıştır. Değiştirilemeyen risk faktörleri aile öyküsü, yaş, cinsiyet ve etnik köken olarak sıralanırken değiştirilebilir risk faktörleri arasında obezite, tuz tüketimi, stres ve sigara kullanımı yer almıştır [39]. HT risk faktörleri aşağıdaki gibi açıklanabilir;

2.1.3.1. Aile öyküsü

HT epidemiyolojisi ile ilgi yapılan çalışmalar genetik yapının HT'de etkili olduğunu göstermiştir [10, 40]. HT tanısı almış olan bireylerin %70,0'inin birinci derece akrabalarında HT tanısı bireyler vardır [10].

2.1.3.2. Yaş ve cinsiyet

HT yatkınlığını arttıran ileri yaş kadınlarda ve erkeklerde farklı özellikler göstermektedir. 65 yaş ve üzeri kadınlarda erkek bireylere nazaran HT görülme sıklığı daha fazladır. HT 65 yaş ve öncesinde ise kadınlara kıyasla erkeklerde daha sık rastlanmaktadır [34, 10, 41].

2.1.3.3. Etnik köken

HT yatkınlığını etkileyen bir diğer faktör etnik kökendir. Siyahi bireylerde HT görülme sıklığı beyaz tenli bireylere oranla daha fazla iken beyaz ırklarda HT tanısı alma yaşı daha düşüktür [10].

2.1.3.4. Tuz tüketimi

Diyette tuz tüketiminin artması HT görülme sıklığını arttırmakla kalmayıp aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklı mortalite ve morbidite oranlarının da artmasına neden olmaktadır [42].

2.1.3.5. Obezite

HT görülme sıklığı kilolu bireylerde normal kilodaki bireylere kıyasla 2-6 kat daha fazladır. Obez bireylerin ise yaklaşık olarak %50,0'si HT hastasıdır. Bu bireylerde sempatik aktivite artışına bağlı olarak böbreklerde sodyum tutulumu artmıştır. Buna ek olarak HT'li bireylerde insülin direnci ve adipositlerde Anjiotensin II sentezi de artmıştır. Bu artışlar HT'ye neden olmaktadır [43, 44].

2.1.3.6. Stres

Stres periferde bulunan damarları etkileyerek kalp debisini ve damarların kana olan direncini arttırarak sıvı tutulumuna neden olur. Bu da kan basıncını arttırır. Ayrıca stres düz kas hücrelerinde hipertrofiye neden olur. Stres bir diğer yandan da sempatik aktiviteyi arttırarak renal efferent lifleri uyarır. Renal kan akımında azalmaya neden olan bu olay sonucunda renal vasküler direnç artar ve vazokonstriksiyona neden olur. Bu olaylar zinciri de HT'nin ortaya çıkmasına neden olabilir [41, 45].

2.1.3.7. Sigara kullanımı

Sigara içildikten sonraki 15-30 dakika içerisinde kan basıncı geçici olarak 5-10 mmHg yükseltmektedir. Her sigara içiminde tekrarlayan bu durum günlük normal tansiyon

seyrini bozup HT'ye neden olur. Sigara kullanan normotansif bireylerin bu etkiyi günün ilk sigarasından sonra daha belirgin yaşadığı ve sistolik kan basıncında 20 mmHg'ya kadar yükselme olabileceği bildirilmiştir [41].

2.1.4. Hipertansiyonun patofizyolojisi

Kan basıncı regülasyon bozukluğu olan HT'nin oluşumuna neden olabilecek birden fazla patofizyolojik faktör vardır. Bunların başında sempatik sinir aktivitesinin artması, sodyum tutan hormonlar, vazokonstriksiyona neden olabilecek maddelerin çok fazla artması, vazodilatasyona neden olabilecek maddelerin az üretimi, fazla sodyum alınımına karşı olarak potasyumun az alınması, insülin direnci ve obezite sayılabilir [10].

HT patofizyolojisi incelendiğinde hastalığa neden olan temel unsur, tansiyon değerlerinin normal sınırlarda kalmasını sağlayan birden fazla mekanizmanın bozulmasıdır [46]. Arteriyel kan basıncı, periferik damarların gösterdiği direnç ve kalp debisi ile doğrudan alakalıdır. Bu iki etkenin uyum içinde çalışması tansiyon düzeyinin normal sınırlar içinde kalmasını sağlar [47]. Damar içi volümündeki ve sempatik aktivitedeki artış kalp debisini de arttırarak kan basıncının artmasına neden olur. Buna karşı baroreseptör mekanizması periferdeki vasküler direnci azaltmaya ve kan basıncını kontrol altına almaya çalışır. Bu temel ilke HT'nin işleyiş mekanizmasını oluşturur [22, 48].

2.1.5. Hipertansiyonun sınıflandırması

HT sınıflandırılırken genellikle etiyolojiye ve kan basıncına göre yapılan sınıflandırma kullanılır.

2.1.5.1. Etiyolojik sınıflandırma

Etiyolojik sınıflandırma yapıldığında HT ikiye ayrılmaktadır. Birincisi primer (esansiyel), ikincisi ise sekonder HT'dir.

Primer Hipertansiyon: Primer HT tüm olguların %95,0'ini oluşturmaktadır ve hastalığın asıl nedeni bilinmemektedir [49]. Oluşmasında çevresel ve genetik faktörlerin etkili olduğu bu HT türü genellikle orta yaş grubunda görülmektedir [50]. Primer HT'ye neden olabileceği düşünülen etkenler fazla tuz tüketimi, yaşam tarzı değişikliği, obezite ve fiziksel hareketsizlik olarak sıralanabilir [41].

Sekonder Hipertansiyon: Oluşumuna neden olan ikincil bir hastalığın bulunduğu HT türüdür. HT tanılı bireylerin yaklaşık olarak %5,0-10,0'u sekonder HT hastasıdır. Sekonder HT nedenleri arasında renal sorunlar, endokrin sistem sorunları, uyku apne sendromu, nörolojik rahatsızlıklar, aort darlığı, hamilelik, stres, ilaç ya da alkol kullanımı sıralanabilir [13, 34].

2.1.5.2. Kan basıncına göre sınıflandırma

Sistolik ve diyastolik kan basıncına göre yapılan bu sınıflandırma 2018 yılında Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa HT Derneği (ESH) tarafından yayınlanmıştır. Sınıflandırmalar Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir [29, 34].

Tablo 2.1. Kan Basıncı tanım ve sınıflandırılması

Kategori	SKB (mmHg)	DKB (mmHg)
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Yüksek Normal	130-139	85-89
Evre 1	140-159	90-99
Evre 2	160-179	100-109
Evre 3	≥180	≥110
İzole Sistolik	≥140	<90

SKB: Sistolik kan basıncı DKB: Diyastolik kan basıncı

Tablo 2.2. Kan basıncına göre hipertansiyon sınıflandırması

Kategori	Sistolik (mmHg)	ve	Diyastolik (mmHg)
Normal Kan Basıncı	<130	ve	<85
Yüksek-Normal Kan Basıncı	130-139	ve/veya	85-89
Grade-1 Hipertansiyon	140-159	ve/veya	90-99
Grade-2 Hipertansiyon	≥160	ve/veya	≥100

2.1.6. Hipertansiyonun tanısı

HT'nin tanısı aşaması 4 basamaktan oluşur. Bu basamaklar anamnez, fizik muayene, tekrarlanan kan basıncı ölçümleri ve laboratuvar incelemeleri şeklinde sıralanabilir.

2.1.6.1 Anamnez

Anamnez alınırken şunlara dikkat edilmesi gereklidir;

- Kan basıncının ne zamandan beri yüksek olduğu ve yükselmeden önceki düzeyleri,
- Sekonder HT'ye neden olabilecek semptomların varlığı ya da kan basıncı artmasına sebep olabilecek ilaç veya madde kullanımı,
- Hastanın diyabetes mellitus, perifer arter hastalığı, serebrovasküler hastalık, koroner kalp hastalığı, gut, dislipidemi, astım ve diğer önemli hastalıkları ile alakalı özgeçmişi, bu hastalıklarla ilgili mevcut semptomları, kullanılan ilaçlar,
- Ailesinin bu hastalıklarla ilgili öyküsü,
- Hastanın alışkanlıkları (sigara ya da alkol kullanıyorsa süresi ve sıklığı, diyetle tuz ve yağ tüketim miktarı, fiziksel aktivite sıklığı, kilo alımı),
- HT'ye neden olabilecek çevresel ve psikososyal etmenler (çalışma ortamı, öğrenim durumu, ekonomik ve kültürel yapısı) sorgulanmalıdır [29, 39, 51].

2.1.6.2. Fizik muayene

HT şüphesi olan bireylerin değerlendirilme aşamasında tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Sekonder HT sebepleri ve hedef organ hasarı varlığı da değerlendirilmelidir. Kan basıncı ölçümüne ek olarak bel çevresi, kilo ve boy da ölçülmeli ve bireyin beden kitle indeksi de hesaplanmalıdır. Fizik muayenede şu basamaklara dikkat edilmelidir;

- Kardiyovasküler sistem incelenmeli, kalbin büyüklüğü ve konumu tespit edilmeli, kalbin ritim anormallikleri, 3. ve/veya 4. ses ya da üfürüm duyulup duyulmadığı kaydedilmeli,
- Boyun muayenesinde tiroid büyüklüğü, karotis üfürümleri ve venöz dolgunluk incelenmeli,
- Akciğerlerde ral (çıtırtı sesine benzeyen anormal solunum sesleri) olup olmadığına bakılmalı,
- Periferik arter nabızlarında zayıflık, kaybolma ya da asimetri, ekstremitelerde soğukluk, ödem ve iskemik deri lezyonları değerlendirilmeli,
- Palpasyonla böbreklerin büyüklüğü, abdominal üfürüm varlığı, anormal pulsasyon incelenmeli,
- Göz dibi değerlendirilmeli ve fundoskopik anormallik olup olmadığına bakılmalıdır [39, 52].

2.1.6.3. Kan basıncı ölçümü

Kan basıncı ölçerken her iki koldan da ayrı ayrı ölçüm yapılmalı ve en az iki kez ölçülmelidir. Kan basıncı gün içinde ya da günler arasında değişiklik gösterdiği için HT tanısı konmadan önce iki veya daha fazla ziyarette hasta değerlendirilmeli ve en az iki ölçümün ortalaması alınmalıdır [53].

HT tanısı konulurken tansiyon takibi üç farklı şekilde yürütülmektedir. Bu seçenekler şu şekilde sıralanabilir;

Standart Kan Basıncı Ölçümü: Hekim tarafından uygun tansiyon aleti kullanılarak yapılmalıdır. İlk muayene hastanın her iki kolundan da yapılmalı ve ölçümler arasında fark varsa ölçüm tekrarlanmalıdır. Sonuç değişmediyse bir sonraki ölçümde sonucun yüksek olduğu kol tercih edilmelidir. Aritmisi olan bireylerde otomatik tansiyon aletleri hata verebileceği için tercih edilmemelidir [54].

İlk değerlendirme de tansiyon değeri 140/90 mmHg ve üzeri çıkan bireyler mutlaka ikinci bir değerlendirmeye çağrılmalı ve ölçüm tekrarlanmalıdır. Eğer imkan varsa bireyin bir sonraki muayeneye kadar evde tansiyon ölçmesi sağlanmalı ya da ambulatuvar tansiyon ölçümü yapılmalıdır. Ölçülen kan basıncı sonucunda Evre-1 düzeyinde HT'si olan bireyler 2-4 hafta içinde, Evre-2 düzeyinde olan bireyler ise en geç 1-2 hafta içerisinde ikinci bir

muayeneye çağrılmalıdır. Yapılan birkaç ölçüm sonrası Evre-3 HT tanısı alan bireylere evde ölçüm ya da ambulator takip önerilmeden direkt hipertansif ilaç tedavisi başlanmalıdır [13].

Evde Kan Basıncı Ölçümü: Evde tansiyon ölçümü yapılırken ölçüm süresi en az beş gün tercihen yedi gün olmalıdır. Bireylerde özellikle maskeli HT ya da beyaz önlük etkisi gözlemlendiyse bu yol tercih edilmelidir. Ölçüm günde iki kez sabah ve akşam olacak şekilde yapılmalı ve standart tansiyon ölçüm ilkelerine dikkat edilmelidir [13].

Ambulator Kan Basıncı Ölçümü: Bireyin vücuduna taşınan özel bir cihazın 24 saat boyunca tansiyon düzeyini ölçmesidir. Günlük aktivite ve uyku sırasında tansiyon ölçümünü yaparak kaydeder. İmkan varsa her durumda tercih edilmelidir. Ancak kısıtlı imkanlar varsa özellikle ev ve muayene sırasında ölçülen değerler arasında uyumsuzluk yaşandığında, dipping varlığının araştırılmasında, nokturnal HT'den şüphelenildiğinde, kan basıncı değişiklikleri fark edildiğinde kullanılmalıdır [39]. Birey uyanırken ölçülen kan basıncı değerleri 135/95 mmHg üzerinde olduğunda HT düşünülmelidir [13, 54].

2.1.6.4. Laboratuvar tetkikleri

HT tanılama aşamasında yapılan laboratuvar tetkiklerinin amacı risk düzeyini saptamak, sekonder HT varlığını değerlendirmek ve hedef organ hasarının olup olmadığını belirlemektir. En ucuz yöntemler tercih edilmeli ve HT gelişimi hızlı olan genç hastalarda detaylı inceleme yapılmalıdır. İstenecek tetkikler açlık plazma glukozu, tam kan sayımı, tam idrar tetkiki, sodyum, potasyum, kreatinin ve ürik asit değerleri, glomerüler filtrasyon hızı, hemoglobin ve hematokrit düzeyi, lipid profili, 12 derivasyonlu elektrokardiyografi olarak sıralanabilir [13].

2.1.7. Hipertansiyonun belirti ve bulguları

HT'si olan kişilerin çoğunda herhangi bir semptom gözlenmez. HT sonucu ortaya çıktığı düşünülen belirtiler baş ağrısı, baş dönmesi, görme bozuklukları, el ve ayaklarda karıncalanma, kulak çınlaması ve bayılma olarak sıralanabilir [11]. Bu belirtiler normotansif bireylerde de sık sık görülebilir. HT'ye bağlı olduğu öne sürülen birçok semptom, genellikle HT'nin yaşamı tehdit eden ciddi bir hastalık olmasından dolayı gelişen psikolojik

semptomlardır. Ventriküler hipertrofi ve ateroskleroz gibi bulgular ise HT'nin geç dönem bulgularıdır ve kontrolsüz HT'nin patolojik göstergeleridir [55].

2.1.8. Hipertansiyonun tedavisi

HT'li bireylerin tedavi sürecinde temel amaç kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır [51]. Hedef, kan basıncını 140/90 mmHg'nın altında tutmaktır. Bu hedef kardiyovasküler komplikasyonları azaltmak için belirlenmiştir. Diyabeti ve böbrek hastalığı olan bireylerde ise bu hedef 130/80 mmHg'nın altı olarak bildirilmiştir [56]. HT tedavisi farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki farklı kombinasyondan oluşmaktadır [34].

2.1.8.1. Hipertansiyonda nonfarmakolojik tedavi

HT'de nonfarmakolojik tedavinin temelini yaşam tarzı değişiklikleri oluşturmaktadır. Sağlıklı bir yaşam tarzı seçimi HT'nin başlamasını tamamen engelleyebilir ya da geciktirebilir. Evre-1 HT tanısı almış bireyler farmakolojik tedaviye hiç başlamadan yaşam tarzı değişiklikleriyle hayatına devam edebilir ya da farmakolojik tedavi aşamasını geciktirebilir. Bununla birlikte tedavinin etkinliğini arttırabilirler. HT'ye bağlı organ hasarı ya da yüksek kardiyovasküler riski olan bireylerin ise geç kalınmadan farmakolojik tedavisine başlanmalıdır. Yaşam tarzı değişikliğindeki olumsuz taraf bireylerin bu değişiklikleri sürekli olarak devam ettirememesidir [16]. Bireylerin kan basıncı kontrolünü sağlayacak önemli yaşam tarzı değişiklikleri tuz kısıtlaması, sebze ve meyve tüketimi, alkol tüketiminin azaltılması, kilo verme, ideal vücut ağırlığını koruma, sigarayı bırakma ve fiziksel aktivite olarak sıralanabilir [34].

İdeal Vücut Ağırlığı: Sağlık bakanlığının verileri incelendiğinde erişkin nüfusun %64,9'u ideal vücut ağırlığının üzerindedir. Bu bireylerin %34,6'sı fazla kilolu, %30,3'lük kısmı ise obez kategorisindedir [57]. Hasta fazla kiloluysa ideal kilosuna inmeli ya da en azından vücut ağırlığının %5,0-10,0'u kadar kilo kaybı için teşvik edilmelidir [13].

Tuz Kısıtlaması: Günlük sodyum alımı 2,0-2,4 g ile kısıtlanmalıdır. Bu da yaklaşık olarak 5-6 g tuza denk gelmektedir [39, 58]. Ülkemizde yapılan SALTURK çalışmasında günlük ortalama tuz tüketiminin 15-16 g olduğu bildirilmiş ve bunun HT ile ilişkili olduğu söylenmiştir [59].

Sağlıklı Beslenme: HT tanısı alan bireyler beslenmelerinde daha çok sebze ve meyve, az yağlı gıdalar, tam tahıl, sebzelerden sağlanan protein ve haftada en az iki kez balık tercih etmelidir. İşlenmiş gıdalardan, rafine tuz ve şeker içerikli besinlerden kaçınılmalıdır [13].

Sigaranın Bırakılması: Sigara kullanımı HT hastalarında yaşam süresini kısaltmanın yanı sıra yaşam kalitesini de düşürmektedir. Sigara kullanmak HT'nin ve miyokard enfarktüsünün önlenabilir nedenlerinin en önemlisidir. Bu alışkanlığın bırakılması iki sorunu da büyük ölçüde kontrol altına almaktadır [60].

Hareketli Yaşam: HT'li bireyler günlük olarak yaşına ve kapasitesine uygun aktiviteler yapmalıdır. Haftada en az beş gün en az 30 dakika egzersiz önerilmektedir. Bunun yanı sıra gün içerisinde sedanter yaşamdan kaçınılmalı ve hareket etmelidir [13].

2.1.8.2. Hipertansiyonda farmakolojik tedavi

HT'nin farmakolojik tedavisinin ana hedefi bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemeden mortalite ve morbidite oranını düşürmektir [61]. HT'de farmakolojik tedaviye başlamak için eşik değer 140/90 mmHg ve üzeri tansiyon düzeyi olarak kabul edilmiştir [56]. HT hastalarının büyük çoğunluğu tedavi sürecinde yaşam değişikliğine ek olarak farmakolojik tedaviye de gereksinim duymaktadır. HT'nin farmakolojik tedavisinde kullanılan beş ana ilaç grubu ACE inhibitörleri, alfablokerler, betablokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve diüretikler şeklinde sıralanabilir [34]. Tedaviye başlandıktan sonra ilk aşamada hasta üç ay boyunca yakından izlenmeli ve herhangi bir anormallik saptanmamışsa, birey altı ay süreyle kontrole çağırılmalıdır [22].

2.1.9. Hipertansiyonda hemşirelik bakımı

HT tanısı almış bireylerin bakımında hemşire tüm aşamalara dahil olmaktadır. Etkili bir hemşire bakımı HT'nin yönetilmesinde hayati öneme sahiptir. HT'de hemşirelik bakımında yer alan basamaklar değerlendirme, hasta eğitimi, ilaç uyumu, yaşam tarzı değişikliği, izleme ve değerlendirme, iş birliği ve hastanın güçlendirilmesi şeklinde sıralanabilir [51, 62].

2.1.9.1. Değerlendirme

Kan Basıncı Takibi: Doğru teknikleri kullanarak bireyin kan basıncı takibi yapılmalı ve not edilmeli.

Sağlık Geçmişi: Aile öyküsü, bireyin yaşam tarzı alışkanlıkları, mevcut sağlık durumu hakkında detaylı anamnez alınmalı.

Kullanılan İlaçlar: Hastanın kullandığı tüm ilaçlar gözden geçirilip ilaçlar arasındaki uyum ve olası yan etkiler değerlendirilmeli.

Fizik Muayene: Kardiyovasküler ve renal sistem başta olmak üzere hedef organ hasarı değerlendirilerek kapsamlı fizik muayene yapılmalıdır [63].

2.1.9.2. Hasta eğitimi

Kan Basıncı Yönetimi: Hasta bireye kan basıncı kontrolünün ve kontrolsüz HT'nin ortaya çıkarabileceği sonuçlar hakkında eğitim verilmeli.

İlaç Uyum: Hasta bireye kullandıkları ilaçların dozları, zamanları, olabilecek yan etkileri konusunda açıklama yapılmalı. Ayrıca ilaç uyumunun önemi anlatılmalı.

Yaşam Tarzı Değişimi: Hasta bireye diyet uyumu, düzenli egzersiz, kilo yönetimi, stresten uzak durma, alkol ve kafein sınırlandırması konusunda eğitim verilmeli.

İzleme: Hasta bireylere ev ortamında kan basıncını nasıl ölçmesi ve kaydetmesi konusunda eğitim verilmelidir [63, 64].

2.1.9.3. İlaç uyumu

İlaç Uygulaması: Antihipertansif ilaçlar doktorun reçete ettiği şekilde doğru dozla, doğru yolla ve doğru zamanda uygulanmalı.

İlaç Etkilerinin İzlenmesi: İlacın etkin olup olmadığı ve yan etkileri yakından izlenmeli. HT belirtileri veya advers reaksiyonları izlenmeli.

İlaç Eğitimi: Hasta bireyler ilaçların etki mekanizması ve düzenli kullanımın önemi konusunda eğitilmelidir [63].

2.1.9.4. Yaşam tarzı değişikliği

Diyet: Sodyum kullanımının azaltılması ve düzenli beslenme konusunda hasta eğitilmeli ve diyetisyenle iş birliği yapılmalı.

Egzersiz: Hasta bireylere gerçekçi egzersiz hedefleri konusunda destek olunmalı ve güvenli egzersiz rutinleri konusunda rehberlik edilmeli.

Stresi Azaltma: Hastalara stresle daha kolay baş edebilmeleri için derin nefes alma ve gevşeme egzersizleri, farkında olma gibi yöntemler öğretilmelidir [65].

2.1.9.5. İzleme ve değerlendirme

Kan basıncı ölçümleri, ilaç uyumu ve yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili ilerlemelerin doğruluğu düzenli olarak kontrol edilmeli. Bakım planının etkinliği, hastanın durum değişiklikleri ve tedaviye yanıtı takip edilmelidir [64].

2.1.9.6. İş birliği

HT'li hasta değerlendirilip bakım verilirken doktorlar, diyetisyenler ve eczacılar dahil olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri ortak adım atmalıdır. Dirençli HT hastalarında ve hedef organ hasarı olanlarda ileri bakım desteği sağlanmalı ve özel bakım için yönlendirilmelidir [51].

2.1.9.7. Hastanın güçlendirilmesi

Gerçekçi hedefler belirleyerek, ilerlemeleri takip ederek ve bilinçli kararlar vererek hastalar HT yönetiminde aktif rol almaya teşvik edilmelidir [63].

2.2. Yaşlılık

Yaşlılığın her alanda farklı tanımı olsa da Dünya Sağlık Örgütü yaşlılığı ifade ederken kronolojik sıralamayı göze alarak “65 yaş ve üzeri” ifadesini kullanmıştır. Buna ek olarak 65-74 yaş arasındaki bireyleri genç yaşlı, 75-84 yaş arasındaki bireyleri yaşlı, 85 yaş ve üzeri bireyleri ise çok yaşlı olarak sınıflandırmıştır [66]. Tomanbay ise yaşlılığı “*Bireyin anne karnından başlayıp ölümüne kadar olan süreç içerisinde biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan değişime uğrayarak yaşamını etkileyen geri dönüşmez ve kaçınılmaz bir süreçtir.*” şeklinde tanımlamıştır [67].

Dünya nüfusu değerlendirildiğinde doğum oranlarının günden güne azalması ve yaşam koşullarının iyileşmesine bağlı, insan ömrünün uzamasıyla yaşlı nüfus oranı artmaktadır [68]. Günümüzde dünya genelinde yaşlı nüfus tüm nüfusun %8,5'ini oluşturmaktadır. Bu da yaklaşık 617 milyon bireye denk gelmektedir. Yayınlanan “An Aging World: 2015” raporuna göre bu oranın 2050 yılında %17,0 olması beklenirken birey sayısının 1,6 milyar olması öngörülmüştür [69].

2.2.1. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan değişiklikler

Kronik hastalıkların görülme sıklığı yaşlanmayla beraber artmaktadır. Yaşlanmanın beraberinde getirdiği değişimler depresyon, bilişsel işlev bozukluğu ve yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa neden olarak sosyal ilişkilerdeki başarı oranını düşürür [70, 71]. Yaş sınıflandırmasına bakıldığı zaman en hareketsiz olan grup yaşlılardır. Hareketsizlik, fiziksel hareketlerinin sınırlandığı ya da risk altında olduğu bir durumdur. İnme, kırıklar, multipl skleroz, travma ve morbid obezite gibi sorunlara sebep olmaktadır [72]. Altmış beş yaş üstü bireyler düşünüldüğünde birden fazla bedensel rahatsızlık birlikte görülmektedir. Bu durumun varlığı yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Yaş ilerledikçe vücudumuzdaki fizyolojik üretimler azalmaktadır [73]. Fiziksel sağlığın kötüleşmesinin yanı sıra bazı sosyal rollerin kaybı, arkadaş ve yakınların ölümü, emeklilik, giderek artan yalnızlık, çocukların büyüyerek evden ayrılması, maddi zorluklar ve bilişsel işlevlerde gerileme gibi sosyal stres faktörleri de sorunların bu dönemde görülmesine neden olmaktadır [70].

2.3. Yaşlılık Algısı

Yaşlılık süreci her birey tarafından farklı algılanmaktadır. Subjektif yaş algısı olarak da tanımlanan bu durum bireyin kaç yaşında olduğundan ziyade kendini kaç yaşında hissettiği ve yaşını nasıl algıladığıyla alakalıdır [74]. Bireyin yaşlılık algısını etkileyen fiziksel ve fonksiyonel kapasitesiyle alakalı birçok etmen vardır [7, 75]. Yaşlılık dönemindeki bireyler arasında, kendi yaşlılığına ilişkin olumlu algıya sahip olan bireylerin olumsuz algıya sahip olan bireylere nazaran daha uzun yaşadığı bildirilmiştir [76]. Yapılan çalışmalar incelendiğinde, yaşlılığı olumsuz bir süreç olarak algılayan bireylerin sayısının daha fazla olduğu ve buna bağlı olarak da depresyon sıklığının arttığı ortaya konulmuştur [6, 77, 78].

Bireylerin yaşlılığa bakış açısı sağlıklı bir yaşlanma süreci geçirmeleri için önemli belirleyicilerden biridir. Yaşlanmayı olumlu olarak gören yaşlıların daha sağlıklı olduğu ve hafızalarının daha güçlü olduğu bildirilmiştir [79]. Bunun aksine yaşlanmayı olumlu olarak gören yaşlıların hastaneye yatış sayılarının fazla olduğu ve düşme risklerinin fazla olduğu bildirilmiştir [80-81].

Yapılan bir çalışmada yaşlıların yaşlanmayla ilgili verdiği cevaplar değerlendirildiğinde %2,0'lık bir dilimin yaşlılığı “güzel bir dönem” olarak görmesi dışında çoğunlukla bu kavramın yaşlı bireyler üzerinde “hastalık”, “muhtaçlık”, “eksiklik” ve “ölüm” gibi olumsuz düşünceleri çağrıştırdığı görülmüştür [82]. Yapılan bir başka çalışmada ise bireylerin yaşlılığı bir rahatsızlık olarak gördüğü ve yaş ilerledikçe ortaya çıkan kronik hastalıkların yaşam kalitesini değil sağlık algısını etkilediği görülmüştür. Ayrıca kendini sağlıklı olarak tanımlayanların yaşam kalitesi algıları daha yüksek bulunmuştur [83].

2.4. Yaşlılık ve Hipertansiyon

HT prevalansı yaşlanmayla birlikte kadınlarda da erkeklerde de artmaktadır. HT görülme sıklığı 45-55 yaş arasındaki bireylerde %30,0 civarındayken bu oran 60 yaşını geçen bireylerde %60-70 seviyelerindedir [39]. HT'nin kardiyovasküler hastalıklara yol açma riski değerlendirildiğinde yaşlı bireylerde gençlere oranla oldukça fazladır [84]. On yıllık bir süre ele alındığında majör kardiyovasküler olay görülme riski 25-34 yaş arasındaki bireylerde %1,0'den daha azken, 65 yaş üzeri bireylerde bu oran %30'dan daha fazladır [85].

2.5. Yaşlılık ve Sağlıklı Yaşam Biçimi

Yaşlılık sürecinde fiziksel, bilişsel işlevlerde gerilemenin olması, kronik hastalıkların ortaya çıkması, fonksiyonel kısıtlılık nedeni ile günlük aktiviteleri yapmada güçlük yaşanması ve yaşamın sonunun yaklaşması gibi durumlar yaşlılığa uyumu etkilemektedir [87, 88]. Bunlara ek olarak yaşlılık döneminde emeklilik ile sosyal çevrenin azalması, çocukların evden ayrılması, yalnızlık, eş-akraba ve yakın arkadaşların ölümü gibi olumsuz yaşam deneyimleri de yaşlılığa uyumu güçleştirmektedir [87]. Yaşlılık döneminin getirdiği bu değişim ve sorunlar ile baş edebilmede ve gelecekte ortaya çıkabilecek sorunları önlemede şüphesiz bireyin yaşlılığa uyumu önemlidir [20].

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyecek tüm davranışların farkında olması, bu davranışları kontrol edebilmesi ve kendi sağlığına uygun davranışları seçerek günlük hayatına entegre edebilmesidir [88]. Sağlıklı yaşam biçimi kavramının içeriğini dengeli beslenme, sağlıklı davranış, sigara kullanmama, yeterli ve dengeli egzersiz, stres yönetimi, hijyen önlemleri ve pozitif ilişkiler kurma oluşturmaktadır [89].

2.6. Hipertansiyonlu Bireylerde Yaşlılık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimine Ulaşma Eğilimi

Yaşlılık, pek çok değişim ve sorunun yaşandığı çok yönlü ve karmaşık bir süreçtir. Yaşlılığın çok yönlü ve karmaşık bir süreç olmasıyla bağlantılı olarak yaşlılık algısı da bireyler arasında farklılık göstermektedir [82]. İnsan yaşam döngüsünde yaşlılık algısı, bireylerin kişilerarası ilişkilerine bağlı olarak biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak değişmektedir [90]. Bireylerin yaşlılık algısını etkileyen biyolojik etmenler arasında kronik hastalık varlığı da ön plana çıkmaktadır. Kronik hastalık varlığı ve sayısı arttıkça bireylerin yaşlılık algısı negatif yönde etkilenmektedir [91]. Yaşlılarda sık görülen kronik hastalıkların başında HT gelir. Bu bağlamda HT varlığının bireylerin yaşlılık algısını etkilediği söylenebilir [3].

Hipertansiyonlu bireylerin sağlıklı beslenme, fiziksel aktivenin artırılması, kilo verme vb. yaşam biçimi değişikliklerini gerçekleştirmesi tansiyon regülasyonu açısından temel tedavi basamağıdır [92]. Yapılan çalışmalarda hastaların yaşam biçimi modifikasyonlarını gerçekleştirmede zorlandıkları ve buna paralel olarak da kan basıncı kontrolünün zorlaştığı belirtilmektedir [14, 15]. Bu durum HT'li bireyler için davranış değişim sürecinin zor bir süreç olduğunu açıkça göstermektedir [92].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma 65 yaş üzeri HT'li bireylerin yaşlılığı algılama düzeylerini ve sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimlerini belirlemek amacıyla kesitsel türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Soruları

S0-1: 65 yaş ve üzeri HT tanısı alan bireylerin sosyodemografik ve hastalığa özgü özelliklerinin yaşlılığı algılama düzeyleri üzerinde etkisi yoktur.

S1-1: 65 yaş ve üzeri HT tanısı alan bireylerin sosyodemografik ve hastalığa özgü özelliklerinin yaşlılığı algılama düzeyleri üzerinde etkisi vardır.

S0-2: 65 yaş ve üzeri HT tanısı alan bireylerin sosyodemografik ve hastalığa özgü özelliklerinin sağlıklı bir yaşam tarzına ulaşma eğilimleri üzerinde etkisi yoktur.

S1-2: 65 yaş ve üzeri HT tanısı alan bireylerin sosyodemografik ve hastalığa özgü özelliklerinin sağlıklı bir yaşam tarzına ulaşma eğilimleri üzerinde etkisi vardır.

S0-3: 65 yaş üzeri HT'li bireylerin yaşlılığı algılama düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri arasında ilişki yoktur.

S1-3: 65 yaş üzeri HT'li bireylerin yaşlılığı algılama düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri arasında ilişki vardır.

3.3. Araştırmanın Yer, Zaman ve Özellikleri

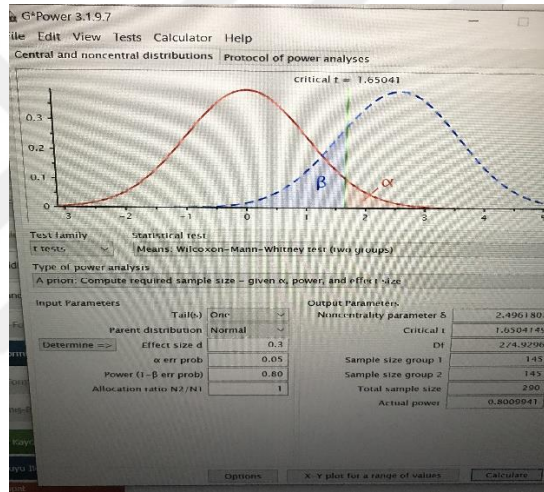
Araştırma 01.05.2023-01.03.2024 tarihleri arasında Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Palyatif, Ortopedi, Nöroloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji ve Üroloji servislerinde gerçekleştirilmiştir. Servisler sürekli olarak hizmet vermekte ve servislerde gündüz ortalama dört, gece ise iki hemşire bulunmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini 01.05.2023-01.03.2024 tarihleri arasında Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Palyatif,

Ortopedi, Nöroloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji ve Üroloji servislerinde yatan 65 yaş üstü, HT tanısı kesinleşmiş bireyler oluşturmuştur (n=390).

Araştırmanın örneklemini ise 01.05.2023-01.03.2024 tarihleri arasında Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Palyatif, Ortopedi, Nöroloji, Göğüs Hastalıkları, Kardiyoloji ve Üroloji servislerinde yatan 65 yaş üstü, HT tanısı kesinleşmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerine uyan bireyler oluşturmuştur (n=290). Belirtilen tarihler arasında ulaşılan 330 hastanın 35'i araştırmaya katılmayı kabul etmediği ve beşi sözel iletişim kurulamadığı için araştırmaya dahil edilememiştir. G-Power güç analizi aşağıda sunulmuştur. Çalışmanın gücü G*Power yazılımı (sürüm 3.1.9.7, Düsseldorf, Almanya) kullanılarak değerlendirilmiştir [93].



Şekil 3.1. G*Power yazılımı kullanılarak yapılan güç analizi sonucu.

3.4.1. Dahil edilme kriterleri

Araştırmanın dahil edilme kriterleri belirlenirken konuya uygun literatür taraması yapılmış ve ölçütler belirlenmiştir [3, 20]. Dahil edilme kriterleri:

- Bireylerin 65 yaş ve üzerinde olması,
- HT tanısının kesinleşmiş olması,
- Sözel iletişim kurabiliyor olması,
- Hekim tarafından doğrulanmış herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış olmak şeklindedir.

3.4.2. Dışlama kriterleri

Araştırmanın dışlama kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek,
- Türkçe anlama ve konuşmada zorluk yaşamak şeklindedir.

3.5. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bireylerin sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimi ve yaşlılık algısı puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler: Bireylerin demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir durumu, aile yapısı), hastalığa ilişkin özellikleri (HT tanısını ne zaman aldığı, sigara veya alkol kullanım durumu, kullandığı antihipertansif ilaçlar) bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri toplanırken Hasta Tanıtım Formu, Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimi Ölçeği, Yaşlılığı Algılama Anketi Kısa Formu kullanılmıştır.

3.6.1. Hasta tanıtım formu

Hasta tanıtım formu araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulmuştur [92–95]. Sosyodemografik özellikleri ve bireyin sağlık durumunu içeren toplam 21 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimi ölçeği

Broström ve arkadaşları tarafından 2018 yılında HT tanısı almış bireylerin sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimlerini belirlemek için geliştirilmiş olan bu ölçek altı sorudan oluşmaktadır. Anket sonuçları bireyin öz bildirimine dayalıdır. Davranış değişiminde çok sık kullanılan Transteoretik Model'e dayandırılarak geliştirilmiştir [92]. Ölçek Kes ve arkadaşları tarafından 2021 yılında Türkçeye çevrilmiştir [92]. Ölçek beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite ve kilo verme olmak üzere üç alan üzerinde şekillendirilmiştir. Ölçek tek boyuttan oluşmaktadır ve faktör yükü 0.69 ile 0.80 arasındadır. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık değeri ise 0,83 olarak saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek puanlar 6-30 arasında

değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artması sağlık yaşam tarzına ulaşmaya daha hazırlıklı olduğunu ya da başarı kapasitesinin yüksek olduğunu gösterir [96]. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık değeri ise 0,72 olarak bulunmuştur.

3.6.3. Yaşlılığı algılama anketi kısa formu (B-APQ)

Barker ve arkadaşları tarafından 2007 yılında geliştirilen ölçek 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşlılık algı düzeyini ölçmek amacıyla tasarlanmıştır [77]. Başlangıçta 32 sorudan oluşan anket Sexton ve arkadaşları tarafından düzenlenerek Yaşlılığı Algılama Anketi Kısa Formu (B-APQ) şeklini almıştır [97]. Özkaptan ve arkadaşları tarafından 2019 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan anketin Türkçe versiyonu 16 sorudan oluşmaktadır. Anket beşli likert tipte olup 11, 12, 13, 14 ve 15. maddeler ters puanlanmaktadır. Anketten alınabilecek en düşük puan 16, en yüksek puan ise 80 olarak belirlenmiştir. Ölçek puanının artması bireylerin yaşlılığı olumlu algıladığı anlamına gelmektedir. Anket 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Anketin 1, 2 ve 3. maddeleri “Zaman Süreci-Yaşlanmaya İlgili Sürekli Farkındalık”; 4, 5 ve 6. maddeleri “Pozitif Sonuçlar”; 7 ve 16. maddeler “Emosyonel İfadeler”; 8, 9 ve 10 maddeler “Pozitif Kontrol”; 11, 12, 13, 14 ve 15. maddeler ise “Negatif Sonuçlar ve Kontrol” alt boyutlarını oluşturmaktadır. Anket Cronbach alfa değeri alt boyutlar için “Zaman Süreci-Yaşlanmaya İlgili Sürekli Farkındalık” 0,94; “Pozitif Sonuçlar” 0,80; “Pozitif Kontrol” 0,92; “Negatif Sonuçlar ve Kontrol” 0,77; “Emosyonel İfadeler” 0,37 olarak hesaplanmış ve tüm ölçek için Cronbach alfa değeri 0,63 olarak bulunmuştur [94]. Bu çalışmada ise Cronbach alfa değeri alt boyutlar için Zaman Süreci-Yaşlanmaya İlgili Sürekli Farkındalık 0,76; Pozitif Sonuçlar 0,57; Pozitif Kontrol 0,83; Negatif Sonuçlar ve Kontrol 0,62; Emosyonel İfadeler 0,59 olarak hesaplanmış ve tüm ölçek için Cronbach alfa değeri 0,75 olarak bulunmuştur.

3.7. Ön Uygulama

Veri toplama sürecine başlamadan önce Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Servisi’nde 7 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Uygulama yapılan bireyler soruları anladığını ve herhangi bir sorun yaşamadığını ifade etmiştir. Ön uygulamada toplanan veriler araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Toplanması

Araştırmaya dahil edilme ve dışlanma kriterleri göz önüne alınarak değerlendirilen bireyler arasından uygun olanlara yüz yüze görüşme yöntemiyle anketler uygulanmıştır. Anketler bireylere hasta odalarında 17:00-23:00 saatleri arasında uygulanmıştır. Görüşmeler yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür. Okuma-yazma bilmeyen ya da soruları anlamakta güçlük çeken bireylerin anketleri Sümeyye YALÇIN tarafından doldurulmuştur. Diğer bireyler anketleri kendisi doldurmuştur. Veri toplama haftanın üç günü yapılmıştır. Araştırma için 330 bireye ulaşılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 290 bireyle çalışma tamamlanmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için kullanılacak ölçeklerin izinleri mail yoluyla ölçeklerin yazarlarından yazılı olarak alınmıştır (EK-4). Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı onay (Tarih: 05.05.2023, Karar no:74) (EK-1) ve Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (Tarih: 18.04.2023, Sayı: E-62949364-772.02-213832914) (EK-2). Araştırmanın yapılabilmesi için bireylere araştırma hakkında bilgi verilip, amaç açıklandıktan sonra araştırmaya katılmaya onam veren bireylerden sözel ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (EK-3) ile yazılı onam alınmıştır. Bu araştırma, Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yapılmıştır.

3.10. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler IBM SPSS 26.0 (Statistical Package for Social Sciences) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Ayrıca, kullanılan veriler normal dağılıma uygunluk için Shapiro-Wilk Testi ile kontrol edilmiş olup, ölçek puanlarının normal dağılım varsayımını sağlamadığı tespit edilmiştir. Bu durumda niceliksel verilerin karşılaştırılması için iki grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile incelenmiştir. Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirliği Cronbach alfa güvenilirlik analizi ile test edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde 65 yaş ve üzeri HT'li bireylerin sosyodemografik ve hastalık özellikleri, beden kitle indeksleri, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzenleri ve doktor kontrol sıklıkları ile ilgili bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4.1. Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=290)

Sosyo-Demografik Özellikler		
Yaş ($\bar{x} \pm SS$)		73,43 $\pm$ 6,85
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	161	55,5
Erkek	129	44,5
Medeni durum		
Evli	204	70,3
Bekar	86	29,7
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	75	25,9
Okur-yazar	30	10,3
İlkokul	140	48,3
Ortaokul	20	6,9
Lise	14	4,8
Üniversite	11	3,8
Sosyoekonomik durum		
Gelir giderden az	139	47,9
Gelir gidere eşit	127	43,8
Gelir giderden fazla	24	8,3
Yaşama ortamı		
Tek başına	38	1,1
Ailesiyle	249	85,9
Bakıcısıyla	3	1,0

*Yüzdelere n değeri üzerinden hesaplanmıştır. Ss: standart sapma

Tablo 4.1. (devamı) Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=290)

	n	%
Aile yapısı		
Çekirdek aile	223	76,9
Geniş aile	67	23,1
*Yüzdelere n değeri üzerinden hesaplanmıştır. SS: Standart sapma		

65 yaş ve üzeri HT'li bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1'de verilmiştir. Bireylerin %55,5'inin kadın, %70,3'ünün evli ve %48,3'ünün ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Ekonomik durumları göz önüne alındığında %47,9'unun geliri giderinden az, %85,9'u ailesiyle birlikte yaşadığı ve %76,9'unun çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımları (n=290)

Özellikler	n	%
Sigara kullanımı		
Yok	179	61,7
Günde 10 adetten az	14	4,8
Günde 10 adetten fazla	11	3,8
Bırakmış/1 yıldan uzun süre önce/Günde 10 adetten az	18	6,2
Bırakmış/1 yıldan uzun süre önce/Günde 10 adetten fazla	59	20,4
Bırakmış/1 yıldan kısa süre önce/Günde 10 adetten az	3	1,0
Bırakmış/1 yıldan kısa süre önce/Günde 10 adetten fazla	6	2,1
Alkol kullanımı		
Yok	276	95,2
Günde 1 bardak	7	2,4
Günde 1 bardaktan fazla	7	2,4
HT tanısı alma süresi		
1- 4 yıl	50	17,3
5-10 yıl	57	19,7
10 yıl üzeri	182	63,0
Kendi sağlık durumunu değerlendirme		
Çok iyi	34	11,7
İyi	75	25,9
Orta	103	35,5
Kötü	65	22,4
Çok kötü	13	4,5
HT dışında kronik hastalık varlığı		
Yok	134	46,2
Diyabet	100	34,5
Kronik obstrüktif akciğer hastalığı	7	2,4
Serebrovasküler hastalık	2	7
Akut böbrek yetmezliği	2	7
Kronik böbrek yetmezliği	5	1,7
Birden fazla kronik hastalık	40	13,8
		X±SS
Tansiyon Ölçümleri		
Birinci tansiyon ölçümü/büyük	126,21±17,82	
Birinci tansiyon ölçümü küçük	78,50±10,90	
İkinci tansiyon ölçümü/büyük	124,26±15,62	
İkinci tansiyon ölçümü/küçük	78,65±9,88	
İki ölçüm ortalaması/büyük	125,23±15,99	
İki ölçüm ortalaması/küçük	79,52±9,76	
Boy	162,28±9,30	
Kilo	78,58±9,76	
Beden kitle indeksi	30,29±6,74	

Tablo 4.2.(devamı) Bireylerin Hastalık ve Tedavi Özelliklerine Göre Dağılımları (n=290)

Özellikler	n	%
Rejimi		
Oral yok	2	0,7
Rejim 2	4	1,4
Rejim 3	284	97,9
Diyette tuz kısıtlaması		
Var	124	42,8
Yok	166	57,2
Düzenli fiziksel aktivite		
Var	103	35,5
Yok	187	64,5
Düzenli doktor kontrolü		
Var	130	44,8
Yok	160	55,2

***Yüzdeleer n değeri üzerinden hesaplanmıştır. SS: Standart Sapma**

65 yaş ve üzeri HT'li bireylerin hastalık ve tedavi özelliklerine göre dağılımları Tablo 4.2'de verilmiştir. Bireylerin %61,7'sinin sigara kullanmadığı ve %95,2'sinin de alkol tüketmediği belirlenmiştir.

Bireylerin boy ortalamaları $162,28 \pm 9,30$, kilo ortalamaları ise $78,58 \pm 9,76$ 'dır. Araştırmaya katılan bireylerin beden kitle indeksleri $30,29 \pm 6,74$ olarak hesaplanmıştır.

Bireylerin %63,0'ünün 10 yıldan daha uzun süredir HT hastası olduğu ve %46,2'sinde HT dışında herhangi bir kronik hastalığın bulunmadığı saptanmıştır. Birer saat arayla yapılan iki tansiyon ölçümünün ilkinde ortalama tansiyonları $126,21 \pm 17,82 / 78,50 \pm 10,90$ mmHg, ikinci ölçümde ise $124,26 \pm 15,62 / 78,65 \pm 9,88$ mmHg olarak bulunmuştur. İki ölçümün ortalaması ise $125,23 \pm 15,99 / 79,52 \pm 9,76$ mmHg olarak saptanmıştır.

Bireylerin %35,5'i kendi sağlık durumunu "orta" olarak bildirmiştir. Bireylerin %97,9'u "rejim 3" diyetle beslenmekte ve %57,2'si diyetinde tuz kısıtlaması yapmamaktadır. Bireylerin %64,5'i düzenli olarak fiziksel aktivite yapmamakta ve %55,2'si düzenli doktor kontrolüne gitmemektedir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. B-APQ ve SYTUEÖ Puan Ortalamaları (n=290)

ÖLÇEKLER	Min*	Max**	Ort***	SS****
SYTUEÖ toplam	6,0	30,0	18,0	6,0
B-APQ toplam	31,0	66,0	53,49	5,79
Zaman süreci	1,0	5,0	4,03	1,14
Pozitif sonuçlar	1,0	5,0	4,14	0,94
Emosyonel ifadeler	1,0	5,0	3,63	1,14
Pozitif kontrol	1,0	5,0	4,34	0,89
Negatif kontrol	1,0	5,0	4,27	0,76

*Min: Minimum, **Mak: Maksimum, ***Ort: Ortalama, ****SS: Standart Sapma

Araştırmada kullanılan ölçeklerin puan ortalamaları Tablo 4.3'te verilmiştir. SYTUEÖ puan ortalaması $18,0 \pm 6,0$ 'dır. B-APQ puan ortalaması $53,49 \pm 5,79$ olarak hesaplanmıştır ve ölçeğin alt boyutlarının puan ortalaması sırasıyla, “Zaman Süreci” $4,03 \pm 1,14$; “Pozitif Sonuçlar” $4,14 \pm 0,94$; “Emosyonel İfadeler” $3,63 \pm 1,14$; “Pozitif Kontrol” $4,34 \pm 0,89$; “Negatif Kontrol” $4,27 \pm 0,76$ 'dır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SYTUEÖ ve B-APQ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SYTUEÖ	B-APQ Toplam	Zaman süreci	Pozitif sonuçlar	Emosyonel ifadeler	Pozitif kontrol	Negatif kontrol
	Ort±SS(min- mak)/med	Ort±SS(min- mak)/med	Ort±SS(min- mak)/med	Ort±SS(min- mak)/med	Ort±SS(min- mak)/med	Ort±SS(min- mak)/med	Ort±SS(min- mak)/med
Cinsiyet							
Kadın	18,0±5,8(6,0- 30,0)/17,0	53,8±5,8(31,0- 66,0)/55,0	12,55±3,23(3,0- 15,0)/15,0	12,57±2,65(03,00- 15,00)/13,00	7,52±2,84(02,00- 10,00)/09,00	12,91±2,65(04,00- 15,00)/15,00	8,4±2,09(02,00- 10,00)/09,00
Erkek	18,1±6,2(6,0- 30,0)/18,0	53,1±5,8(37,0- 66,0)/53,0	11,52±3,62(3,0- 15,0)/12,0	12,29±3,04(03,00- 15,00)/13,00	6,95±2,81(02,00- 10,00)/08,00	13,22±2,73(03,00- 15,00)/15,00	7,99±2,51(02,00- 10,00)/09,00
Test değeri	10.675,5	9.542,5	8.485	10.005,50	9.036,00	11.250,00	9.908,50
p değeri	0,681	0,234	0,005	0,578	0,05	0,183	0,479
Medeni durum							
Evli	18,7±6,0(7,0- 30,0)/19,0	53,1±6,2(31,0- 66,0)/54,0	11,64±3,51(03,0- 15,0)/12,0	12,33±2,94(03,00- 15,00)/13,00	7,34±2,82(02,00- 10,00)/08,00	12,89±2,76(03,00- 15,00)/15,00	8,14±2,38(02,00- 10,00)/09,00
Bekar	16,4±5,7(6,0- 29,0)/15,0	54,5±4,6(44,0- 63,0)/55,0	13,16±3,04(3,0- 15,0)/15,0	12,72±2,52(06,00- 15,00)/13,00	7,1±2,89(02,00- 10,00)/08,00	13,41±2,47(05,00- 15,00)/15,00	8,42±2,08(02,00- 10,00)/09,00
Test değeri	6.673,0	9.896,0	11.321	9.288,50	8.424,00	9.725,50	9.247,50
p değeri	0,01	0,084	0,000	0,410	0,583	0,111	0,442
Sosyoekonomik durum							
Gelir giderden az	17,9±5,9(6,0- 30,0)/18,0	54,1±5,5(35,0- 66,0)/55,0	12,32±3,32(03,00- 15,00)/14,0	12,61±2,47(05,00- 15,00)/13,00	7,46±2,7(02,00- 10,00)/08,00	13,16±2,75(03,00- 15,00)/15,00	8,38±2,18(02,00- 10,00)/09,00
Gelir gidere eşit	18,0±6,1(9,0- 30,0)/18,0	52,6±6,1(31,0- 63,0)/53,0	11,82±3,63(03,00- 15,00)/13,00	12,35±3,12(03,00- 15,00)/13,00	7,22±2,82(02,00- 10,00)/08,00	12,8±2,76(03,00- 15,00)/15,00	8,23±2,27(02,00- 10,00)/09,00
Gelir giderden fazla	19,1±6,2(6,0- 30,0)/20,0	55,0±5,0(48,0- 66,0)/54,0	12,25±3,08(04,00- 15,00)/12,00	11,96±3,14(03,00- 15,00)/12,00	6,42±3,57(02,00- 10,00)/07,00	13,71±1,6(10,00- 15,00)/14,50	7,25±2,88(02,00- 10,00)/08,00
Test değeri	0,508	4545,0	1,37	0,61	1,26	2,33	3,43
p değeri	0,776	0,103	0,504	0,736	0,532	0,313	0,180

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U

Tablo 4.4.(devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SYTUEÖ ve B-APQ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SYTUEÖ	B-APQ Toplam	Zaman süreci	Pozitif sonuçlar	Emosyonel ifadeler	Pozitif kontrol	Negatif kontrol
	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med
Aile yapısı							
Çekirdek aile	18,4±6,0(6,0-30,0)/18,0	53,5±5,9(31,0-66,0)/54,0	11,71±3,57(03,00-15,00)/12,00	12,37±2,87(03,00-15,00)/13,00	7,22±2,83(02,00-10,00)/08,00	13,09±2,66(03,00-15,00)/15,00	8,05±2,37(02,00-10,00)/09,00
Geniş aile	17,0±5,9(7,0-29,0)/16,0	53,4±5,4(35,0-61,0)/53,0	13,36±2,64(05,00-15,00)/15,00	12,69±2,68(04,00-15,00)/13,00	7,43±2,88(02,00-10,00)/08,00	12,9±2,76(04,00-15,00)/15,00	8,79±1,94(02,00-10,00)/10,00
Test değeri	6431,0	7379,0	9.525,50	7.916,50	7.864,00	7.280,00	8.915,00
p değeri	0,084	0,875	0,000	0,441	0,501	0,730	0,011
HT tanı alma süresi							
1- 4 yıl	19,9±5,1(10,0-29,0)/21,0	54,9±5,5(35,0-65,0)/56,0	11,88±3,37(04,00-15,00)/12,00	13,26±2,59(03,00-15,00)/15,00	7,12±2,8(02,00-10,00)/08,00	13,62±2,28(07,00-15,00)/15,00	8±2,68(02,00-10,00)/09,00
5-10 yıl	16,6±5,4(6,0-30,0)/17,0	53,4±5,9(39,0-66,0)/54,0	11,98±3,58(03,00-15,00)/13,00	12,46±3(04,00-15,00)/13,00	7,18±2,97(02,00-10,00)/08,00	13±2,55(05,00-15,00)/15,00	8,11±2,15(02,00-10,00)/09,00
10 yıl üzeri	18,0±6,3(6,0-30,0)/17,0	53,1±5,8(31,0-66,0)/53,0	12,19±3,43(03,00-15,00)/14,00	12,22±2,8(03,00-15,00)/12,00	7,34±2,82(02,00-10,00)/08,00	12,9±2,82(03,00-15,00)/15,00	8,32±2,23(02,00-10,00)/09,00
Test değeri	8,628	3,775	0,57	6,47	0,37	3,19	0,80
p değeri	0,013	0,151	0,752	0,034	0,833	0,203	0,670
Kendi sağlık durumunu değerlendirme							
Çok iyi	20,2±5,5(7,0-30,0)/21,0	53,6±6,0(38,0-65,0)/53,0	10,62±4,13(03,00-15,00)/11,50	12,76±2,73(06,00-15,00)/14,00	6,35±2,9(02,00-10,00)/06,00	12,91±2,5(06,00-15,00)/14,00	6,85±2,98(02,00-10,00)/08,00
İyi	19,5±6,2(6,0-30,0)/20,0	53,2±5,1(39,0-63,0)/53,0	12,04±3,42(03,00-15,00)/14,00	12,55±2,85(03,00-15,00)/13,00	7±2,97(02,00-10,00)/08,00	13,08±2,51(05,00-15,00)/15,00	8,21±2,24(02,00-10,00)/09,00
Orta	17,3±5,7(6,0-28,0)/16,0	53,3±6,3(31,0-66,0)/55,0	11,77±3,57(03,00-15,00)/13,00	12,31±2,82(03,00-15,00)/13,00	7,3±2,8(02,00-10,00)/08,00	13,15±2,75(03,00-15,00)/15,00	8,2±2,26(02,00-10,00)/09,00
Kötü	16,8±6,1(6,0-30,0)/15,0	53,8±5,9(35,0-66,0)/55,0	13,09±2,68(04,00-15,00)/15,00	12,45±2,82(05,00-15,00)/13,00	7,82±2,57(02,00-10,00)/09,00	12,78±3,02(04,00-15,00)/15,00	8,69±1,88(02,00-10,00)/10,00
Çok kötü	15,9±4,8(9,0-25,0)/17,0	54,5±4,6(47,0-61,0)/55,0	13,85±1,91(09,00-15,00)/15,00	12,08±3,3(06,00-15,00)/13,00	8,23±2,98(02,00-10,00)/10,00	13,69±1,93(09,00-15,00)/15,00	9,62±0,77(08,00-10,00)/10,00
Test değeri	16,131	1,034	13,36	1,07	8,57	1,51	16,63
p değeri	0,003	0,903	0,010	0,900	0,073	0,824	0,002

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U

Tablo 4.4.(devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SYTUEÖ ve B-APQ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SYTUEÖ	B-APQ Toplam	Zaman süreci	Pozitif sonuçlar	Emosyonel ifadeler	Pozitif kontrol	Negatif kontrol
	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med
Diyette tuz kısıtlaması							
Var	19,4±5,7(6,0-30,0)/20,0	54,0±5,8(35,0-66,0)/55,0	12,01±3,54(03,00-15,00)/13,50	12,58±2,69(03,00-15,00)/13,00	7,15±2,91(02,00-10,00)/08,00	13,27±2,59(03,00-15,00)/15,00	8,1±2,43(02,00-10,00)/09,00
Yok	17,1±6,0(6,0-30,0)/17,0	53,1±5,8(31,0-66,0)/53,0	12,16±3,38(03,00-15,00)/13,00	12,34±2,92(03,00-15,00)/13,00	7,36±2,79(02,00-10,00)/08,00	12,87±2,75(03,00-15,00)/14,50	8,31±2,19(02,00-10,00)/09,00
Test değeri	7896,0	9322,5	10.433,00	9.944,00	10.647,00	9.372,00	10.626,00
p değeri	0,001*	0,16	0,83	0,60	0,60	0,15	0,61
Düzenli fiziksel aktivite							
Var	21,0±4,8(6,0-30,0)/22,0	54,1±5,4(35,0-66,0)/55,0	11,83±3,59(03,00-15,00)/13,00	12,84±2,34(07,00-15,00)/13,00	6,78±2,96(02,00-10,00)/08,00	13,38±2,2(06,00-15,00)/15,00	7,94±2,57(02,00-10,00)/09,00
Yok	16,4±6,0(6,0-30,0)/16,0	53,1±6,0(31,0-66,0)/53,0	12,24±3,35(03,00-15,00)/14,00	12,22±3,04(03,00-15,00)/13,00	7,54±2,74(02,00-10,00)/08,00	12,86±2,91(03,00-15,00)/15,00	8,37±2,11(02,00-10,00)/09,00
Test değeri	5338,5	8859,0	10.209,00	8.866,00	11.085,00	8.994,50	10.342,50
p değeri	<.001*	0,25	0,37	0,24	0,02	0,31	0,27
Düzenli doktor kontrolü							
Var	19,3±6,3(6,0-30,0)/20,0	53,3±5,9(35,0-66,0)/54,0	12,01±3,58(03,00-15,00)/14,00	12,38±2,82(03,00-15,00)/13,00	6,96±2,81(02,00-10,00)/08,00	13,08±2,74(04,00-15,00)/15,00	8,22±2,29(02,00-10,00)/09,00
Yok	17,0±5,6(6,0-30,0)/17,0	53,7±5,7(31,0-65,0)/54,0	12,16±3,34(03,00-15,00)/13,00	12,5±2,83(03,00-15,00)/13,00	7,52±2,84(02,00-10,00)/09,00	13,02±2,65(03,00-15,00)/15,00	8,22±2,31(02,00-10,00)/09,00
Test değeri	8083,5	10880,0	10.503,00	10.740,00	11.725,00	10.120,00	10.427,00
p değeri	<.001*	0,49	0,88	0,61	0,05	0,66	0,96

*p<0.05

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U

Tablo 4.4.(devamı) Bireylerin Demografik ve Hastalık Özelliklerine Göre SYTUEÖ ve B-APQ Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	SYTUEÖ	B-APQ Toplam	Zaman süreci	Pozitif sonuçlar	Emosyonel ifadeler	Pozitif kontrol	Negatif kontrol
	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med	Ort±SS(min-mak)/med
Eğitim Durumu							
Okur-yazar değil	17,4±5,2(7,0-27,0)/17,0	55,0±4,8(43,0-65,0)/56,0	13,89±2,5(03,00-15,00)/15,00	13±2,38(03,00-15,00)/13,00	7,8±2,65(02,00-10,00)/09,00	13,48±2,38(06,00-15,00)/15,00	9,15±1,61(02,00-10,00)/10,00
Okur-yazar	16,5±6,2(6,0-29,0)/16,5	54,4±6,2(41,0-63,0)/54,5	13,17±3,15(03,00-15,00)/15,00	12±2,98(05,00-15,00)/12,00	7,83±2,84(02,00-10,00)/09,50	13,17±3,02(04,00-15,00)/15,00	8,83±1,64(04,00-10,00)/09,50
İlkokul	18,8±6,3(6,0-30,0)/18	53,6±5,8(31,0-66,0)/54,0	11,76±3,33(03,00-15,00)/12,00	12,42±2,89(03,00-15,00)/13,00	7,39±2,79(02,00-10,00)/08,00	12,95±2,62(03,00-15,00)/14,00	7,95±2,45(02,00-10,00)/09,00
Ortaokul	16,0±6,3(7,0-30,0)/14,5	49,0±5,5(38,0-60,0)/50,0	10,3±3,31(03,00-15,00)/11,00	11,75±3,13(05,00-15,00)/13,00	5,45±2,8(02,00-10,00)/05,50	11,9±3,65(03,00-15,00)/12,50	7,8±1,88(05,00-10,00)/08,00
Lise	18,5±5,7(6,0-26,0)/20,5	50,8±6,5(38,0-60,0)/51,5	8,29±3,17(03,00-12,00)/09,00	12,36±2,65(09,00-15,00)/12,50	6,64±2,56(02,00-10,00)/07,00	12,93±2,27(10,00-15,00)/13,50	7,07±2,84(02,00-10,00)/08,00
Üniversite	20,0±5,5(9,0-30,0)/21,0	51,3±4,8(40,0-57,0)/52,0	9,18±3,68(3,00-15,00)/9,00	11,55±3,80(3,00-15,00)/12,00	4,64±2,77(2,00-10,00)/4,00	13,18±2,86(7,00-15,00)/15,00	5,91±2,81(2,00-10,00)/6,00
Test değeri	9504	22,28	67,45	4,79	22,51	6,12	30,23
p değeri	0,09	0,000	0,000	0,44	0,000	0,29	0,000

*p<0.05

Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U

Bireylerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyoekonomik durum, aile yapısı, HT tanısı alma süresi, kendi sağlık durumunu değerlendirme, diyetle tuz kısıtlaması, fiziksel aktivite alışkanlığı ve düzenli doktor kontrolü gibi özelliklerinin SYTUEÖ, B-APQ toplam ve “Zaman Süreci”, “Pozitif Sonuçlar”, “Emosyonel İfadeler”, “Pozitif Kontrol” ve “Negatif Kontrol” alt boyutlarının puan ortalamaları ile karşılaştırılması Tablo 4.5’te verilmiştir.

Cinsiyet, sosyoekonomik durum, eğitim durumu ve aile yapısı özellikleri açısından bireylerin SYTUEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Medeni durum, HT tanısı alma süresi, kendi sağlık durumunu değerlendirme, diyetle tuz kısıtlaması, fiziksel aktivite alışkanlığı ve düzenli doktor kontrolü durumları ile SYTUEÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Evli bireylerin, bekar bireylere kıyasla, 1-4 yıl önce HT tanısı alan bireylerin 5-10 yıl önce HT tanısı alan bireylere göre, sağlığını “çok iyi” olarak değerlendiren bireylerin “kötü” olarak değerlendiren bireylere göre SYTUEÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Diyette tuz kısıtlaması olan bireylerin olmayanlara, düzenli fiziksel aktivite yapan bireylerin yapmayanlara, düzenli doktor kontrolüne gidenlerin gitmeyenlere göre SYTUEÖ puan ortalamaları yüksek saptanmıştır ($p=0,001$, $p<.001$, $p<.001$).

Sosyoekonomik durum, diyetle tuz kısıtlaması, düzenli doktor kontrolü ile B-APQ toplam ve tüm alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Kadınların erkeklere kıyasla B-APQ “Zaman Süreci” ve “Emosyonel İfadeler” alt boyutları puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). B-APQ toplam, “Pozitif Sonuçlar”, “Pozitif Kontrol” ve “Negatif Kontrol” alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Bekarların evlilere kıyasla B-APQ toplam ve “Zaman Süreci” alt boyutu puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0,05$). B-APQ “Pozitif Sonuçlar”, “Emosyonel İfadeler”, “Pozitif Kontrol” ve “Negatif Kontrol” alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında evli ve bekarlar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Okur-yazar olmayanların, okur yazar olanların ve ilkokul mezunlarının B-APQ toplam puanları ortaokul mezunlarına kıyasla daha yüksektir ($p<0,05$). Okur-yazar olmayanların lise mezunlarına kıyasla B-APQ “Zaman Süreci” alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir ($p<0,05$). Okur-yazar olanların üniversite mezunlarına kıyasla B-APQ “Emosyonel İfadeler” alt boyutu puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0,05$). Okur-yazar olmayanların üniversite mezunlarına kıyasla B-APQ “Negatif Kontrol” alt boyutu puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0,05$). B-APQ “Pozitif Sonuçlar” ve “Pozitif Kontrol” alt boyutları arasında eğitim durumu bakımından anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Geniş aile yapısına sahip olan bireylerin çekirdek aile yapısına sahip olan bireylere kıyasla B-APQ “Zaman Süreci” ve “Negatif Kontrol” alt boyutları puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0,05$). B-APQ toplam, “Zaman Süreci”, “Pozitif Sonuçlar”, “Emosyonel İfadeler”, “Pozitif Kontrol” alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında çekirdek aile yapısına sahip olanlarla geniş aile yapısına sahip olanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

HT tanısını 1-4 yıl önce alanların, 5-10 yıl önce ve 10 yıldan daha uzun süre önce HT tanısı alanlara kıyasla B-APQ “Pozitif Sonuçlar” alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir ($p<0,05$). B-APQ toplam, “Zaman Süreci”, “Emosyonel İfadeler”, “Pozitif Kontrol” ve “Negatif Kontrol” alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında 1-4 yıl önce HT tanısı alanlar, 5-10 yıl önce HT tanısı alanlar ve 10 yıldan uzun süre önce HT tanısı alanlar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Kendi sağlık durumunu “Çok Kötü” olarak değerlendirenlerin “Çok İyi”, “İyi”, “Orta” ve “Kötü” olarak değerlendirenlere; “Kötü” olarak değerlendirenlerin ise “İyi” olarak değerlendirenlere kıyasla B-APQ “Zaman Süreci” ve “Negatif Kontrol” alt boyutları puan ortalamaları daha yüksektir ($p<0,05$). B-APQ toplam, “Pozitif Sonuçlar”, “Emosyonel İfadeler”, “Pozitif Kontrol” alt boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında kendi sağlık durumunu “Çok İyi”, “İyi”, “Orta”, “Kötü” ve “Çok Kötü” olarak değerlendirenler arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0,05$).

Düzenli fiziksel aktivite yapmayanların düzenli fiziksel aktivite yapanlara kıyasla B-APQ Emosyonel İfadeler alt boyutu puan ortalaması daha yüksektir ($p<0,05$). B-APQ toplam, “Zaman Süreci”, “Pozitif Sonuçlar”, “Pozitif Kontrol” ve “Negatif Kontrol” alt

boyutları puan ortalamaları karşılaştırıldığında düzenli fiziksel aktivite yapanlarla yapmayanlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).



Tablo 4.5. Bireylerin SYTTUEÖ Toplam Puanı ile B-APQ Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişki (n=290)

		1	2	3	4	5	6	7
SYTUEÖ	r	1,0						
	p	.						
B-APQ Toplam	r	0,116	1,0					
	p	0,049	.					
Zaman süreci	r	-0,202	0,482	1,0				
	p	0,001	<0,0001	.				
Pozitif sonuçlar	r	0,159	0,547	0,199	1,0			
	p	0,007	<0,0001	0,001	.			
Emosyonel ifadeler	r	-0,095	0,429	0,314	0,057	1,0		
	p	0,105	<0,0001	<0,0001	0,332	.		
Pozitif kontrol	r	0,0107	0,558	0,234	0,221	0,041	1,0	
	p	0,069	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,491	.	
Negatif ifadeler	r	-0,159	0,107	0,593	0,262	0,421	0,193	1,0
	p	0,007	0,07	<0,0001	<0,0001	<0,0001	0,001	.

Spearman's rho korelasyon değerleri

*p<0,05; **p<0,01, ***p<0001

SYTUEÖ ile B-APQ toplam ve “Zaman Süreci”, “Pozitif Sonuçlar”, “Emosyonel İfadeler”, “Pozitif Kontrol” ve “Negatif Kontrol” alt boyutlarının puanları arasındaki ilişki Tablo 4.5’te verilmiştir. SYTUEÖ ile B-APQ toplam ve “Pozitif Sonuçlar” alt boyutu arasında; B-APQ “Zaman Süreci” alt boyutu ile “Pozitif Sonuçlar” ve “Pozitif Kontrol” alt boyutları arasında anlamlı, pozitif yönde, çok zayıf düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $r=0,116$, $r=0,159$; $p<0,05$; $r=0,199$, $0,234$, $p<0001$).

SYTUEÖ ile B-APQ “Zaman Süreci” ve “Negatif İfadeler” alt boyutları arasında anlamlı, negatif yönde, çok zayıf düzey bir ilişki vardır (sırasıyla; $r=-0,202$, $r=-0,159$; $p<0,05$).

SYTUEÖ ile B-APQ “Emosyonel İfadeler” ve “Pozitif kontrol” alt boyutları arasında, B-APQ toplam puanı ile “Negatif İfadeler” alt boyutu arasında, B-APQ “Pozitif Sonuçlar” alt boyutu ile “Emosyonel İfadeler” alt boyutu arasında, B-APQ “Emosyonel İfadeler” alt boyutu ile “Pozitif Kontrol” alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). B-APQ toplam puanı ile “Zaman Süreci” ve “Emosyonel İfadeler” alt boyutları arasında anlamlı, pozitif yönde, zayıf düzey bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $r=0,482$, $r=0,429$; $p<0001$).

B-APQ toplam puanı ile “Pozitif Sonuçlar” ve “Pozitif Kontrol” alt boyutları; B-APQ “Zaman Süreci” alt boyutu ile “Negatif İfadeler” alt boyutu arasında anlamlı, pozitif yönlü, orta düzey bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $r=0,547$, $r=0,558$; $p<0001$; $r=0,593$; $p<0001$).

B-APQ “Zaman Süreci” alt boyutu ile “Emosyonel İfadeler” alt boyutu arasında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $r=0,314$; $p<0001$).

B-APQ “Pozitif Sonuçlar” alt boyutu ile “Pozitif Kontrol” alt boyutu arasında anlamlı, pozitif yönlü ve çok zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $r=0,221$; $p<0001$).

B-APQ “Pozitif Sonuçlar” alt boyutu ile “Negatif İfadeler” alt boyutu; B-APQ “Emosyonel İfadeler” alt boyutu ile “Negatif İfadeler” alt boyutu; B-APQ “Pozitif Kontrol” alt boyutu ile “Negatif İfadeler” alt boyutu arasında anlamlı, pozitif yönlü ve zayıf düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir (sırasıyla; $r=0,262$; $p<0001$; $r=0,421$; $p<0001$; $r=0,193$; $p<0,01$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde 65 yaş üzeri hipertansiyon tanısı almış bireylerin yaşlılığı algılama düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimlerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular literatür ile birlikte üç başlık altında tartışılmıştır.

- HT'li bireylerin yaşlılık algı düzeyleri ile sosyo-demografik ve hastalığa özgü özelliklerinin tartışılması

- HT'li bireylerin sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri ile sosyo-demografik ve hastalığa özgü özelliklerinin tartışılması

-HT'li bireylerin yaşlılık algı düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri arasındaki ilişkinin tartışılması

5.1. HT'li Bireylerin Yaşlılık Algı Düzeyi ile Sosyo-Demografik ve Hastalığa Özgü Özelliklerinin Tartışılması

Yaşlanma süreci dinamik bir süreç olup bireyden bireye farklılık göstermekte ve anlamlandırılmaktadır [94]. Çalışmaya katılan bireylerin B-APQ puan ortalaması $53,49 \pm 5,79$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç bireylerin yaşlılığı orta seviyede olumlu olarak algıladıkları anlamına gelir. Çin'deki bir huzurevinde yapılan çalışmada ise bireylerin B-APQ puan ortalamaları $52,39 \pm 4,53$ olarak hesaplanmıştır [98]. İran'da yapılan bir başka çalışmada ise B-APQ puan ortalaması $63,18 \pm 8,75$ olarak bildirilmiştir [19]. İran'da yapılan çalışmaya katılan bireyler çalışmamıza katılan bireylere kıyasla yaşlılığı daha olumlu algılamaktadır. Puan ortalamalarındaki bu farklılığın nedeni ülkelerin kültürel özellikleri, sağlık sistemleri, refah düzeyleri, yaşam kalitesi, sosyodemografik özellikler gibi değişkenlerin farklılığı olabilir.

Çalışmaya 161 kadın ve 129 erkek dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan kadın bireylerin erkek bireylere kıyasla yaşlılığı daha olumlu algıladığı görülmüştür. Varer ve arkadaşlarının yaptığı benzer çalışmada da kadınların yaşlılığı daha olumlu algıladığı tespit edilmiştir [99]. Yapılan başka bir araştırmada da kadınların erkeklere kıyasla yaşlanmayı daha çok kabullendiği bulunmuştur [100]. Araştırma sonuçları ile literatür birbirini destekler niteliktedir. Yaşlılık kuramlarından biri olan aktivite kuramında, yaşlı bireylerin yaşlılık dönemlerini aktif olarak geçirmeleri gerektiği üzerinde durulmaktadır [82].

Toplumumuzdaki kültürel yapı nedeniyle ülkemizde geçmiş yıllara bakıldığında çalışan erkek sayısı oldukça fazlayken kadınlar meslek olarak daha çok ev hanımlığını seçmektedir [101]. Bu durum erkek bireylerin emeklilikle birlikte aktivite ve sosyal ilişkilerinde azalmaya sebebiyet vererek yaşlılık algılarını olumsuz etkilemiş olabilir. Ayrıca kadınların daha sosyal olmaları yaşlılığı daha olumlu hissetmelerini sağlamış olabilir. Sosyal olarak aktif olmanın yaşlılık algısını etkilediği bilinmektedir [102].

Çalışmaya 204 evli, 86 bekar birey dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerden bekar olanların evli olanlara kıyasla yaşlılığı daha olumlu algıladığı görülmüştür. Yapılan bir araştırmada eşleriyle birlikte yaşayan bireylerin yalnız yaşayan, bakıcısıyla ya da huzurevinde kalan yaşlılara nazaran yaşlılık algı puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir [103]. Yapılan bir başka çalışmada da ailesi ile yaşayan yaşlıların yalnız yaşayanlara göre yaşlılık algı puanının yüksek olduğu bildirilmiştir [104]. Çalışmanın bu kısmı literatürden farklıdır. Bunun sebebi evli birey sayısının bekar birey sayısından fazla olması olabilir. Aynı zamanda evli bireyler eşlerini kaybetme korkusu yaşadığından bekar bireylere kıyasla yaşlılığı olumsuz algılıyor olabilir.

Çalışmada okur-yazar olmayanların, okur-yazar olanların ve ilkokul mezunlarının ortaokul mezunlarına kıyasla yaşlılığı daha olumlu algıladığı görülmüştür. Yapılan benzer bir çalışmada eğitim düzeyi ile yaşlılık algısı üzerinde bir ilişki olmadığı gözlemlenmiştir [99]. Başka bir çalışmada ise lise mezunu olan bireylerin okur-yazar olmayan bireylere nazaran yaşlılık algı düzeyleri yüksek bulunmuştur [103]. Çalışmanın bu kısmı literatürden farklıdır. Sonuçların birbirinden farklı olma sebebi çalışmaların farklı bölgelerde ve zaman diliminde yaşayan gruplarda yapılmış olması olabilir.

Çalışmada geliri giderinden daha fazla olan bireylerin yaşlılık algı düzeyi geliri giderinden az olanlara ve geliri giderine eşit olanlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Literatürde de geliri fazla olan bireylerin yaşlanmayı daha olumlu nitelendirdiği belirtilmiştir [99]. Hollanda'da yapılan bir çalışmada ise aylık geliri 1000 Euro'dan düşük olanların yaşlılığı daha olumsuz algıladığı görülmüştür [75]. Bu bulgular literatürle paraleldir. Gelir durumu yüksek olan bireylerin sosyal faaliyetlere katılım oranı yüksek olabilir. Sosyal faaliyetlerin fazla olması yaşlı bireylere aktif bir yaşam sunduğundan yaşlılığı olumlu algılamalarına neden olmuş olabilir. Yaşlılıkla birlikte ortaya çıkan hastalıklar ile birlikte artan sağlık hizmetlerine ulaşma ihtiyacı, gelir düzeyi düşük olan bireylerde yeterince karşılanamayacağı için yaşlılığı olumsuz algılamalarına neden olmuş olabilir.

5.2. HT'li Bireylerin Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimleri ile Sosyo-Demografik ve Hastalığa Özgü Özelliklerinin Tartışılması

SYTUEÖ toplam puanının artması sağlıklı yaşam tarzına ulaşmaya daha hazırlıklı olduğunu ya da başarı kapasitesinin yüksek olduğunu gösterir [96]. Çalışmada bireylerin sağlıklı yaşam tarzına ulaşma orta derecede hazırlıklı olduğu ve başarı kapasitelerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Uzun ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada HT'li hastaların sağlıklı yaşam tarzına uyum düzeyleri düşük bulunmuştur [105]. Yapılan bir başka çalışmada da çalışma bulgularının tersine, HT'li bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimsemediği bulunmuştur [106]. Çalışma sonuçlarıyla literatürün paralellik göstermeme nedeni çalışma yapılan grupların farklı zaman dilimlerinde yapılması olabilir. Farklı zaman diliminde yaşayan insanların hastalıklara bakış açıları farklı olabilir.

HT'li bireylerde sağlıklı yaşam değişiklikleri tedavinin temel basamağıdır. Bu tarz yaşam değişikliklerine uyum kişiden kişiye farklılık gösterir [92]. Buna karşın yapılan bu çalışmada kadın ve erkeklerde sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri benzer özellik göstermiştir. Yapılan bir çalışmada da HT'li kadın ve erkeklerde sağlıklı yaşam alışkanlıklarına uyum derecelerinin aynı olduğu bulunmuştur [105]. Japonya'da yapılan bir çalışmada çalışma bulgularının tersine, yaşam değişikliği konusunda kadınların erkeklerden daha uyumlu olduğu belirlenmiştir [107]. Çalışmaya katılan kadın ve erkeklerin benzer kültürel özelliklere ve yaşam biçimine sahip olması nedeniyle sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimlerinde cinsiyete bağlı anlamlı farklılık gözlenmemiş olabilir.

Çalışmada evli ve bekar bireyler arasında yaşam değişikliği yapma kapasitelerinin farklı olduğu ve evli bireylerin sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimlerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Kolaç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise çalışma bulgularının tersine, bekar olan bireylerin evli olan bireylere kıyasla sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerine uyumu daha fazla bulunmuştur [108]. Gün ve Korkmaz'ın yaptığı çalışmada da Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği skorlarının dağılımı değerlendirildiğinde evlilerin tedaviye uyumlarının daha düşük olduğu saptanmıştır [14]. Çalışmanın bu kısmı literatürden farklıdır. Bunun nedeni çalışmaya dahil ettiğimiz bireylerin evliyken daha düzenli bir hayata geçmelerinden dolayı sağlıklı yaşam tarzına kolay adapte olmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada eğitim düzeyi farklı olan bireylerin sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Yapılan bir çalışmada da eğitim düzeyi

ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimi arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir [109]. Başka bir çalışmada da hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam değişiklikleri ile eğitim düzeyinin etkili olmadığı bildirilmiştir [107]. Çalışmanın bu kısmı literatürle paraleldir.

Çalışmada düzenli doktor kontrolüne giden bireylerin sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri, gitmeyenlere kıyasla anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürde ise sağlıklı yaşam değişiklikleri için hekim desteği alan kişilerle almayan kişiler arasında sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimi yönünden anlamlı bir fark olduğu ve danışmanlık alanların daha uyumlu olduğu belirlenmiştir [109]. Bunun nedeni düzenli doktor kontrolüne giden HT'li bireylerin hastalığını kabullenmesi, tedavi için hazır olması ve tedaviye uyumunun daha kolay olması olabilir.

Çalışmada sosyo-ekonomik durum ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimi arasında ilişki bulunmamıştır. Yapılan başka bir çalışmada da ekonomik durumun sağlıklı yaşam tarzı eğilimini etkilemediği bulunmuştur [109]. Bir başka çalışmada ise geliri giderinden fazla olan bireylerin sağlıklı yaşam değişikliklerine uyumunun daha iyi olduğu bildirilmiştir [105]. Çalışma sonuçlarında sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimi ile ekonomik durum arasında ilişki olmamasının sebebi çalışmaya dahil edilen bireylerin büyük çoğunlukla gelirinin giderinden az olması olabilir. Uzun ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada geliri giderinden fazla olan bireylerin sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine uyumunun daha yüksek olmasının nedeni özel bir diyetle uymanın ve düzenli fiziksel aktivite yapmanın maddi imkanlar gerektirmesi olabilir.

5.3. HT'li Bireylerin Yaşlılık Algı Düzeyleri ile Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmaya katılan bireylerin B-APQ “Zaman Süreci” alt boyutu puan ortalaması $4,031 \pm 1,146$ olarak bulunmuştur. Bu yaşlanmanın devamlı bir süreç olduğunu düşündüklerinin gösterir. İran’da yapılan çalışmada B-APQ “Zaman Süreci” alt boyutu puan ortalaması $3,39 \pm 0,98$ olarak bulunmuştur [110]. İrlanda’da yapılan bir çalışmada ise bu puan $2,90 \pm 0,87$ olarak bildirilmiştir [111]. İrlanda puan ortalamasının düşük olma sebebi yaptığımız çalışmaya ve İran’da yapılan çalışmaya katılan bireylerin yaşlanma sürecini yaratıcı tarafından ortaya konan ilahi bir süreç olarak görmeleri olabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin B-APQ “Pozitif Sonuçlar” alt boyutu puan ortalaması $4,148 \pm 0,941$ olarak bulunmuştur. Ingrand ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise B-APQ

“Pozitif Sonuçlar” alt boyutu puan ortalaması $3,22 \pm 0,81$ olarak bulunmuştur [111]. Bu yaptığımız çalışmaya katılan bireylerin yaşlanmanın pozitif sonuçlar getirdiğine daha çok inandığı anlamına gelir. Bunun nedeni toplumumuzda yaşlılara hürmet edilmesi ve yaşlanmanın hayatın doğal bir süreci olduğunun düşünülmesi olabilir. Yapılan bir çalışmada yaşlılara yardım etme içgüdüsünün fazla olduğu ve yaşlıların değerli, saygıdeğer, tecrübe sahibi ve toplum için kılavuz olarak görüldüğü bildirilmiştir [112].

Çalışmaya katılan bireylerin B-APQ “Emosyonel İfadeler” alt boyutu puan ortalaması $3,634 \pm 1,148$ olarak bulunmuştur. Slotman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise B-APQ “Emosyonel İfadeler” alt boyutu puan ortalaması $2,46 \pm 0,85$ olarak bildirilmiştir [75]. Yaşlanmayla birlikte bireylerde ölüm kaygısı, yalnızlık, hastalık gibi olumsuz düşüncelerin sıklığı artmaktadır [82]. Yaptığımız çalışmada puan ortalamasının daha yüksek olma sebebi yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan ölüm kaygısı, stres, yalnızlık gibi duyguların toplumumuzda yaşayan bireylerde daha yoğun yaşanması olabilir.

Çalışmaya katılan bireylerin B-APQ “Pozitif Kontrol” alt boyutu puan ortalaması $4,348 \pm 0,894$ olarak bulunmuştur. Kiarsipou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise B-APQ “Pozitif Kontrol” alt boyutu puan ortalaması $3,70 \pm 0,98$ olarak bulunmuştur [110]. Bu sonuçlar yaşlıların yaşlanmanın neden olduğu deneyimler üzerinde kontrol sahibi olduklarına ve yaşlanma etkilerinin kontrolünün kendilerine bağlı olduğuna dair inançlarının ortalamanın üzerinde olduğunu gösterir. Bunun nedeni yaşlıların yaşlanmayı kabullenmesi için sosyal hizmet imkanlarının giderek artması ve sosyal hayatı desteklenen yaşlıların yaşlılığı daha olumlu hissetmesi olabilir. Sosyal desteği arttırılan yaşlıların yaşlanma algılarının daha olumlu olduğu bilinmektedir [113].

Çalışmaya katılan bireylerin B-APQ “Negatif Kontrol” alt boyutu puan ortalaması $4,271 \pm 0,769$ olarak bulunmuştur. Sonuçlar, yaşlıların yaşlanmanın neden olduğu deneyimler üzerinde herhangi bir kontrole sahip olmadıklarına ve her şeyin kontrollerinin dışında olduğuna dair inançlarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir. Kiarsipou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise B-APQ “Negatif Kontrol” alt boyutu puan ortalaması $3,30 \pm 0,98$ olarak bulunmuştur [110]. Çalışmamıza katılan bireyler yaşlılığın getirdiği deneyimleri daha olumsuz algılamaktadır. Bunun nedeni çalışma grubunun refah düzeyi olabilir. Gelir durumu arttıkça bireylerin yaşlılık algı düzeylerinin arttığı bilinmektedir [75].

Çalışmada HT’li bireylerin sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimleri ile yaşlılık algı düzeyleri arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Literatürde bu iki öncülü karşılaştıran başka bir çalışma olmadığı için uyum karşılaştırması yapılamamıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Altmış beş yaş ve üzeri HT'li bireylerin yaşlılık algı düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimlerini belirlemek için yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şu şekildedir:

- HT'li bireylerin B-APQ ve SYTUEÖ puanları orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.3).
- Evli, 1-4 yıl önce hipertansiyon tanısı alan, kendi sağlık durumunu “çok iyi” olarak değerlendiren, diyetle tuz kısıtlaması yapan, düzenli fiziksel aktivite yapan ve doktor kontrolüne giden bireylerin Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimi Ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4)
- Sosyo-demografik özelliklerle Yaşlılık Algısı Ölçeği puan ortalaması arasında bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 4.4).
- Yaşlılık Algısı Ölçeği alt boyutlarından en düşük puanı “Emosyonel İfadeler”, en yüksek puanı ise “Pozitif Kontrol” alt boyutu almıştır (Tablo 4.3).
- Yaşlılık Algısı Ölçeği toplam puanı ile Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimi Ölçeği toplam puanı arasında pozitif yönde, düşük düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tablo 4.6).

6.2. Öneriler

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Altmış beş yaş ve üzeri HT'li bireylerin sağlıklı yaşam alışkanlıklarına teşvik edilmesi,
- Gerekli eğitimler verilerek bireylerin sağlıklı yaşam konusunda bilinçlenmesinin sağlanması,
- Multidisipliner bir ekiple hastaların düzenli olarak kontrol edilmesi ve desteklenmesi,
- Bireylere yaşlılığın hayatın bir parçası olduğu ve olumlu birçok sonucunun varlığının anlatılması,
- HT'li bireylerle farklı bölgelerde, cinsiyet ve ekonomik olarak daha eşit dağılımlı bir grupta nitel ve nicel çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. (2024). The top 10 causes of death - Factsheet. WHO reports. *Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>*
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2024). İstatistiklerle Yaşlılar, 2023. *Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2023-53710>*
3. Genç, F., & Yiğitbaş, Ç. (2021). Hipertansif yaşlıların hipertansiyon algıları ve kontrollerine ilişkin davranışları. *Genel Tıp Dergisi*, 31(1), 1-11.
4. Soydan, A. M., Elkin, N., & Barut, A. Y. (2023). Bakım yükünün yaşlı bakıma etkileri. *Istanbul Gelisim University Journal of Health Sciences*, (20), 703-713.
5. Duvar, E. K., & Davran, M. K. (2022). Kırsal Alanda Yaşayan Yaşlıların Yaşlılık Algıları: Osmaniye İli Kadirli İlçesi Örneği. *MAS Journal of Applied Sciences*, 7(3), 710-721.
6. Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 199, 132-138.
7. Slotman, A., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2017). Validation of the Aging Perceptions Questionnaire Short on a sample of community-dwelling Turkish elderly migrants. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 1-12.
8. Açar, A. (2020). Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(3), 347-354.
9. Okur, E., Karaçal, R., & Sarı, C. (2023). Kronik Hastalığı Olan Yaşlı Bireylerde Hastalık Algısı. *Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1), 45-52.
10. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2022). Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu 2022. *Erişim adresi: <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>*
11. Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., ... & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334-1357.
12. Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223-237.
13. Aydogdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abacı, A., Tükek, T., Sabuncu, T., Arici, M., Erdem, Y., Özün, B., Sahin, I., Ertürk, S., Bitigen, A., Tokgözoğlu, L. (2019). 2019 Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*.

14. Gün, Y., & Korkmaz, M. (2014). Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 98-108.
15. Buda, E. S., Hanfore, L. K., Fite, R. O., & Buda, A. S. (2017). Lifestyle modification practice and associated factors among diagnosed hypertensive patients in selected hospitals, South Ethiopia. *Clinical hypertension*, 23, 1-9.
16. Yıldırım, N. (2021). Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315.
17. Baena, C. P., Olandoski, M., Younge, J. O., Buitrago-Lopez, A., Darweesh, S. K., Campos, N., ... & Franco, O. H. (2014). Effects of lifestyle-related interventions on blood pressure in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Journal of hypertension*, 32(5), 961-973.
18. Erikmen, E., & Keskin, G. (2022). Kronik hastalığı olan bireylerin tedaviye uyum sürecinde aile faktörü: Motivasyonel görüşmenin etkileri açısından gözden geçirme. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4), 1392-1400.
19. Mohammadpour, A., Sadeghmoghadam, L., Shareinia, H., Jahani, S., & Amiri, F. (2018). Investigating the role of perception of aging and associated factors in death anxiety among the elderly. *Clinical interventions in aging*, 405-410.
20. Yılmaz, C. K. (2020). Yaşlı bireylerin yaşlılığa uyum düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 305-317.
21. World Health Organization. (2023). *Hypertension WHO*. Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
22. Şenuzun, F., & Özer, S. (2012). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. (Durna Zehra, Ed.). Nobel Tıp.
23. World Health Organization. (2024). *Cardiovascular Diseases*. Erişim Adresi: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)#:~:text=Cardiovascular%20diseases%20\(CVDs\)%20are%20the,%2D%20and%20middle%2Dincome%20countries.](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)#:~:text=Cardiovascular%20diseases%20(CVDs)%20are%20the,%2D%20and%20middle%2Dincome%20countries.)
24. World Health Organization. (2013). *A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis: World Health Day 2013* (No. WHO/DCO/WHD/2013.2). World Health Organization.
25. Pamukcu, B. (2022). 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. *Journal of Human Hypertension*. <https://doi.org/10.1038/s41371-020-00480-6>
26. Sengul, S., Akpolat, T., Erdem, Y., Derici, U., Arici, M., Sindel, S., ... Erturk, S. (2016). Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates

- in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of Hypertension*, 34(6). <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000901>
27. Go, A. S., Bauman, M. A., Coleman King, S. M., Fonarow, G. C., Lawrence, W., Williams, K. A., & Sanchez, E. (2014). An effective approach to high blood pressure control: A science advisory from the american heart association, the american college of cardiology, and the centers for disease control and prevention. *Hypertension*, 63(4). <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000003>
 28. Naalweh, K. S., Barakat, M. A., Sweileh, M. W., Al-Jabi, S. W., Sweileh, W. M., & Zyoud, S. H. (2017). Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: A cross - Sectional study from Palestine. *BMC Nephrology*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12882-017-0598-2>
 29. Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., ... Wright, J. T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19). <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>
 30. Fidancı, İ., Aksoy, H., Ayhan Başer, D., & Cankurtaran, M. (2022). Esansiyel Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Anksiyete veya Depresyon Görülme Sıklıklarının Değerlendirilmesi: Retrospektif Çalışma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3). <https://doi.org/10.17517/ksutfd.960125>
 31. Özpancar, N. (2016). Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. *Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing*, 2(11), 7–1.
 32. Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., ... Harrap, S. B. (2014). Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension 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 Weber et al. *Journal of Clinical Hypertension*, 16(1). <https://doi.org/10.1111/jch.12237>
 33. Turan, Y. (2017). Uyku Apnesi, Hipertansiyon ve Kardiyovasküler Hastalıklar. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(özel sayı).
 34. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... Desormais, I. (2018). 2018 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). *Blood Pressure*, 27(6). <https://doi.org/10.1080/08037051.2018.1527177>

35. Textor, S. C., & Lerman, L. (2010). Renovascular hypertension and ischemic nephropathy. *American Journal of Hypertension*. <https://doi.org/10.1038/ajh.2010.174>
36. Yavuz, H., & Ankaralı, S. (2021). Böbreklerin Endokrin Fonksiyonları. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. <https://doi.org/10.33631/duzcesbed.671445>
37. Duran, N. E., Korkmaz, Y., Kurt, F. B., Yılmazer, S. M., & Cingözbay, B. Y. (2014). Aort koarktasyonu. *Maltepe Tıp Dergisi*, 6(3), 1-5.
38. Gökhaner, M. Ş., Ozayar, E., Kurtay, A., Güleç, H., & Horasanlı, E. (2016). İntraoperatif Malign Hipertansiyon ile ortaya çıkan feokromasitoma olgusunda anestezi yönetimi. *Journal of Contemporary Medicine*, 6(4). <https://doi.org/10.16899/ctd.36834>
39. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., ... Wood, D. A. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 34(28). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/eh151>
40. Şahin, N., Güner, P. D., Dirican, E., Yengil, E., & Özer, C. (2018). Birinci basamağa başvuran bireylerde hipertansiyon risk faktörleri. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*, 9(35), 128-135.
41. Durmaz, Ceyda., & Arslan, Perihan. (2017). Toplumda Hipertansiyon ve Kan Basıncını Etkileyen Etmenler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(3), 278–286.
42. Grillo, A., Salvi, L., Coruzzi, P., Salvi, P., & Parati, G. (2019). Sodium intake and hypertension. *Nutrients*, 11(9). <https://doi.org/10.3390/nu11091970>
43. Goldman, L., & Ausiello, D. (2011). *Cecil Medicine* (23rd ed., Vol. 1). Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
44. Oliveira, M. V. G., Abreu, Â. M. M., Welch, J. R., & Coimbra, C. E. A. (2021). Coping with hypertension among indigenous peoples in brazil and the role of the primary care nurse: A critical review from a transcultural perspective. *Nursing Reports*, 11(4). <https://doi.org/10.3390/nursrep11040086>
45. Çelik, C., & Özdemir, B. (2010). Esansiyel hipertansiyonda psikolojik etmenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1).
46. Badır, A. (2011). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. (A. E. A. F. Karadakovan, Ed.). Adana: Nobel kitabevi.
47. Falkner, B., Gidding, S. S., Ramirez-Garnica, G., Wiltrout, S. A., West, D., & Rappaport, E. B. (2006). The relationship of body mass index and blood pressure in primary care pediatric patients. *Journal of Pediatrics*, 148(2). <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2005.10.030>
48. Zungur, M., & Yıldız, A. (2004). Hipertansif hastaya yaklaşım. *Sted*, 297–304.

49. Çelik, Nurebrar., Taştan, Kenan., & Bilge Yerli, Ezel. (2023). Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Metabolik Sendrom Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3). <https://doi.org/10.53493/avrasyasbd.1278468>
50. Kayce Bell, Pharm. D. C. 2015, June Twiggs, Pharm. D. C. 2015, & Bernie R. Olin, Pharm. D. (2015). Hypertension : The Silent Killer : Updated JNC-8 Guideline. *Alabama Pharmacy Association*.
51. Yıldırım, N., & Durna, Z. (2021). Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3).
52. Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., ... Roccella, E. J. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. <https://doi.org/10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2>
53. Düzel, B., Kanat, C., Berilgen, R., Emren, S. V., & Ağaoğlu, G. B. (2020). Hemşirelerin arteriyel kan basıncına ilişkin bilgi düzeylerinin ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Medical Sciences*, 15(3), 92-98.
54. Muntner, P., Shimbo, D., Carey, R. M., Charleston, J. B., Gaillard, T., Misra, S., ... Wright, J. T. (2019). Measurement of blood pressure in humans: A scientific statement from the american heart association. *Hypertension*, 73(5). <https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000087>
55. Sawicka, K., Szczyrek, M., Jastrzebska, I., Prasal, M., Zwolak, A., & Daniluk, J. (2011). Journal of pre-clinical and clinical research. *Journal of Pre-Clinical and Clinical Research*, 5(2).
56. Böcek Aker, E., Doğaner, Y. Ç., & Aydoğan, Ü. (2020). Türk Hipertansiyon Uzlaşi Raporları: 2015'den 2019'a Neler Değişti? *Konuralp Tıp Dergisi*, 12(2). <https://doi.org/10.18521/ktd.653880>
57. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2014). *Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu*. Ankara.
58. Dasgupta, K., Quinn, R. R., Zarnke, K. B., Rabi, D. M., Ravani, P., Daskalopoulou, S. S., ... Poirier, L. (2014). The 2014 Canadian hypertension education program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*, 30(5). <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2014.02.002>
59. Erdem, Y., Arici, M., Altun, B., Turgan, C., Sindel, S., Erbay, B., ... Caglar, S. (2010). The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Pressure*, 19(5), 313–318. <https://doi.org/10.3109/08037051003802541>
60. Gao, K., Shi, X., & Wang, W. (2017). The life-course impact of smoking on hypertension, myocardial infarction and respiratory diseases. *Scientific Reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-04552-5>

61. Karakurt, Papatya., & Kara, Mağfiret. (2007). Hipertansiyon ve Evde Bakım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 97–104.
62. Hicran, Y. (2021). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In N. Ç. S. Olgun (Ed.), *Tüm Yönleri ile İç Hastalıkları Hemşireliği* (pp. 95–102). Ankara Nobel Tıp Kitabevi.
63. Enç, N. U. H. (2014). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In N. Enç (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği* (pp. 92–93). Nobel Tıp Kitabevleri.
64. Yurtsever, S. (2016). Kalp Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. In T. Bedük (Ed.), *İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları* (p. 143). Güneş Tıp Kitabevleri.
65. Alsaigh, S. A. S., Alanazi, M. D., & Alkahtani, M. A. (2018). Lifestyle Modifications for Hypertension Management. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 70(12). <https://doi.org/10.12816/0045044>
66. World Health Organization. (2018). WHO | Ageing and health. Website: WHO; Media Centre.
67. Tomanbay, İ. (2002). *Sosyal Rehabilitasyon-Sosyal Geriatri*. (Yeşim. Gökçe Kutsal, Ed.). Ankara.
68. Beğer, T., & Yavuzer, H. (2012). Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. *Klinik Gelişim*, 25.
69. United States Census Bureau, He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). An Aging World: 2015. *Census Bureau*.
70. Küçük, U., & Karadeniz, H. (2021). Yaşlanmaya bağlı bireylerde görülen fizyolojik, ruhsal, sosyal değişiklikler ve korunmaya yönelik önlemler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 14(2), 96-103.
71. Demir, Y. P. (2017). Kendi evinde yaşayan ve huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin, depresyon düzeylerinin ve sosyal izolasyon durumlarının karşılaştırılması. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 16(1), 19-28.
72. Li, Z., Zhou, X., Cao, J., Li, Z., Wan, X., Li, J., ... & Wu, X. (2018). Nurses' knowledge and attitudes regarding major immobility complications among bedridden patients: A prospective multicentre study. *Journal of clinical nursing*, 27(9-10), 1969-1980.
73. Arslan, M., Arslan, E. K., Koç, E. M., Sözmen, M. K., & Kaplan, Y. C. (2020). Relationship between frailty and medicine use and polypharmacy in people over sixty-five years of age.
74. Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D., & Smith, J. (2008). Self-perceptions of aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age?. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), P377-P385.

75. Slotman, A., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2015). Validation of the Dutch Aging Perceptions Questionnaire and development of a short version. *Health and Quality of life outcomes*, 13, 1-13.
76. Jang, Y., Poon, L. W., Kim, S. Y., & Shin, B. K. (2004). Self-perception of aging and health among older adults in Korea. *Journal of Aging Studies*, 18(4), 485-496.
77. Barker, M., O'Hanlon, A., McGee, H. M., Hickey, A., & Conroy, R. M. (2007). Cross-sectional validation of the Aging Perceptions Questionnaire: A multidimensional instrument for assessing self-perceptions of aging. *BMC Geriatrics*, 7. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-7-9>
78. Han, J., & Richardson, V. E. (2015). The relationships among perceived discrimination, self-perceptions of aging, and depressive symptoms: A longitudinal examination of age discrimination. *Aging & mental health*, 19(8), 747-755.
79. Çakmak, H. S. G., & Kaşlı, K. (2022). Bir ilçede yaşayan yaşlıların yaşlılık algılarının değerlendirilmesi. *Abant Medical Journal*, 11(1), 52-60.
80. Moser, C., Spagnoli, J., & Santos-Eggimann, B. (2011). Self-perception of aging and vulnerability to adverse outcomes at the age of 65–70 years. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(6), 675-680.
81. Meisner, B. A. (2012). A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(1), 13-17.
82. Yılmaz, M. S., & Mermutlu, A. (2023). Yaşlı bireylerde yaşlılık algısı ve ölüm kaygısı. *Olgu Sosyoloji Dergisi*, 2(1), 47-58.
83. Altay, B., Çavuşoğlu, F., & Çal, A. (2016). Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 181-189.
84. Franklin, S. S., Larson, M. G., Khan, S. A., Wong, N. D., Leip, E. P., Kannel, W. B., & Levy, D. (2001). Does the relation of blood pressure to coronary heart disease risk change with aging? The Framingham Heart Study. *Circulation*, 103(9), 1245-1249.
85. Özerkan Çakan, F. (2017). Hypertension in the elderly. *Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi-Archives of the Turkish Society of Cardiology*, 45(5), 29–31. <https://doi.org/10.5543/tkda.2017.95554>
86. Sisman, F. N. (2016). Development of an Assessment Scale of Adaptation Difficulty for the Elderly (ASADE) and Its Psychometric Properties. *Journal of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.5505/phd.2016.82905>
87. Aşiret, G. D., & Yiğit, H. (2018). The effect of older people's adaptation to old age on their health-related quality of life. *LIFE: International Journal of Health and Life-Sciences*, 4(3), 14-25.

88. Yılmaz, M., Uyanık, G., Böckün, E., Tokem, Y., & Tekin, N. (2019). Kronik hastalıklı yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(3), 248-257.
89. Şenol, V., Ünalın, D., Soyuer, F., & Argün, M. (2014). The relationship between health promoting behaviors and quality of life in nursing home residents in Kayseri. *Journal of Geriatrics*, 2014(1), 839685.
90. Çakmak, H. S. G., & Kaşlı, K. (2022). Bir ilçede yaşayan yaşlıların yaşlılık algılarının değerlendirilmesi. *Abant Medical Journal*, 11(1), 52-60.
91. Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2018). Aging perceptions matter for the well-being of elderly Turkish migrants, especially among the chronically ill. *BMC geriatrics*, 18, 1-7.
92. Kes, D., Şahin, F., & Sevcen, N. Ö. (2021). Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimi Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlaması ve Psikometrik Ölçümlerinin Değerlendirilmesi. *Turk Journal of Cardiovasc Nurse*, 12(28), 88-93.
93. G*power 3.1 software (version 3.1, Institute for Experimental Psychology, Düsseldorf, Germany)
94. Özkaptan, B. B., Kapucu, S., & Akyar, İ. (2019). Yaşlılığı algılama anketi kısa formu (Brief aging perceptions questionnaire: B-APQ) Türkçe versiyonu: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 6(3), 149-157.
95. Arslantaş, E. E., Sevinç, N., Çetinkaya, F., Günay, O., & Aykut, M. (2019). Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları. *Ege Tıp Dergisi*, 58(4), 319-329.
96. Broström, A., Pakpour, A. H., Ulander, M., & Nilsen, P. (2018). Development and psychometric evaluation of the Swedish propensity to achieve healthy lifestyle scale in patients with hypertension. *Journal of Clinical Nursing*, 27(21-22), 4040-4049.
97. Sexton, E., King-Kallimanis, B. L., Morgan, K., & McGee, H. (2014). Development of the Brief Ageing Perceptions Questionnaire (B-APQ): a confirmatory factor analysis approach to item reduction. *BMC geriatrics*, 14, 1-11.
98. Qiong, Q. I. N., Shuang, M. E. N. G., & Qiqun, T. A. N. G. (2020). Mediating effect of coping style between the subjective well-being and self-perception aging of the elderly in the nursing homes. *Chinese Nursing Research*, 34(24).
99. Akpınar, C. V., Ozvurmaz, S., Koçak, A. A., Kurt, F., & Koç, N. (2023). Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Yaşlılarda Yalnızlık ve Yaşlılığı Algılama Düzeyleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(1), 92-100.
100. Aközer, M., Nuhrat, C., & Say, Ş. (2011). Türkiye'de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 27(27), 103-128.
101. Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). İşgücü İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr>

102. Choi, N. G., Di Nitto, D. M., & Kim, J. (2014). Discrepancy between chronological age and felt age: age group difference in objective and subjective health as correlates. *Journal of Aging and Health*, 26(3), 458–473.
103. Çakmak, H. S. G., & Kaşlı, K. (2022). Bir ilçede yaşayan yaşlıların yaşlılık algılarının değerlendirilmesi. *Abant Medical Journal*, 11(1), 52-60.
104. Bastani, F., & Beigi Boroujeni, P. (2019). The association between the perception of aging and functional independence in the elderly patients with type II diabetes mellitus. *Iran Journal of Nursing*, 32(117), 7-22.
105. Uzun, Ş., Kara, B., Yokuşoğlu, M., Arslan, F., Yılmaz, M. B., & Karaeren, H. (2009). The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations. *Anatolian Journal of Cardiology/Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 9(2).
106. Alhalaiqa, F., Al-Nawafleh, A., Batiha, A. M., Masa'deh, R., & AL-RAZEK, A. A. (2017). A descriptive study of adherence to lifestyle modification factors among hypertensive patients. *Turkish journal of medical sciences*, 47(1), 273-281.
107. Kim, Y., & Kong, K. A. (2015). Do hypertensive individuals who are aware of their disease follow lifestyle recommendations better than those who are not aware?. *PloS one*, 10(8), e0136858.
108. Kolaç, N., Balcı, A. S., Şişman, F. N., Ataçer, B. E., & Dinçer, S. (2018). Fabrika çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı ve sağlık algısı. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14(3), 267-274.
109. Alefan, Q., Huwari, D., Alshogran, O. Y., & Jarrah, M. I. Factors affecting hypertensive patients' compliance with healthy lifestyle. *Patient Prefer Adherence* 2019; 13: 577-85.
110. Kiarsipour, N., Borhani, F., Esmaili, R., & Zayeri, F. (2017). The correlation of aging perceptions and life satisfaction in Iranian older adults. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(4).
111. Ingrand, I., Houeto, J. L., Gil, R., Gee, H. M., Ingrand, P., & Paccalin, M. (2012). The validation of a French-language version of the Aging Perceptions Questionnaire (APQ) and its extension to a population aged 55 and over. *BMC geriatrics*, 12, 1-9.
112. Duran, R. (2021). Sosyal hizmet öğrencilerinin dezavantajlı/risk altındaki yaşlılara yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 1-12.
113. Zhou W, Chen D, Hong Z, Fan H, Liu S, Zhang L. The relationship between health-promoting lifestyles and depression in the elderly: roles of aging perceptions and social support. *Quality of Life Research*. 2020;1 8.



EK-1. Amasya Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 05.01.2024-171768



T.C.
AMASYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-76988455-050.04-171768
Konu : Etik Kurul Onayı

05.01.2024

Sayın Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN
Öğretim Üyesi

İlgi : 21.12.2023 tarihli ve 2023000167 numaralı online başvurunuz.

Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan Hemşire Sümeyye YALÇIN ile işbirliğinizde yapılması planlanan "Nörolojik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Yoksulluk Algı Düzeyleri ve Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi" konulu çalışma Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulumuz tarafından incelenmiştir.

Söz konusu çalışmanın yürütülmesinin ve uygulanmasının etik olarak uygun olduğu kanaatine varılmış olup, Kurul Kararının bir örneği ilişikte gönderilmiştir.

Bilgilerini rica ederim.

Doç. Dr. Güzide ŞENEL
Etik Kurul Başkanı

Ek:Kurul Kararı (1 Sayfa)

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSF505EPE0 Pin Kodu :46442

Belge Takip Adresi :
<https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5544&eD=BSF505EPE0&eS=171768>

Adres:Akbilek Mah. Hakimiyet Cad. No:4/3 P.K. :05100 Merkez/Amasya
Telefon:0 (358) 211 5005 Faks:0 (358) 218 01 04
e-Posta:genelsekreterlik@amasya.edu.tr Web:http://www.amasya.edu.tr/
Kep Adresi:amasyauniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Dilek
BÜYÜKBAYRAKTAR
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni
Tel No: (358)2115011



Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-2. Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kurum İzni



T.C.
AMASYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Amasya Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : E-62949364-772.02-213832914
Konu : Bilimsel Çalışma (Sümeyye YALÇIN)

18.04.2023

Sayın Sümeyye YALÇIN
Hemşire

İlgi : 18.04.2023 tarihli ve E-62949364-402.02-213828648 sayılı dilekçeniz.

İlgi tarih ve sayılı dilekçeniz Başhekimliğimizce incelenmiş olup; **"65 Yaş ve Üzeri Hipertansiyonlu Bireylerin Yaşlılığı Algılama Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimleri"** konulu yüksek lisans tezinizin Etik Kurulu Onayının Hastanemize sunulduktan sonra yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Volkan TAŞOVA
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 926F6FEF-C9FF-4996-A370-9563DB71E3B8

Belge doğrulama adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

Kirazlıdere Mah.Terminal Cad. Merkez Amasya 05000
Telefon No: 03582184000 Faks No : 03582184001
e-Posta: amasyadhs2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: <http://amasya.eah.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: amasyasaglikmudurlugu@hs01.kep.tr

Bilgi için: Burcu Amine TÖMSEK
Veri Giriş Personeli

Telefon No: 03582184000 - 2573



EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

65 YAŞ ÜZERİ HİPERTANSİYONLU BİREYLERİN YAŞLILIĞI ALGILAMA DÜZEYLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM TARZINA ULAŞMA EĞİLİMLERİ

Proje Yürütücüsü: Doç. Dr. Nurhan DOĞAN AYDIN

Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada 65 yaş üzeri hipertansiyonlu bireylerin yaşlılığı algılama düzeyleri ile sağlıklı yaşam tarzına ulaşma eğilimlerini belirlemek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda öncelikle sizlerin sosyo-demografik ve sağlık durumunuz ile ilgili özelliklerinizi belirlemek için “Tanıtıcı Form” kullanılacaktır. Sonrasında yaşlılığı algılama düzeylerinizi belirlemek için “Yaşlılığı Algılama Anketi Kısa Ölçeği” kullanılacaktır. Son olarak da “Sağlıklı Yaşama Ulaşma Eğilimi Ölçeği” kullanılarak sizlerin sağlıklı yaşama ulaşma eğilimi düzeyiniz belirlenecektir. Bu süreçte okuma yazması olmayan bireyler için form ve ölçekler yardımcı araştırmacı tarafından okunarak anket ve ölçeklerin bireylere uygulanması sağlanacaktır. Çalışma ile ilgili açıklama katılımcının kendisine yapılarak onamı alınacaktır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Yardımcı araştırmacı 65 yaş üzeri hipertansiyonlu bireylerle bire bir yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak anket ve ölçek sorularının cevaplandırılması sağlanacaktır. İlgili sorular bireylere hastane ortamında (poliklinik ve kliniklerde) uygun bir yerde yapılacak olup, görüşmeler ortalama 20-25dk sürecektir.

Bu araştırmanın protokolü, Amasya Üniversitesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklamanız için verilecektir.

Alternatif Tedaviler: Herhangi bir girişim uygulanmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Yardımcı araştırmacının araştırma yapmak için hastaneye gitmesinden dolayı araştırmacıda oluşabilecek enfeksiyonlar ve yardımcı araştırmacının anket ve ölçek sorularının uygulamasını yüz yüze görüşme yöntemiyle gerçekleştireceğinden dolayı yardımcı araştırmacının taşıyıcı kaynak görevi görmesi nedeniyle katılımcı bireylerde oluşabilecek enfeksiyonlar, araştırmanın riskleridir. Bu risklerin ortadan kaldırılabilmesi için gerekli önlemler alınacak olup yardımcı araştırmacı tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanımı sağlanacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu: Sümeyye YALÇIN/

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi proje yürütücüsü olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayınlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum.

EK-3. (devamı) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim/araştırmacı tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Sümeyye YALÇIN

Gerekliyse Olur İşlemine Tanık Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri

EK-4.(devamı) Ölçek Kullanım İzinleri

EK-5. Hasta Tanıtım Formu

AD SOYAD:		
TARİH:		
SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	CİNSİYET	Kadın () Erkek ()
	YAŞ	
	MEDENİ DURUM	Evli () Bekar ()
	SİGARA KULLANIMI	Yok () Günde 10 adetten az () Günde 10 adet ve üzeri () *Bırakmış / 1 yıldan uzun süre önce () 1 Yıldan daha az süre önce () *Bırakmış ise günde 10 adetten az () Günde 10 adet ve üzeri ()
	ALKOL KULLANIMI	Yok () Günde 1 bardak () Günde 1 bardaktan fazla ()
	EĞİTİM DÜZEYİ	Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Ön lisans () Üniversite ()
	SOSYO-EKONOMİK DURUMU	Gelir giderden az () Gelir gidere eşit () Gelir giderden fazla ()
	YAŞAMA ORTAMI	Tek başına () Ailesiyle () Bakıcısıyla ()
	AİLE YAPISI	Çekirdek aile () Geniş aile ()
SAĞLIK DURUMU	HİPERTANSİYON TANISI ALMA SÜRESİ	1-4 Yıl () 5-10 Yıl () 11 Yıl ve Üzeri
	1 SAAT ARAYLA DİNLENME HALİNDE ÖLÇÜLEN KAN BASINCI	Birinci Ölçüm İkinci Ölçüm Ortalama
	KULLANILAN ANTİHİPERTANSİF İLAÇLAR	
	KENDİ SAĞLIK DURUMUNU DEĞERLENDİRME	Çok iyi () İyi () Orta () Kötü () Çok Kötü ()
	HT DIŞINDA KRONİK HASTALIK VARLIĞI	DM () KOAİ () SVO () Alzheimer () Parkinson () ABY () KBY ()
	KİLOSU	
	BOYU	
	BEDEN KİTLE İNDEKSİ	
	BESLENME ŞEKLİ	Oral () PEG () NG () TPN () PPN ()
	REJİMİ	Oral yok () Rejim-1 () Rejim-2 () Rejim-3 ()
	DİYETTE TUZ KISITLAMASI	Var () Yok ()
	DÜZENLİ FİZİKSEL AKTİVİTE	Var () Yok ()
	DÜZENLİ DOKTOR KONTROLÜ	Var () Yok ()

EK-6. Yaşlılığı Algılama Anketi Kısa Formu

Lütfen aşağıdaki her ifadeyle ilgili olarak nasıl hissettiğinizi gösteren bir kutucuğu işaretleyiniz.		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Emin Değilim	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1	Kendimi yaşlı olarak görüyorum	1	2	3	4	5
2	Yaşlandığının farkındayım	1	2	3	4	5
3	Yaptığım her şeyde yaşıma hissediyorum	1	2	3	4	5
4	Yaşlandıkça daha deneyimli oluyorum	1	2	3	4	5
5	Yaşlandıkça olgunlaşmaya devam ediyorum	1	2	3	4	5
6	Yaşlandıkça bir şeylerin değerini daha iyi anlıyorum	1	2	3	4	5
7	Yaşlanmanın yapabileceğim şeyleri nasıl etkilediğini düşündüğümde üzülüyorum	1	2	3	4	5
8	Gelecek yıllarda sosyal yaşantımın kalitesi bana bağlıdır	1	2	3	4	5
9	Gelecek yıllarda başka kişilerle olan ilişkilerimin kalitesi bana bağlıdır	1	2	3	4	5
10	Hayatımı dolu bir şekilde yaşamaya devam etmek tamamen bana bağlıdır	1	2	3	4	5
11	Yaşlanmak bağımsızlığımı azaltıyor	5	4	3	2	1
12	Yaşlandıkça daha az faaliyete katılabilirim	5	4	3	2	1
13	Yaşlandıkça ortaya çıkan sorunlarla yeterince baş edemiyorum	5	4	3	2	1
14	Yaşlandıkça yavaşlamak benim kontrol edebileceğim bir şey değildir	5	4	3	2	1
15	Yaşlanmanın sosyal hayatıma olan etkileri üzerinde hiçbir kontrole sahip değilim	5	4	3	2	1
16	Yaşlanmanın başkalarıyla olan ilişkilerime etkileri konusunda endişeleniyorum	1	2	3	4	5

EK-7. Sağlıklı Yaşam Tarzına Ulaşma Eğilimi Ölçeği

İfadelerde Kendinize En Uygun Olanı İşaretleyiniz	Hiç Hazırlıklı değilim	Biraz Hazırlıklıyım	Orta Derecede Hazırlıklıyım	Oldukça Hazırlıklıyım	Çok Hazırlıklıyım
Bugünkü durumunuzu göz önüne alırsanız daha sağlıklı yiyecekler yemeye ne kadar hazırsınız?					
Bugünkü durumunuzu göz önüne alırsanız fiziksel aktivitenizi artırmaya ne kadar hazırsınız?					
Bugünkü durumunuzu göz önüne alırsanız kilo vermeye ne kadar hazırsınız?					

İfadelerde Kendinize En Uygun Olanı İşaretleyiniz	Hiç Kapasitem Yok	Biraz Kapasitem Var	Orta Düzeyde Kapasitem Var	İyi Düzeyde Kapasitem Var	Çok İyi Düzeyde Kapasitem Var
Daha sağlıklı yiyecekler yemede başarılı olma kapasitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?					
Bugün fiziksel aktivitenizi artırma kapasitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?					
Bugün kilo verebilme kapasitenizi nasıl değerlendiriyorsunuz?					

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Sümeyye YALÇIN

Öğrenim durumu: Lisans mezunu

Görev yeri: Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yabancı dil: İngilizce

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece: Lisans

Bölüm: Hemşirelik

Üniversite: Amasya Üniversitesi Yıl: 2015-2019

Y. Lisans: Amasya Üniversitesi 2022-2024

BİLİMSEL FAALİYETLER

a)Yayınlar

b)Bildiriler

Yalçın S., Doğan N. (2024). Nörolojik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Yoksulluk Algı Düzeyleri ve Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi, 8. Uluslararası “Artemis” Bilimsel Araştırmalar Kongresi, 28-30 Haziran 2024, Online, Türkiye. (Sözlü Bildiri)

İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Görev Unvanı: Hemşire

Görev Yeri: Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi Yıl: 2020-2021

Görev Yeri: Amasya Üniversitesi Sabuncuoğlu Şerefeddin Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2022- Halen devam ediyor.

İLETİŞİM

E-posta Adresi: