

**HİPERTANSİF BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARIYLA TEDAVİ UYUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Kübra ÇALIŞKAN
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**HİPERTANSİF BİREYLERİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARIYLA TEDAVİ UYUMLARI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Kübra ÇALIŞKAN

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehtap TAN**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT.....	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Hipertansiyonun Tanımı	5
2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	5
2.2.1. Kan Basıncı Değerine Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	5
2.2.2. Etiyolojik Faktörlere Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması	8
2.2.2.1. Primer Hipertansiyon	8
2.2.2.2. Sekonder Hipertansiyon.....	9
2.2.3. Hipertansiyonun Hedef Organ Hasarına Göre Sınıflaması.....	11
2.2.4. Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon	11
2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	12
2.4. Hipertansiyonun Patofizyolojisi	14
2.4.1. Genetik Yatkınlık.....	14
2.4.2. Fetal Gelişim.....	15
2.4.3. Böbreklerde Sodyum Tutulumu.....	15
2.4.4. Merkezi Sinir Sistemi	16
2.4.5. Sempatik Sinir Sistemi Aktivasyonu	16

2.4.6. İnsülin Direnci Mekanizması	16
2.4.7. Endotel Disfonksiyonu	17
2.4.8. Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi	17
2.5. Hipertansiyonun Risk Faktörleri.....	18
2.6. Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular	21
2.7. Hipertansiyonun Komplikasyonları	21
2.8. Hipertansiyonda Tarama ve İzlem.....	21
2.9. Tanıya Yönelik Değerlendirme	22
2.9.1. Anamnez	22
2.9.2. Kan Basıncı Ölçümü	22
2.9.3. Fizik Muayene	25
2.9.4. Laboratuvar	25
2.10. Hipertansiyon Tedavisi	25
2.10.1. Farmakolojik Tedavi.....	25
2.10.2. Non –Farmakolojik Tedavi	27
2.11. Yaşam Tarzı Değişiklikleri	30
2.11.1. Vücut Ağırlığı Kaybı	30
2.11.2. Sağlıklı Beslenme	30
2.11.3. Sodyum Alımının Azaltılması	31
2.11.4. Potasyum Alımının Artırılması.....	31
2.11.5. Fiziksel Aktivite.....	32
2.11.6. Alkol Tüketiminin Sınırlanması	32
2.11.7. Sigaranın Bırakılması	33
2.11.8. Stres Yönetimi	34

2.12. Hipertansiyon Kontrolünde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Rolü ve Hemşirelik Yönetimi.....	34
2.13. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler.....	35
2.14. Tedaviye Hasta Uyumunu Artırmak İçin Genel Tedbirler ve Hemşirelik Yaklaşımı	36
3. MATERYAL VE METOT.....	38
3.1. Araştırmanın Türü.....	38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	38
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	38
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	39
3.5. Veri Toplama Araçları	39
3.5.1. Hasta Tanıtım Formu	39
3.5.2. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	39
3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	40
3.6. Verilerin Toplanması	41
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	44
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri	44
4. BULGULAR.....	45
5. TARTIŞMA.....	71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	79
KAYNAKLAR	81
EKLER	98
Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu.....	98
Ek-2. Etik Kurul Onay Formu	99

Ek-3. Kurum İzni.....	101
Ek-4. Hasta Tanıtım Formu.....	102
Ek-5. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği.....	103
Ek-6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	104
Ek-7. Ölçek Kullanım İzinleri.....	106

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince ilimlerinden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, bilimsel ve klinik tecrübeleri ile tez çalışmamın planlanmasında ve yürütülmesinde destek, ilgi ve anlayışını esirgemeyen güzel yürekli danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehtap TAN'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bana verdikleri destek ve sonsuz katkıları için değerli hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT, Sayın Prof. Dr. Cantürk ÇAPIK ve Sayın Doç. Dr. Gülcan BAHÇECİOĞLU TURAN'a,

Çalışmalarım sırasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı' nın tüm akademik kadrosuna,

Ayrıca hayatım boyunca bana verdikleri maddi ve manevi desteğin yanı sıra, benim bugünlere ulaşmama vesile olan her türlü katkılarından dolayı çok kıymetli annem ve babama, kardeşlerime sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Kübra ÇALIŞKAN

ÖZET

Hipertansif Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla Tedavi Uyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Bu çalışma hipertansif bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla tedavi uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışmanın örneklemini Erzurum Şehir Hastanesinin dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerine başvuran hipertansiyon tanısı alan hastalar oluşturdu. Örneklemini ise araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 262 hasta oluşturdu. Verilerin toplanmasında Hasta Tanıtım Formu, Hill Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Mann Whitney U testi, t testi, varyans analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Hastaların SYBDÖ II toplam puan ortalaması 122.95 ± 15.89 ve HBHTUÖ ölçeği toplam puan ortalaması 7.36 ± 4.17 olarak bulunmuştur. Medeni durum, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler durumuna göre HBHTUÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyine göre SYBDÖ II toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. SYBDÖ II toplam puanı ile HBHTUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p > 0,05$).

Sonuç: Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu, hipertansiyon tedavisine uyumlarının ise yüksek olduğu bulunmuştur. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla tedavi uyumları arasında ilişki bulunamamıştır.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik, hipertansiyon, ilaç tedavisine uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışları

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Healthy Lifestyle Behaviors and Treatment Compliance of Hypertensive Individuals

Aim: This study was conducted to examine the relationship between healthy lifestyle behaviors and treatment compliance of hypertensive individuals.

Material and Method: The sample of this descriptive and cross-sectional study consisted of patients diagnosed with hypertension who applied to the internal medicine and cardiology outpatient clinics of Erzurum City Hospital. The sample consisted of 262 patients who met the inclusion criteria. Patient Information Form, Hill Bone Hypertension Treatment Compliance Scale (HBHTCS) and Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS II) were used to collect the data. Mann Whitney U test, t test, and analysis of variance were used in the evaluation of the data.

Results: The mean total score of the patients was found to be 122.95 ± 15.89 and the mean total score of the HBHTCS scale was found to be 7.36 ± 4.17 . The difference in the mean HBHTCS total score according to marital status, place of residence, and cohabitants was statistically significant ($p < 0.05$). According to age, educational status, occupation, and income level, the difference in the mean total score of HLBS II was statistically significant. There is no statistically significant correlation between the total score of HLBS II and the total score of HBHTCS ($p > 0.05$).

Conclusion: It was found that the healthy lifestyle behaviors of the patients were moderate and their compliance with hypertension treatment was high. No relationship was found between healthy lifestyle behaviors and treatment compliance.

Key Words: Healthy lifestyle behaviors, hypertension, medication adherence, nursing

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACC	: Amerikan kardiyoloji derneği
ACE	: Anjiyotensin converting enzim
AHA	: Amerika kalp birliği
ARB	: Anjiyotensin II reseptör blokerleri
DKB	: Diyastolik kan basıncı
DSÖ	: Dünya sağlık örgütü
EKG	: Elektrokardiyografi
ESC	: Avrupa kardiyoloji derneği
ESH	: Avrupa hipertansiyon derneği
HT	: Hipertansiyon
JNC	: Joint national committee
KB	: Kan basıncı
KKB	: Kalsiyum kanal blokerleri
KVH	: Kardiyovasküler hastalıklar
RAAS	: Renin anjiyotensin aldosteron sistemi
SKB	: Sistolik kan basıncı

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Yerleşim yerine göre HT prevalansı	13
Şekil 2.2. Cinsiyete göre HT prevalansı	13
Şekil 2.3. RAAS'nin ve yolaklardaki blokaj tedavilerinin şematik sunumu.....	27
Şekil 2.4. Hipertansiyonun farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi süreci.....	29
Şekil 2.5. On beş yaş ve üzeri bireylerin her gün tütün ve tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyete göre dağılımı, (%), 2012, 2014, 2016, 2017	33

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. ESH-ESC 2018'e göre hipertansiyon sınıflandırılması	6
Tablo 2.2. 2017 ACC/AHA Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması	7
Tablo 2.3. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019 hipertansiyon sınıflaması.....	8
Tablo 2.4. Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırılması	10
Tablo 2.5. İlk değerlendirmesi yapılan bireylerde takip önerileri.....	22
Tablo 2.6. Klinik ve klinik dışı kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon tanımı	24
Tablo 3.1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler.....	42
Tablo 3.2. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu.....	43
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri	45
Tablo 4.2. Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı	47
Tablo 4.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı	48
Tablo 4.4. Hill-bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması.....	49
Tablo 4.5. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 4.6. Çeşitli özellikler ile hill-bone hipertansiyon tedavisine uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi	66
Tablo 4.7. Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 11 ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi	68

1. GİRİŞ

Hipertansiyon kronik hastalıklar içerisinde en sık görülen hastalıklardan biridir ve bununla beraber küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Sistolik kan basıncının (SKB) 18 yaş üzerindeki erişkinlerde ≥ 140 mmHg, diyastolik kan basıncının (DKB) ≥ 90 mmHg olması halinde hipertansiyon tanısı konulur. Özellikle sistolik kan basıncı önemlidir ve hastaların çoğunda tanıda esastır (Aydoğdu ve ark., 2019).

Hipertansiyon, sürekli kan basıncı yüksekliği ile kendini gösteren, sistemik bir hastalık olması, komplikasyonlara neden olması ve toplumda yaygın olarak görülmesi sebebiyle önemli bir sağlık problemidir. Tedavi edilmeyen hipertansiyonun, kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu, böbrek yetersizliği ve ölüm oranını artırdığı ortaya konulmuştur (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

Önlenebilir ve kontrol altına alınabilir bir kardiyovasküler sistem hastalığı olması nedeniyle halk sağlığı bakımından öncelikli nitelikte olan kronik bir hastalıktır (Arslantaş ve ark., 2019).

Yakın zamanda gerçekleştirilen, 136 ülkenin verisi kullanılarak yapılan bir araştırmaya göre son 30 yılda kan basıncı kontrol altında olmayan kişi sayısının 3 milyar kişiye ulaştığı bildirilmektedir (Sözmen ve ark., 2015).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (2012) tarafından yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2 çalışması sonuçlarına göre; 18 yaş üzeri nüfusta görülen hipertansiyon prevalansı %30.3, erkeklerde %28.4 olup kadınlarda %32.3 olarak saptanmıştır (Erci ve ark., 2018). Dünya çapında 30-79 yaş arası tahmini olarak 1,28 milyar yetişkin hipertansif birey mevcut olup bunların çoğu (üçte ikisi) düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Hipertansiyonu (HT) olan yetişkinlerin yaklaşık olarak %46'sı hipertansif olduklarının bilincinde değildir. Hipertansif yetişkin bireylerin

yarısından azı (%42) teşhis edilip tedavi edilmektedir (WHO, 2023). HT'si olan yaklaşık 5 yetişkin bireyden 1'inde (%21) hipertansiyon kontrol altındadır. Bulaşıcı olmayan hastalıklara yönelik küresel hedeflerden biri de HT prevalansını 2010 ile 2030 yılları arasında %33 oranında azaltmaktır (WHO, 2023).

Tedavi alternatiflerinde yaşanan pek çok olumlu gelişmeye rağmen, hipertansif bireylerin çok hızlı bir şekilde artış göstermesinin sebebi olarak, dünyadaki nüfusun yaşlanarak artması, düşük ve orta gelirli ülkelerde hipertansiyon prevalansının artması, hastalığa ilişkin farkındalık ve aktif tedavi oranlarının istenilen düzeyde olmaması gösterilebilmektedir (Gürdoğan ve Gürdoğan, 2019).

Yüksek morbidite ve mortalite ile olan ilişkisi, hedef organ hasarına sebebiyet vermesi ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle hipertansiyonun yönetimi ve kontrolü oldukça önemlidir. Hipertansiyonun yönetimi ve kontrolü ancak düzenli ilaç kullanımı ve sıkı yaşam tarzı değişikliklerinin birlikte yürütülmesi ile mümkündür (Akan ve ark., 2020).

Dünya Sağlık Örgütü uzun dönemli tedaviye uyumu “bireyin ilaç kullanma, diyetine uyma ve/veya yaşam biçimi değişikliklerini sürdürme davranışı ve sağlık bakım çalışanının önerilerine uyumu” olarak tanımlamaktadır (Aşilar, 2015). Hipertansiyonun tanı ve tedavisi kolay olmasına karşın, hastalığın tedavisine uyumsuzluk ihmal edilen önemli bir konudur (Tümer ve ark., 2016). Tedaviye düşük uyum gösteren bireyler kontrol edilmemiş kan basıncı ve bunun ortaya çıkaracağı olumsuz sonuçlar açısından büyük risk taşımaktadır. Ayrıca ilaca düşük uyum, artmış sağlık bakım maliyeti, yüksek kardiyovasküler hastalık oranları ve hastaneye yatma ile ilişkilidir ve ölümleri artırmaktadır. Bu sebeple tedaviye uyumu iyileştirmede uyumsuzluğu artıran nedenlerin belirlenmesi ve anlaşılması gereklidir (Aşilar, 2015).

Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu sağlamak için hastalık ve tedavisi konusunda bireylerin düzenli eğitim programlarına katılımının sağlanması, düzenli doktor kontrolü ile ilaç kullanımı konusunda yönlendirilmesi, hipertansif bireylere yönelik eğitimsel yayınların sayısının artırılması, sağlık personelinin düzenli hizmet içi eğitim alması ve tedavi kurallarına titizlikle uyulması gerekmektedir (Arslantaş ve ark., 2019).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük yaşamda kendi sağlık durumuna uygun davranışları uygulayabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Özkan ve ark., 2019; Sungur ve ark., 2019). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, beslenme alışkanlığı, stres yönetimi, fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve kendini gerçekleştirmeye ilişkin yapılan değerlendirmelerden oluşmaktadır (Özkan ve ark., 2019). Sağlıklı yaşam biçimi yalnızca hastalıklardan korunmak için değil aynı zamanda bireyin yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmeyi sağlayan davranışlardır (Gür ve Sunal, 2019).

Bu bağlamda hipertansiyonda hemşirelik yönetimine yönelik kanıt temelli çalışmaların yapılması ve geliştirilmesi önemlidir. Klinik hemşireleri hastaları izleyerek gerektiğinde hastalara ek ziyaretler planlayarak yapılandırılmış takip mekanizmaları ile hipertansif bireylere ilaçları, tedaviye uyum desteği ve öz yönetimi hakkında eğitimler vererek hastaları kendi bakımlarına aktif olarak dahil etmelidirler (Yıldırım ve Durna, 2021).

Çalışmamızda hipertansif bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla tedavi uyumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.1. Araştırma Soruları

- Hipertansif bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları hangi düzeydedir?
- Hipertansif bireylerin tedavi uyumları hangi düzeydedir?
- Hipertansif bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla tedavi uyumlarını etkileyen faktörler nelerdir?
- Hipertansif bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile tedavi uyumları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyonun dünya genelinde her geçen gün prevalansında artış olan kronik bir hastalık olduğu belirtilmektedir (Muntner ve Anstey, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (2019) raporuna göre hipertansiyon hastalığı dünya genelinde mortalite oranlarının artmasına sebep olan kronik hastalıkların (böbrek yetmezlikleri, kardiyovasküler ve serebrovasküler) etiyolojisinde yer alan ciddi bir hastalıktır (Şahin ve İlğün, 2022). Hipertansiyon, sistolik kan basıncının 140 mmHg veya üzeri, diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya üzeri olarak tanımlanır (Azar ve ark., 2020).

Hipertansiyon kan basıncı ölçümüyle belirlenir. Elias ve ark. (2012) hipertansiyon ve tarihsel işlevsellik araştırmasında kan basıncı ölçümünün ilk kez 1733 yılında İngiliz ilahiyat öğrencisi Stephan Hales tarafından, femoral arterin içine cam kanül yerleştirilerek yapıldığını belirtmiştir. Bununla beraber modern yöntemlerle yapılan ölçümün ilk defa 1863 yılında Scipione Riva Rocci tarafından yapıldığı bildirilmektedir (Elias ve ark., 2012).

2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonun sınıflandırması genellikle kan basıncı düzeylerine ve etiyolojik faktörlere göre yapılmaktadır. Pratikte hem tanısal yaklaşımı basitleştirmek hem de tedavi kararını kolaylaştırmak için kan basıncı sınır değerleri kullanılmaktadır (ESH/ESC 2013).

2.2.1. Kan Basıncı Değerine Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) nin 2018 yılında yayımladığı kılavuzda hipertansiyon (HT) için sınır değerler (verilen değerler dahil olmak üzere) sistolik kan basıncı için 140 mmHg, diyastolik kan basıncı için 90 mmHg kabul edilmiştir (Tablo 2.1) (Williams ve ark., 2018).

Tablo 2.1. ESH-ESC 2018'e göre hipertansiyon sınıflandırılması

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Optimum	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	ve /veya	85-89
Evre 1 HT (Hafif)	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT (Orta)	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT (Ağır)	≥180	ve/veya	≥110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140	ve	<90

ESC/ESH 2018 kılavuzuna göre hipertansiyonda hedeflenen kan basıncı değerleri; ofis ölçümlerinde sistolik kan basıncı için; antihipertansif ilaç kullanan <65 yaş tüm bireylerde 120-129 mmHg, antihipertansif ilaç kullanan ≥65 yaş tüm kişilerde 130-139 mmHg, antihipertansif ilaç kullanan ve diyabeti olan bireylerde ise ≤130 mmHg (diyabeti olan ve ≥65 yaş kişilerde 130-139 mmHg)'dır. Antihipertansif ilaç kullanan tüm bireylerde diyastolik kan basıncı hedefi ise <80 mmHg olmalıdır (Williams ve ark., 2018).

Amerikan Kardiyoloji Derneği / Amerika Kalp Birliği (ACC/AHA) ve beraberindeki dokuz sağlık organizasyonunu da içeren bir grup tarafından 13 Kasım 2017'de yeni bir hipertansiyon kılavuzu yayımlanmıştır. Kılavuz kan basıncı yüksekliğinin korunma, tanı, hastalığın yönetimi ve tedavi yönlerini ele almıştır (Whelton ve ark., 2017).

ACC/AHA tarafından 2017 Kasım ayında yayımlanan bu yeni kılavuza göre hipertansiyon eşik değerleri aşağı çekilmiştir. Spesifik olarak yapılan en önemli değişiklik, yüksek kan basıncı (KB) tedavisinde uygulanan yaşam tarzı değişikliği ve tıbbi tedavi başlama sınırının, daha önce kabul edilmiş olan 140/90 mmHg KB sınırından 130/80 mmHg KB sınırına çekilmesidir. Kılavuzun en önemli değişikliği ise daha önce

prehipertansiyon olarak isimlendirilen 130-139/80-89 mmHg KB değerlerinin artık Evre 1 HT olarak belirlenmesidir. Prehipertansiyon olarak bilinen kan basıncı seviyelerinin, Evre 1 HT olarak sınıflandırılması kardiyovasküler olay gelişimini önlemek için yapılmıştır. KB değerini belirlemek amacıyla birden çok ölçümün ortalamasının alınmasından, ofis dışı kan basıncı ölçüm değerlerinin öneminden bahsedilmiştir. Tedavinin altta yatan kardiyovasküler risk durumuna göre biçimlendirilmesi ve yaşam tarzı değişiklikleri ile kombine edilmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır. 2017 ACC/AHA kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflandırılması aşağıdaki tablodaki gibidir (Doğaner ve Aydoğan, 2019).

Tablo 2.2. 2017 ACC/AHA Hipertansiyon kılavuzu sınıflaması

	SKB(mmHg)		DKB(mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Yüksek	120-129	ve	<80
Evre 1 HT	130-139	veya	80-89
Evre 2 HT	≥140	veya	≥90

Bu kılavuzun, 2014 yılında yayımlanan JNC-8 (American Joint National Committee) raporunun karşıt tezi olduğu yorumları yapılmaktadır (James ve ark., 2014).

JNC-8 kılavuzuna göre; 60 yaş ve üzeri popülasyonda ≥150/90 mmHg kan basıncı değerlerinde tıbbi tedaviye başlanmalı; <150/90mmHg değerleri hedeflenerek tedavi edilmelidir. 60 yaşından genç erişkinlerde ise; ≥140/90 mmHg KB değerlerinde tıbbi tedavi başlanmalı, <140/90 mmHg değerleri hedeflenerek tedavi edilmelidir (Doğaner ve Aydoğan, 2019).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği tarafından yayımlanan 2022 hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzunda hipertansiyon, tekrarlanan ofis ölçümlerinde arter kan basıncının 140/90 mmHg'den yüksek olması olarak tanımlanmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

2019 yılında yayımlanan Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporunda HT sınırı şu şekilde tanımlanmıştır (Tablo 2.3) (Aydoğdu ve ark., 2019).

Tablo 2.3. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu 2019 hipertansiyon sınıflaması

Sınıflama	Sistolik KB(mmHg)		Diastolik KB(mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Artmış	120-139	ve/veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	≥160	ve/veya	≥100

2.2.2. Etiyolojik Faktörlere Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Etiyolojik olarak hipertansiyon sıklığı incelendiğinde; yüksek tansiyonu olanların %95'i primer (esansiyel) hipertansiyona sahipken, %5'inde ise kronik böbrek hastalığı, renal arter stenozu, aşırı aldosteron salınımı, ilaçlar, uyku apnesi, feokromasitoma gibi saptanabilen bir nedene bağlı sekonder hipertansiyon bulunmaktadır (Weber ve ark., 2014).

2.2.2.1. Primer Hipertansiyon

İdiopatik veya esansiyel hipertansiyon olarak da adlandırılan primer hipertansiyon, hipertansiyon hastalarının %80-90 gibi büyük bir bölümünü oluşturan en sık rastlanılan hipertansiyon çeşididir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019).

Oluşumu birçok patofizyolojik mekanizma ile açıklanabilmektedir. Genetik yatkınlık, artmış sempatik aktivite, potasyum, sodyum, kalsiyum dengesizliği, renin salınımı fazlalığı, buna bağlı anjiyotensin II ve aldosteron fazlalığı, vazodilatörlerin azalmış üretimi, vasküler tonüsü artıran kallikrein-kinin sisteminin aktive olması, damar direnç artışı, diabetes mellitus, obezite, insülin direnci gibi patolojiler esansiyel hipertansiyon oluşumuna neden olan mekanizmalardandır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019).

2.2.2.2. Sekonder Hipertansiyon

Altta yatan bir patolojiye bağlı olarak gelişen hipertansiyon sekonder HT olarak ifade edilmektedir. Bütün olguların %10-20'sinden sorumlu olduğu, zor tedavi edilen hastalarda hastaların en az yarısından sorumlu olduğu bildirilmektedir. Yapılan bir çalışmada en sık görülen sekonder HT nedenleri; renovasküler HT, primer aldosteronizm, paraganglionoma, feokromasitoma, Cushing Sendromu ve obstrüktif uyku apnesi olarak belirlenmiştir (Rossi ve ark., 2020).

Yaş ile beraber sekonder HT sıklığı ve etiyolojik faktörler değişkenlik göstermektedir. Çocuklarda en sık görülen sekonder HT nedenleri, renalparankimal hastalıklar ve aort koarktasyonudur. 65 yaş ve üzeri hipertansif bireylerde ise en sık görülen nedenler aterosklerotik renal arter stenozu, renal yetmezlik ve hipotroidizmdir (Charles ve ark., 2017).

Sebebi bulunup, tedavi edilen hipertansiyonun nedenleri araştırılırken; diyastolik basınç artışı var ise renovasküler patoloji düşünülür. Özellikle aniden başlayan diyastolik hipertansiyon hastalarında, Glukokortikoidler ve non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar gibi kan basıncını yükselten ilaç öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. İleri yaşla birlikte regüle olmayan hipertansif bireylerde uyku apne sendromu sıktır. Feokromasitoma nadir görülür ancak yaşla birlikte insidansı artmıştır. Böbrek fonksiyon problemleri, proteinüri,

hipertansiyona bağılı retinopati, sol ventrikül büyümesi, elektrokardiyografi (EKG) anormallikleri gibi end organ hasarı araştırılmalıdır. Tüm kardiyovasküler risk faktörleri, beslenmedeki tuz ve yağ miktarı, sigara ve alkol kullanımı egzersiz düzeyi sorgulanmalıdır. Metabolik sendrom açısından abdominal obezite, tip II diyabet varlığı, insülin direnci, hiperlipidemi incelenmelidir. Kronik böbrek hastalığı, demans, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve diğer komorbid durumların varlığı ve bireyin psikolojik durumunun değerlendirilmesi antihipertansif tedavi amaçlarının çizilmesinde yardımcı olacaktır. Hipertansiyonun nedene bağılı sınıflandırılması tablo 2.4’de gösterilmiştir (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019).

Tablo 2.4. Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırılması

Primer Hipertansiyon	Sekonder Hipertansiyon
Genetik yatkınlık	A.Endokrin Nedenler
Aşırı tuz tüketimi	1. Oral kontraseptifler
Obezite-insülin direnci	2. Adrenokortikal Hiperfonksiyon
Sempatik sinir sisteminin fazla çalışması	• Cushing sendromu
Renin anjiyotensin sisteminin rolü	• Primer hiperaldosteronizm
Tuz atılımında renal bozukluk	• Konjenital adrenal hiperplazi
İntrasellüler sodyum ve kalsiyum artışı	3.Feokromasitoma
Düşük doğum ağırlığı	4.Akromegali
Stresli kişilik yapısı	5. Hipotiroidi, hipertroidi
Artıran Faktörler	6. Hiperparatiroidi
Aşırı alkol alımı	B.Renal Nedenler
Sigara kullanımı	1.Kronik böbrek hastalığı
Sedanter hayat	2.Kronik pyelonefrit
Polisitemi	3.Akut ve kronik glomerülonefrit
Nonsteroidal antiinflamatuvarlar	4.Polikistik böbrek hastalığı
Düşük potasyum alımı	5.Renal arter darlığı
	6.Arteriolar nefroskleroz
	7.Diyabetik nefropati
	8.Renin salgılayan tümörler
	C.Uyku-apne Sendromu
	D.Nörolojik Nedenler
	E.Aort Koarktasyonu

2.2.3. Hipertansiyonun Hedef Organ Hasarına Göre Sınıflaması

Arteriyel kan basıncındaki yükselme hemodinamik yönden bir yük oluşturur ve uç organ hasarına neden olur. Artmış olan kan basıncının neden olduğu enflamasyon, oksidatif stres artışı, endotel hasarı ve daha birçok mekanizma ile hedef organlarda geri dönüşümsüz hasar meydana gelebilir. Koruyucu hekimlik erken teşhis ve müdahale ile bu hasarları önlemede etkili olabilir (Mensah, 2016).

2.2.4. Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon

Beyaz Önlük Hipertansiyonu

Beyaz önlük hipertansiyonu (BÖH) ilk kez 1988 yılında Thomas Pickering tarafından ofis kan basıncı ölçümlerinin yüksek olmasına rağmen, ev tansiyon ölçümlerinin normal olması olarak tanımlanmıştır (Yavuzer ve ark., 2017).

Avrupa Kardiyoloji Derneği ve Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin 2013 yılında güncellenen hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzuna göre; hekim tarafından ölçülen 3 ofis tansiyon değerinin $\geq 140/90$ mmHg ve 24 saatlik ambulator kan basıncı ölçümünün $\leq 130/80$ mmHg veya gün içi ambulator kan basıncı ölçümünün $\leq 135/85$ mmHg veya evde kan basıncı takiplerinin normal ($\leq 130-135/85$ mmHg) olması beyaz önlük hipertansiyonu olarak belirtilmiştir (Mancia ve ark., 2013).

Maskeli Hipertansiyon

Ofis kan basıncı ölçümleri $140/90$ mmHg altında seyrederken, ofis dışı gündüz veya evde kan basıncı değeri $135/85$ mmHg ve üzeri seyreden olgular maskeli hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır. Yapılan çalışmalarda maskeli hipertansiyon prevalansı %13 olarak belirlenmiştir. Tanı ve tedavideki gecikmeden dolayı maskeli hipertansiyon kötü prognoz ile ilişkilendirilmiştir (Çalışkan ve ark., 2023).

Maskeli hipertansiyonun meydana gelmesine sebep olan risk faktörlerinden adolesan dönem, erkek cinsiyet, sigara tüketimi, alkol tüketimi, egzersiz, obezite, stres,

diyabetes mellitus, kronik böbrek hastalıkları ve ailede hipertansiyon öyküsünün bulunması gibi pek çok etkenin klinik dışı ortamlarda kan basıncının yükselmesine neden olduğu bildirilmektedir (Fujiwara ve ark., 2018).

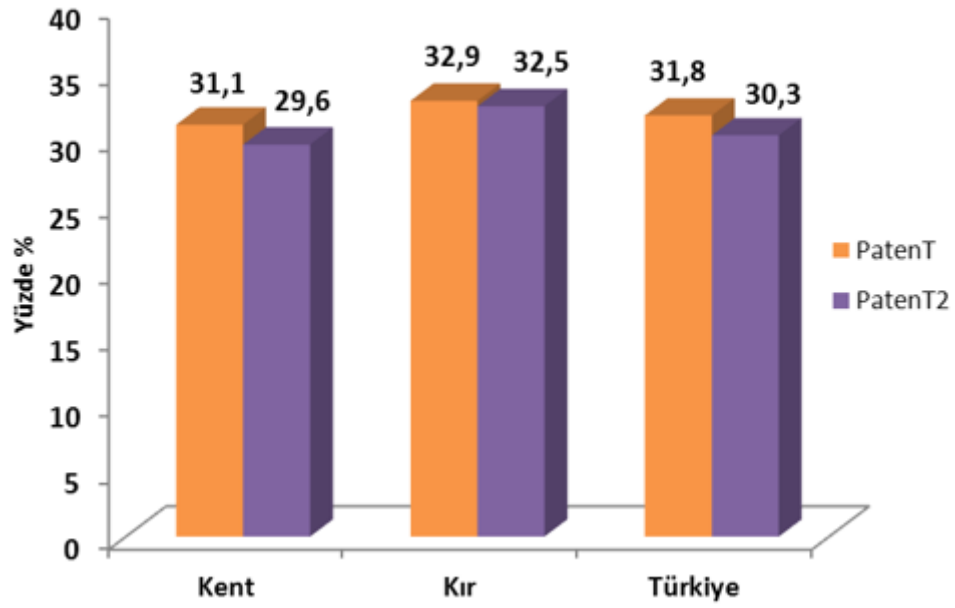
2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2017-2018 yıllarını kapsayan hipertansiyon prevalans çalışmasında 20 yaş ve üzeri bireylerde her iki kişiden birinde hipertansiyon bulunduğu, hipertansiyon prevalansının %49.64 olarak saptandığı ve hipertansif bireylerin sadece %39.64'ünde yüksek kan basıncının kontrol altında olduğu belirlenmiştir (Chobufo ve ark., 2020).

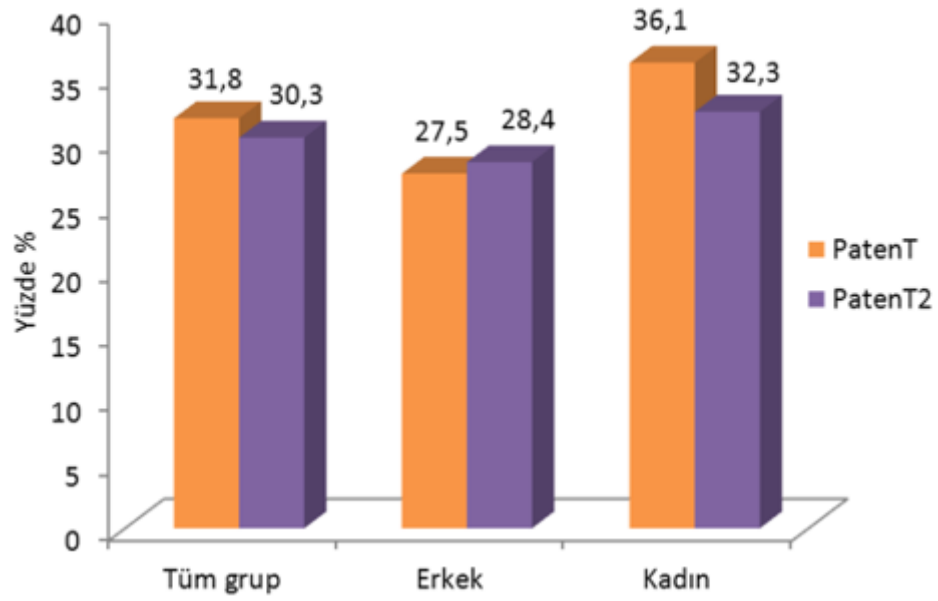
Prevalansı %24-%50 aralığında değişmekte olup; ülkemizde yapılmış olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında prevalans %33.7 olarak saptanmıştır (Fidancı ve ark., 2022).

TEKHARF çalışmasının 1998, 2000 ve 2002 yıllarındaki kohortlarının incelenmesinde kan basıncı ve hipertansiyon sıklığındaki değişim değerlendirilmiş, analizlerde 2000 yılına kadar kan basıncı değerlerinde artma olduğu, 2000 yılından sonra ise erkeklerde biraz daha ön planda olmak üzere kan basıncı değerlerinde düşme eğilimi olduğu saptanmıştır (Kılıçkap ve ark., 2018).

Hipertansiyon prevalansı 2003 yılında yayımlanan PatenT1 çalışmasında %31,8 iken PatenT2 çalışmasında %30,3 olarak bulunmuştur (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2 çalışmasına göre; yerleşim yerine göre HT prevalansı ve cinsiyete göre HT prevalansı şekil 2.1 ve şekil 2.2'de gösterilmiştir (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012).



Şekil 2.1. Yerleşim yerine göre HT prevalansı



Şekil 2.2. Cinsiyete göre HT prevalansı

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırmasında, yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon sıklığı %16,2 olarak bildirilmiştir. Katılımcılara ait yüksek kan basıncı öyküsü erkekler için %12,3 ve kadınlar için %20'dir (Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı

Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinde 2019 yılı ölüm nedenleri içerisinde dolaşım sistemi hastalıkları %36.8 ile ilk sırada gelmektedir. Bu ölümlerin %7.94'ü ise hipertansiyon kaynaklıdır (TÜİK, 2019).

Dünyada her yıl 7.5 milyon kişi yüksek kan basıncı sebebiyle ölmekte bu durum küresel ölümlerin %12.8'ini oluşturmaktadır. Yapılan hesaplamalar 2025 yılında dünya nüfusunun yaklaşık 1/3'ünün HT'den etkileneceğini tahmin etmektedir (Genç ve Yiğitbaş, 2021).

2.4. Hipertansiyonun Patofizyolojisi

Sistemik kan basıncını belirleyen ve birbiriyle etkileşim halinde olan birçok faktör bulunmaktadır. Bu nedenle hipertansiyonun ortaya çıkmasında tek bir etiyoloji ve patofizyolojik mekanizma yoktur. Kan basıncını belirlemede etkili olan parametreler periferik vasküler direnç ve kardiyak outputtur. Hipertansiyona neden olan faktörler bu iki mekanizmadan birinde veya her ikisinde artışa yol açmak suretiyle etki etmektedir. Kan basıncının kontrolü böbrekler, periferik sinir sistemi, santral sinir sistemi, vasküler endotel tarafınca düzenlenir. Adrenal bezler ile hipofiz bezi bu regülasyona yardımcı olur (Kaplan, 1998; Noel ve Dempsey, 1994).

Hipertansiyonun oluşmasına neden olan faktör ne olursa olsun, sıvı hacmi ve kalp debisi sistemini inceleyen hipertansiyon çalışmalarında kan basıncı artışını sürdüren asıl nedenin periferik damar direnci olduğu açıklanmıştır (DeMarco ve ark., 2014).

2.4.1. Genetik Yatkınlık

Hipertansiyona neden olan faktörlerden birisi de genetik faktördür. Bireyin ailesinde hipertansiyon öyküsünün bulunmasının hipertansiyon görülme oranında artışa neden olduğu ifade edilmiştir (Inouye ve ark., 2018).

Hipertansiyonun ortaya çıkmasına neden olan genetik yapı poligenik ve monogenik olarak ayrılmaktadır. Monogenik nedenler steroide duyarlı aldosteronizm, tip

2 pseudohiperaldosteronizm, aşikar mineralokortikoid yüksekliği ve Liddle Sendromudur (Agarwal ve ark., 2005). Poligenik nedenler ise renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) ve sodyum kanalları, $\beta 2$ ve $\beta 3$ adrenoreseptörler, endotelin-1 (ET-1), nitrik oksit sentaz (NOS3, NOS2A), guanin nükleotid bağlayıcı protein $\beta 3$ subünit ile ilgili olan genlerdir (Agarwal ve ark., 2005).

Hipertansiyon hastalığı multifaktöriyel etiyojiden kaynaklanan heterojen bir bozukluk olmakla birlikte çeşitli gen alanları araştırıldığında sistolik veya diyastolik kan basıncını belirleyen yirmi dokuz tek nükleotid polimorfizminin saptandığı açıklanmıştır (Inouye ve ark., 2018).

2.4.2. Fetal Gelişim

Literatürde hipertansiyon hastalığına yönelik yapılan epidemiyolojik araştırmalarda, erişkin dönemde karşılaşılan kardiyovasküler hastalıkların ve hipertansiyonun temelini intrauterin süreçte karşı karşıya kalınan güçlükler ile ilgili olduğu tahmin edilmektedir (Lohani ve Atta, 2020).

Al Salmi ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada kardiyovasküler hastalıklar ile intrauterin faktörler arasındaki bağlantıları belirleyen bulguları saptamış ve düşük doğum ağırlığı ile erişkin dönemdeki hipertansiyon arasında bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir (Al Salmi ve ark., 2019).

2.4.3. Böbreklerde Sodyum Tutulumu

Esansiyel hipertansiyonun gelişmesinde rolü bilinen ve bilinmeyen birçok faktör bulunmasına rağmen sodyum metabolizmasının ve böbreklerin önemi büyüktür. Bu sebeple tuz kısıtlaması çok önemlidir (Ekim, 2018).

Tuz tüketiminin artmasıyla beraber böbreklerle sodyum atılımının azalması hipertansiyon gelişmesinde oldukça önemlidir. Sodyum fazlalığında ve renal sodyum tutulumu ile ilgili bozukluklarda hipertansiyona neden olan mekanizma kardiyak debi

artışıdır. Bu temel mekanizmadan farklı olarak diğer birçok faktör ise damarlarda hipertrofi ve vazokonstriksiyona neden olarak periferik damar direncindeki yükselme itibarıyla hipertansiyon gelişmesinde etkilidir (Ekim, 2018).

2.4.4. Merkezi Sinir Sistemi

Serebral korteks alanında bulunan stres reseptörleri, hipotalamik çekirdekleri uyarak merkezi sempatik deşarjlarla, nefronların ve diğer organların uyarılmasına neden olmaktadır. Bu aktivasyonun sonucunda renal arteriyollerde vazokonstriksiyon ve efferent renal sempatik sinir aktivite düzeyindeki artış kalp debisi, kalp hızı ve kan basıncının artmasına neden olmaktadır (Mann, 2018).

2.4.5. Sempatik Sinir Sistemi Aktivasyonu

Hipertansiyonda sempatik sinir sistemindeki aktivasyon düzeyindeki artışın, hipertansif ve normotansif bireylerde kardiyovasküler sistem, nefronlar ve periferik arterler üzerindeki etkilerinden dolayı kalp debisi ve damar direnç düzeyinde artışa sebep olması, sıvı retansiyonu ve kan basıncında yükselmeye yol açmaktadır (Felippe ve ark., 2023).

Hipertansiyon sisteminde siklosporin ve anjiyotensin II gibi vazokonstriktörlerin intravenöz infüzyonunun sodyuma duyarlı hipertansiyonla sonuçlandığı ifade edilmiştir (Humphrey, 2021).

2.4.6. İnsülin Direnci Mekanizması

İnsülin direnci mekanizması hipertansiyon hastalığında sıklıkla metabolik risk faktörleri ile beraber yer almaktadır. Çeşitli toplumlarda yapılan araştırmalar sonunda kan basıncı yüksek olan bireylerde normotansif olan bireylere oranla dislipidemi, diyabetes mellitus, insülin direnci yaygınlığının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Seravalle ve Grassi, 2016).

Hipertansiyonun ve diyabetes mellitusun çok farklı patofizyolojik mekanizmaları bulunmaktadır. Fakat fiziksel hareketsizlik, genetik altyapı, insülin direnci ve obezite gibi durumlar her iki hastalığın patofizyolojisinde rol alan önemli faktörlerdendir (Eren ve ark., 2022). İnsülin direnci, hiperinsülinemi, RAAS aktivasyonu, inflamasyon, diyabetik nefropati varlığı, endotel disfonksiyonu ve artan oksidatif stres gibi faktörler diyabetli bireylerde hipertansiyon gelişim riskini artırmaktadır (Yıldız ve ark., 2020). Tip 2 diyabetli bireylerdeki hipertansiyon sıklığının diyabeti olmayan bireylere göre yaklaşık iki kat arttığı düşünülmektedir (Eren ve ark., 2022).

Esansiyel hipertansiyona sahip bireylerin %50'sinde insülin direnci görülmektedir ve/veya insülin direnci olan kişilerde kan basıncı yüksek seviyededir. Yüksek insülin düzeyi, sempatik sinir sistemi aktivitesini artırarak renal sodyum ve distal tubulusa etki ederek su ve tuz tutulumuna katkı sağlar, bireyin kan basıncı yükselir (Güldemir, 2022).

2.4.7. Endotel Disfonksiyonu

Endotel Disfonksiyonu (ED), endotel tarafından sağlanan vazodilatasyon ve vazokonstriksiyon arasındaki dengesizlikten dolayı oluşan patolojik durumdur (Gradinaru ve ark., 2015).

Endotel disfonksiyonu, endotel bağımlı asetilkolin (ACh) veya kan akımının damarlara uyguladığı çapraz basınç gibi uyaranlar sonucunda endotel fonksiyonunun bozulmasıyla oluşmaktadır ve hipertansiyon ve Tip II diyabet gibi hastalıkların patogenezinde rol oynar (Davis ve ark., 2013). Endotel disfonksiyonu, aterosklerotik sürecin başlangıcında ve insülin direncinde erken görülen işaretlerden biridir ve önemli bir olaydır (Stehouwer ve ark., 2015).

2.4.8. Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi

Böbreklerden salgılanan reninin katalizörlüğünde karaciğerden dolaşıma verilen anjiyotensinojen anjiyotensin I'e çevrilir. Anjiyotensin I, anjiyotensin konverting enzim

(ACE) tarafından anjiyotensin II'ye dönüştürülür. AII'nin AT2 reseptörüne bağlanmasıyla periferik vasküler yapılarda vazokonstrüksiyon, aldosteron salınımı, renal tübüler sodyum emilimi ve vazopressin salınımı uyarılarak kan basıncı yükselir. Negatif feedback mekanizmasıyla renin salınımı inhibe olur ve böylece normal şartlarda kan basıncı dengede tutulur (Ekim, 2018).

2.5. Hipertansiyonun Risk Faktörleri

Ailede Hipertansiyon Öyküsü

Hipertansif bireylerde pozitif aile öyküsü sık görülmektedir. Birçok çalışmada kalıtsallığın %35 ile %50 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (Aşkın ve ark., 2018). Yüksek tansiyon hastası bulunan ailelerin çocuklarında HT gelişme oranı yüksektir (Sharma ve ark., 2019).

Yaş

Yaş aldıkça yüksek tansiyon riski artmaktadır. Erkeklerde 55 yaş ve üstü, kadınlarda 65 yaş ve üstü olma yüksek tansiyon riski oluşturmaktadır (Sharma ve ark., 2019).

Cinsiyet

Orta yaşlara kadar kan basıncı erkeklerde daha yüksek seyretse de menopoz döneminde kadınlarda kan basıncı yükseliş göstermektedir. Menopoz döneminde azalan östrojen seviyesinin hipertansiyona neden olduğu düşünülmektedir. Bunun yanı sıra menopoz döneminde hipofizden salınarak gonadları stimüle eden hormonların ve atrial natriüretik peptidin artması sorumlu tutulmuştur. Fakat epidemiyolojik olarak çok değişkenli olan kan basıncının yükselişi için menopozun doğrudan mı dolaylı mı etkili olduğu tartışma konusudur (Tikhonoff ve ark., 2019).

İrk

Hipertansiyon siyah ırkta daha yaygın görülmektedir. Daha erken ortaya çıkmakta ve daha büyük hedef organ hasarına neden olmaktadır (Bundy ve ark., 2018).

Fazla Kilolu veya Obez Olmak

Dokuların besin ve oksijene daha fazla ihtiyacının olması nedeniyle damar içi kan hacminin artması gerekir. Böylece damarlarda dolaşan kan miktarı artar ve bu durum atardamarların duvarına basınç yapacağından KB yükselir (Sharma ve ark., 2019).

Aşırı Tuz Tüketimi

Sodyumun aşırı kullanımı yüksek kan basıncının patolojisinde oldukça önemlidir. Diyetle alınan sodyum miktarının azaltılması hipertansif olan veya olmayan tüm bireylerde kan basıncını düşürmektedir.

Hipertansif bireylerde diyetle alınan sodyum miktarının azaltılması kan basıncında daha yüksek bir düşüş gerçekleştirir. Hipertansif olmayan bireylerde de alınan sodyum miktarının azaltılması ile kardiyovasküler hastalık ve potansiyel hipertansiyon riski azaltılmış olacaktır (Graudal ve ark., 2020).

Hareketsiz Yaşam Tarzı

Yetersiz fiziksel aktivite kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon için bir risk faktörüdür ve mortaliteyi artırmaktadır. Hipertansiyon korunma, tedavi ve kontrolünde düzenli yapılan egzersiz koruyucu bir etkiye sahiptir. Araştırmalarda aerobik egzersiz programlarının hipertansiyonda önemli bir tedavi yöntemi ve korunmada önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir. Hipertansif durumda düzenli fiziksel aktivite yapmak kullanılan ilacın dozunu azaltabilir veya ilaca gereksinimi ortadan kaldırabilir. Düzenli yapılan egzersiz, hafif ve orta dereceli hipertansiyonda kan basıncını ortalama 10 mmHg düşürmektedir ve bu miktar antihipertansif ilaçlar ile elde edilen etki ile benzerdir. Uzun dönemde sağlanacak faydalar çok daha fazladır. Literatürde yer alan çalışmalarda

egzersizin sistolik / diyastolik kan basıncını 4 – 13 / 4 – 8 mmHg azalttığı bulunmuştur (İlgaz ve Özer, 2017).

Alışkanlıklar

İlaçlar ve bağımlılık yapan maddeler (amfetamin vb., esrar vb., sigara ve alkol) kardiyovasküler sistemi olumsuz etkilemektedir (Sarımehmetoğlu ve Helvacı, 2014).

Alkol ve sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, sedanter yaşam kalp hastalığı ve hipertansiyon riskini artırmaktadır. Bu nedenle hipertansif bireylerde günlük alkol alımının üst sınırı erkeklerde en fazla iki içki (20-30 gram etanol), kadınlarda ise en fazla bir içki (10-20 gram etanol) olarak ifade edilmiştir. Sigara kullanımı ise sempatik sinir sistemini aktive ederek kan basıncında artışa ve taşikardiye sebep olmaktadır (Arslantaş ve ark ., 2019).

Dislipidemi

Dünyada prevalansı ve mortalite oranı yüksek, bulaşıcı olmayan hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir. Kardiyovasküler hastalıkların zeminini oluşturan dislipidemi; yüksek triaçilgliserol (TAG), azalmış yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL-High density lipoprotein) düzeyi ve işlevi, serbest yağ asitleri, artmış düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL-Low density lipoprotein) düzeyi ve apolipoprotein B (Apo B) üretimi ile karakterizedir (Dayı ve Hoca, 2022).

Psikolojik Durum

Günlük yaşamda stres engellenememektedir. Varlığı engellenemeyen stres iyi yönetilemezse ve uyum sağlanamazsa hipertansiyon, mide ülseri, ateroskleroz ve miyokard enfarktüsü, enfeksiyonlar ve kanser gibi birçok hastalığa yatkınlığı artırabilmektedir. Bundan dolayı bireylerin yaşadığı stres faktörlerini tanımlamak ve bu faktörleri etkisizleştirmek, bireyin başa çıkma yöntemlerini öğrenmesini ve kendine

uygun olanı demesini sağlamak önemli hemşirelik işlevlerinden bazılarıdır (Sürme, 2019).

2.6. Hipertansiyonda Klinik Belirti ve Bulgular

Hipertansiyon erken dönemde sıklıkla asemptomatik seyreder ve tanı ancak kan basıncı ölçümü ile konulabilir. Klinik belirti veren hipertansif bireylerde ise nefes darlığı, göğüs ağrısı, yorgunluk, halsizlik, baş dönmesi, baş ağrısı, bulantı, çarpıntı, burun kanaması, gece idrara kalkma, sık idrara çıkma, bacaklarda şişlik gibi nonspesifik belirtiler görülebilir (Bell ve ark., 2015).

2.7. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyon, erken tedavi edilmediği takdirde inme, miyokard enfarktüsü, böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlara neden olabilen ciddi bir sağlık problemidir.

Koroner kalp hastalığı ve hemorajik inme, periferik vasküler hastalık, kalp yetmezliği, böbrek yetmezliği, görme bozukluğu ve retinal hemoraji hipertansiyonun ciddi komplikasyonlarından (Ilgaz ve Özer, 2017).

2.8. Hipertansiyonda Tarama ve İzlem

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu aile hekimliği uygulamasında önerilen periyodik sağlık muayeneleri ve tarama testleri rehberinde; 18 yaşından büyük yetişkinlerde, başvuru sebebinden bağımsız olarak, kardiyovasküler olayların önlenmesi ve hipertansiyon tanısının erken tespiti amacıyla yılda en az bir kez tansiyon ölçülmesi önerilmektedir. Bu rehber gereği; herhangi bir sebeple muayeneye gelen 3-18 yaş arasındaki bütün çocuklarda yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçümü yapılması gerekmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015).

Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporunda; ilk değerlendirmede hipertansiyon olmayan olgularda sistolik kan basıncı 120-129 mmHg veya diyastolik kan basıncı 80-84

mmHg olan bireylere 6 ayda bir kez ölçüm önerilmiştir. Sistolik kan basıncı 130-139 mmHg veya diyastolik kan basıncı 85-89 mmHg olan artmış kan basıncına sahip kişilerin ise 3 ayda bir kez ölçüm ile takip edilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Aydoğdu ve ark., 2019). İlk değerlendirmede takip önerileri Tablo 2.5'tedir (Aydoğdu ve ark., 2019).

Tablo 2.5. İlk değerlendirmesi yapılan bireylerde takip önerileri

Kan basıncı (mmHg)	Takip Önerisi
Normal SKB<120 ve DKB<80 ise	Yılda bir KB ölçümü
Artmış, SKB=120-129 ve/veya DKB=80-84 ise	6 ayda bir KB ölçümü
SKB=130-139 ve/veya DKB=85-89 ise	3 ayda bir KB ölçümü

2.9. Tanıya Yönelik Değerlendirme

2.9.1. Anamnez

Ayrıntılı anamnez ve fizik muayene, sekonder hipertansiyon değerlendirmesinde ilk, en önemli birinci basamak değerlendirmedir. Hastalarda genel anamneze ek olarak renal hastalık öyküsü, üriner sistem enfeksiyonu, ilaç alımı, terleme epizodları, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık (KVH) aile ve kişisel öykü, sigara, diyabetes mellitus, organ hasarı semptomları sorgulanması gereken konulardandır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2019).

2.9.2. Kan Basıncı Ölçümü

Ofis veya Klinik Kan Basıncı Ölçümü

Uygun manşon ile oskülatuar veya otomatik tansiyon ölçüm aletleri kullanılarak koldan ölçüm yapılmalıdır. İlk muayene sırasında hastanın iki kolundan da ölçüm yapılmalıdır. İki koldan yapılan kan basıncı ölçümü arasında fark varsa ölçümler tekrarlanmalıdır; tekrarlanan ölçümlerde sistolik kan basıncı farkı >15 mmHg ise nedeni

araştırılmalı; her durumda, sonraki ölçümler kan basıncının yüksek olduğu koldan yapılmalıdır.

Ölçümden önce hastanın oturur durumda en az beş dakika dinlenmesine fırsat verilmeli, avuç açık, kolu kalp seviyesinde ve bir seferde en az iki ölçüm yapılarak (en az iki dakika ara ile) kan basıncı ortalaması kaydedilmelidir. Hastada aritmi mevcutsa otomatik cihazlarla kan basıncı ölçümü hatalı sonuç verebilir. Bundan dolayı mutlaka palpasyonla nabız da değerlendirilmeli ve düzensizlik varsa stetoskop kullanılarak kan basıncının ölçümü klasik yöntemle olmalıdır (Aydoğdu ve ark., 2019).

Ofis Dışı Kan Basıncı Ölçümü

Klinik dışında yapılan kan basıncı ölçümü klinik ortamdan uzak çok sayıda kan basıncı ölçümü yapılmasını, klinikte yapılan kan basıncı ölçümlerine göre objektif kan basıncının daha güvenilir bir şekilde değerlendirilmesini ve doğru tanı konulmasını sağlamaktadır. Genellikle klinik dışı kan basıncı ölçümü ambulatuvar kan basıncı ölçümü ya da hipertansif bireylerin kendi evlerinde yaptıkları kan basıncı ölçümlerini içermektedir. Ofis dışında kan basıncı ölçümünün yapılabilmesi için belirli kurallar bulunmaktadır. Bu kurallar hipertansif bireylere yazılı ve sözlü bir şekilde eğitim verilerek öğretilmektedir (Asayama ve ark., 2019).

Avrupa Hipertansiyon Derneğinin kan basıncı izleme çalışma grubunun belirttiği sınır değerleri Tablo 2.6 'da gösterilmiştir (Stergiou ve ark., 2020).

Tablo 2.6. Klinik ve klinik dışı kan basıncı değerlerine göre hipertansiyon tanımı

Kan basıncı sınıflama	Sistolik kan basıncı (mmHg)		Diyastolik kan basıncı (mmHg)
Klinik kan basıncı	<120	ve	<80
Ambulatuvar kan basıncı ölçümü			
Gündüz	130-139	ya da	85-89
Gece	140-159	ya da	≥70
24 saat	≥130	ya da	≥80
Evde kan basıncı	≥135	ya da	≥85

Evde Kan Basıncı Ölçümü

Evde kan basıncı ölçümü sabah ve akşam olmak üzere günde iki kez, en az beş gün yapılmalıdır. Beş günlük ölçümlerin sonunda sistolik kan basıncı ortalaması 135mmHg ve üzeri veya diyastolik kan basıncı ortalaması 85mmHg ve üzeri olması durumunda hipertansiyon tanısı konulur. Güncel kılavuzlar klinik kan basıncı ölçümlerinden daha çok evde yapılan ölçümlerin önemini belirtmektedir. Özellikle maskeli hipertansiyon veya beyaz önlük hipertansiyonu açısından evde kan basıncı ölçümleri ile hipertansif bireylerin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır (Shimbo ve ark., 2020).

Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü

Uyku halinde, fiziksel aktivite yapılırken, istirahat halindeyken ve çalışırken kan basıncının ölçüldüğü bir yöntemdir. Kan basıncının normal olduğu kişilerde klinik kan basıncının belirli aralıklarla yüksek olması sebebi ile 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümü ile hipertansiyon tanı değerlendirilmesi yapılabilir (Aung ve Htay, 2019). Bununla beraber ambulatuvar kan basıncı ölçümünün hipotansif epizodları değerlendirmede ve hipertansiyon hastalığı olan bireylerin tedavisini düzenlemede önem arz ettiği ifade edilmektedir (Cardoso ve ark., 2020).

2.9.3. Fizik Muayene

Fizik muayenede hastanın her iki koldan kan basıncı ölçümü gerçekleştirilmeli; kalp, karotis arter, renal arter oskültasyonu (ral, üfürüm, aritmi) yapılmalı ve birey nabız, periferik ödem açısından değerlendirilmelidir. Retinal anomaliler fundoskopik muayene ile araştırılmalıdır. Boy, kilo ve bel çevresi ölçülmeli, (Vücut kitle indeksi) VKİ hesaplaması yapılmalıdır (Mancia ve ark., 2013).

2.9.4. Laboratuvar

Kardiyovasküler riski, hedef organ hasarını ve sekonder hipertansiyonu araştırmak ve değerlendirmek amacıyla her hipertansif bireyde, bazı temel laboratuvar incelemelerinin (tam kan sayımı, tam idrar incelemesi, açlık kan glukozu, kanda sodyum, potasyum ve ürik asit, lipit profili, kreatinin ve tahmini glomerüler filtrasyon hızı, elektrokardiyografi, diyabetli hastalarda idrar albümin atılım oranının yıllık takibi) yapılması gereklidir (Aydoğdu ve ark., 2019).

2.10. Hipertansiyon Tedavisi

2.10.1. Farmakolojik Tedavi

Hipertansif bireylerin; ilaç tedavisine ve diyetle uyumları belirlenip, uyumsuz olan hasta bireylerin uyumları artırıldığında kan basınçları kontrol altına alınabilir. Hastaların yaşam kaliteleri artar ve hedef organ hasarı önlenir (Erci ve ark., 2018). Antihipertansif ilaç tedavisine başlamadan önce kan basıncı değeri ile birlikte bireyde eşlik eden hastalıklar ve risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır. Toplumun genelinde tedaviye başlamak için eşik klinik SKB değeri ≥ 140 mmHg veya DKB değeri ≥ 90 mmHg iken 80 yaş ve üzerinde eşik klinik SKB değeri ≥ 150 mmHg'dır. Tedaviye bir ilaçla veya kombinasyon ilaç tedavisi ile başlanabilmektedir (Aydoğdu ve ark., 2019).

Birçok hastada kan basıncı kontrolünün sağlanmasında yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak farmakolojik tedavi de gerekmektedir. Farmakolojik tedavide

5 major grup anti hipertansif ilaç yer almaktadır. Bunlar ACE inhibitörleri, beta blokerler, diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri (KKB) ve Anjiyotensin II reseptör blokerleridir (ARB) (Williams ve ark., 2018).

Diüretikler

Tiyazid diüretiklerin (örneğin klortalidon, indapamid) tüm kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi engelleme gücü randomize kontrollü çalışmalar ve metaanalizlerle ispatlanmıştır. Diüretikler kalp yetmezliğini tedavi etmede diğer gruplar içinde en etkin olan gruptur (Williams ve ark., 2018).

Tiyazid ve tiyazid benzeri diüretikler GFR 45 ml/dk altına düştüğünde etkinliği azalmakta ve 30 ml/dk altında ise etkisiz hale gelmektedir. Furosemide veya toseamid gibi loop diüretikleri böyle hastalarda tiyazid grubu diüretikler yerine kullanılmaktadır (Williams ve ark., 2018).

Beta Blokerler

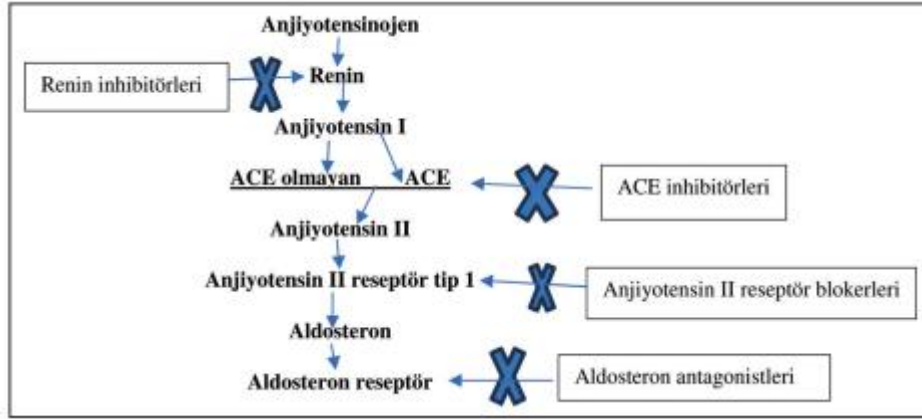
2015 raporunda hipertansif bireylerde farmakolojik ajan seçiminde; diüretikler, beta blokerler (BB), KKB, ACE inhibitörleri ve ARB olmak üzere beş grup ilacın da kullanılabileceği ifade edilirken; 2019 Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporunda BB'lerin sadece kalp yetersizliği, atrial fibrilasyon veya koroner arter hastalığı gibi özellikli endikasyonlarda ilk tercih edilebileceği vurgulanmış, diğer hasta gruplarında ise kullanımı önerilmemiştir. Yapılan araştırmalarda özellikle atenolol gibi nonvazodilatatör BB'lerin olumsuz etkileri saptanmıştır (Aker ve ark., 2020).

Renin Anjiyotensin Sistemi Blokerleri

RAAS blokajı direkt renin inhibitörleri (Rİ) (renin üretiminin durdurulmasını sağlayan), AT I'in (anjiyotensin I) AT II'ye (anjiyotensin II) dönüşümünü engelleyen ACE inhibitörleri (ACEİ), AT II'nin AT 1 reseptörleri üzerindeki etkisini antagonize

eden ARB ve aldosteron etkisini inhibe eden aldosteron antagonistlerini içermektedir.

RAAS blokajında kullanılan ilaçlar şekil 2.3’ de gösterilmiştir (Kaynar, 2020).



Şekil 2.3. RAAS'nin ve yolaklardaki blokaj tedavilerinin şematik sunumu

Kalsiyum Kanal Blokerleri

KKB hipertansiyon ve aritmi tedavisinde toplumda yaygın olarak kullanılan kardiyovasküler ilaç grubudur. Kalsiyum kanal blokerlerinin, etkinlikleri birbirine benzer özellikler gösterse de klinik olarak kullanım alanları değişkenlik göstermektedir. Hipertansiyonun kronik tedavisinde, her iki grup kalsiyum kanal blokerleri sıklıkla tercih edilirken, acil servislerde taşiaritmilerin tedavisinde diltiazem, verapamil gibi nondihidropiridin grubu ajanlar da parenteral olarak kullanılmaktadır. Verapamil ve diltiazem gibi ilaçların küçük doz aşımalarında bradikardi görülebilir (Akpınar ve ark., 2022).

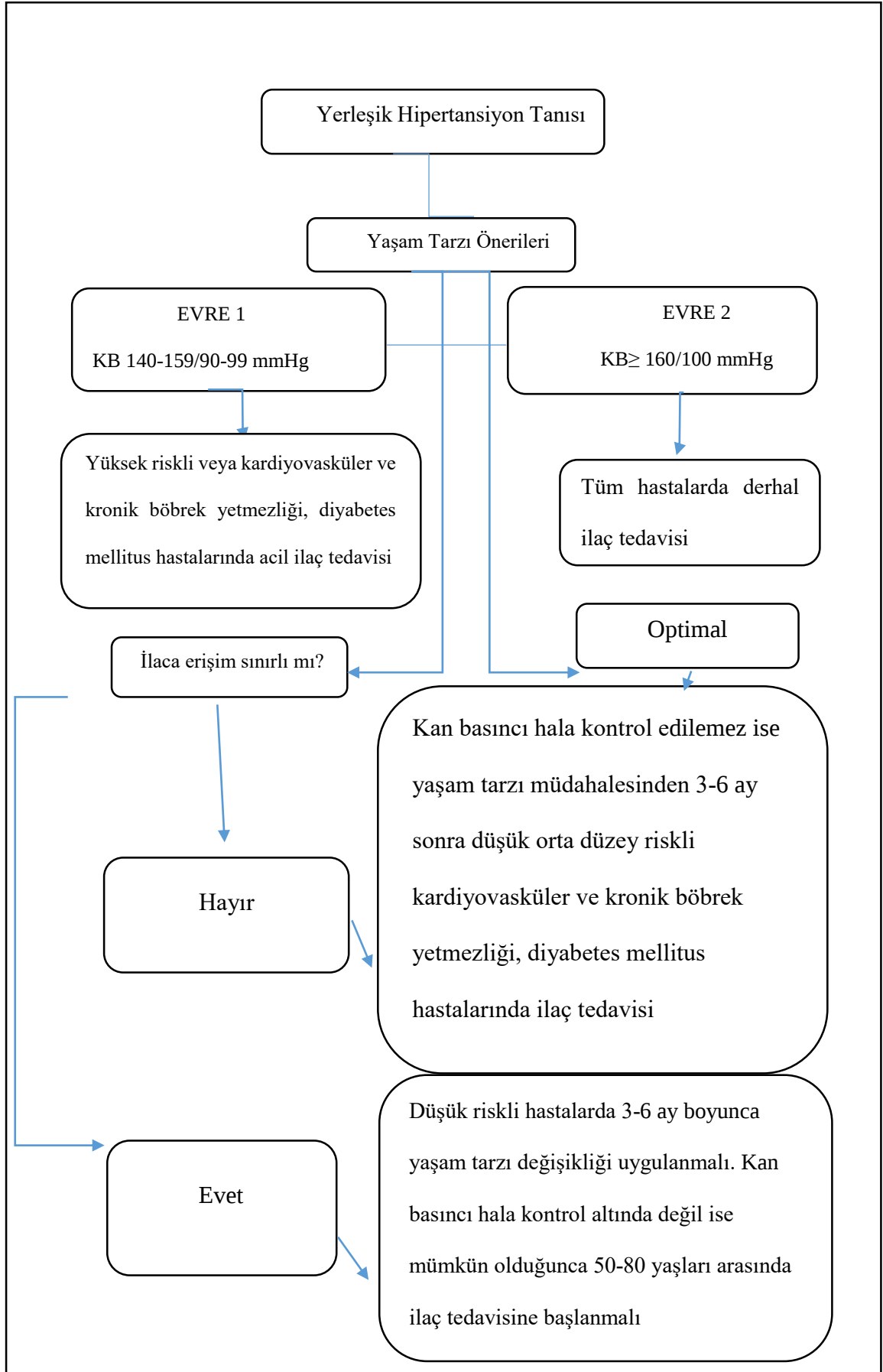
2.10.2. Non –Farmakolojik Tedavi

Hipertansiyonun komplikasyonlarını önlemek ve hipertansif bireyin yaşam kalitesini artırmak için hipertansiyonun en uygun şekilde yönetilmesi gerekmektedir (Mahmood ve ark., 2019).

2017 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada hipertansif bireylerin %78.2'sinin farmakolojik tedavi aldığı ve %55.7'sinin farmakolojik tedavi ile birlikte diyet yaptığı bildirilmiştir (Selçuk ve ark., 2017).

Non-farmakolojik tedavi kapsamında; yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir. Bunlar; fiziksel aktivitenin artırılması, sodyum alımının azaltılması, ağırlık kaybı, potasyum alımının artırılması, sağlıklı beslenme tavsiyesi olarak Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH diyeti) ve ılımlı alkol tüketimidir (ACC,2017).

Yaşam tarzı değişikliği önerileri ve sonrasında gerekli ise farmakolojik tedaviye başlama süreci Şekil 2.4’de gösterilmiştir (Unger ve ark., 2020).



Şekil 2.4. Hipertansiyonun farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi süreci

2.11. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Hipertansiyon ve onunla ilişkili kardiyovasküler hastalıkların kontrolünde ilaç dışı tedavi ya da yaşam şekli değişiklikleri hastalığın seyrinde önemli bir yere sahiptir (Arslantaş ve ark., 2019).

Hipertansiyonla ilişkilendirilen sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen uygun davranışları kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini ona göre şekillendirebilmesidir. İdeal vücut ağırlığı, hareketli yaşam, tuz ve doymuş yağlardan fakir diyetle beslenme, stresten uzak durma, sigara ve alkol kullanmama önerilmektedir (Arslantaş ve ark., 2019).

2.11.1. Vücut Ağırlığı Kaybı

Ülkemizde 2018 yılı verilerine göre hafif şişman bireylerin oranı %36, obez bireylerin oranı %29'dur. Ülkemizde erişkin popülasyonun %64.9'u normal vücut ağırlığının üzerindedir. Hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde vücut ağırlığı kaybı oldukça önemlidir. Bu nedenle hasta ideal vücut ağırlığına getirilmeli veya vücut ağırlığının en az %5-10'unu kaybetmesi için teşvik edilmelidir (Aydoğdu ve ark., 2019).

2.11.2. Sağlıklı Beslenme

Hipertansif bireylerin ideal vücut ağırlığına gelmesi hedeflenmelidir. Diyetin doymuş yağ miktarı mutlaka azaltılmalıdır. Doymamış yağlar tercih edilmelidir. Omega-3 ve zeytinyağı tercih edilebilir. Sebze, meyve, kurubaklagil gibi posa miktarı yüksek beslenme ile kan basıncının düştüğü belirtilmiştir. Yetişkinler için günlük 25- 38 g posa alınması önerilmektedir. Kırmızı ve işlenmiş etlerin aşırı tüketimi kan basıncını artırırken, bitkisel protein tüketimine ağırlık verilmesi kan basıncını düşürücü etki göstermiştir. Pişirme yöntemi olarak; fırında pişirme, haşlama, ızgara tercih edilmelidir. Son yıllarda yürütülmüş araştırmalarda bazı diyet modellerinin kronik hastalıkların tedavisine yardımcı olduğu yönünde görüşler mevcuttur (Oğur ve Akyol, 2021).

Bu diyet modellerinden en önemlilerinin Akdeniz diyeti, DASH diyeti, vejetaryen diyeti, düşük karbonhidratlı ve düşük yağlı diyetler, ketojenik diyet, glutensiz diyet, alkali diyet, çiğ beslenme, aralıklı açlık diyeti, FODMAP diyeti ve MIND diyeti olduğu belirtilmiştir.

DASH diyetinde; kırmızı et ve işlenmiş et ürünleri, doymuş yağ, tuz ve şekerli gıdalar sınırlandırılmıştır. Diyet; meyve, sebze, posa, protein, potasyum ve kalsiyum bakımından zengindir. Diyet; tavuk, balık gibi beyaz et ürünleri ve yağlı tohumlar bulunur ancak işlenmiş et ve tahıl ürünleri bulunmaz (Oğur ve Akyol, 2021).

2.11.3. Sodyum Alımının Azaltılması

Yüksek sodyum tüketiminin (>2000 miligram (mg) / gün, 5 g tuz / gün eşdeğeri) ve yetersiz potasyum alımının (günde 3500 mg'den az) yüksek kan basıncı, kalp hastalığı ve inme riskini artırdığı Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından açıklanmıştır (Mahmood ve ark., 2019). Ülkemizde 2017 yılında yapılan Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri çalışmasına göre günlük kişi başı tuz tüketiminin yaklaşık olarak 10 gram (9,9 g /gün) olduğu ifade edilmiştir (STEPS, 2017).

Yapılan SALTURK II çalışmasında günlük idrarla atılan ortalama sodyum miktarı $252,0 \pm 92,2$ mmol/L olarak bulunmuş ve bu değer $14,8 \pm 5,4$ g/gün tuz tüketimi olduğunu göstermektedir (Erdem ve ark., 2017).

DSÖ'nün kişi başına günde tuz tüketimi tavsiyesi, 5 gram tuzdan daha az ya da 2 gram sodyumdan daha düşüktür (STEPS, 2017).

2.11.4. Potasyum Alımının Artırılması

Membran potansiyelini değiştirerek veya endotele bağlı vazodilatasyonu iyileştirerek vasküler düz kas kasılmasının azaltılması gibi potansiyel etkileri vardır. Ancak potasyumun kan basıncını düşürmesi ile ilgili mekanizmalar net değildir.

2017 yılında ACC tarafından yayımlanan rehberde; yaşam tarzı değişiklikleri kapsamında ele alınan potasyumdan zengin bir diyet (3500-5000 mg/g) tavsiye edilmektedir. Potasyumdan zengin diyetin; hipertansiflerde SKB'yi yaklaşık olarak 4/5 mmHg, normotansiflerde ise 2 mmHg azalttığı ifade edilmiştir (ACC,2017).

2.11.5. Fiziksel Aktivite

Hipertansif bireyler egzersiz yaparken hastaların nefeslerini tutmalarına izin verilmemelidir. Egzersizin şiddeti düşük tutularak tekrarlar fazla yapılmalıdır. İlaçlar egzersiz sırasında kalp atım hızında değişikliğine neden olabileceğinden egzersizin yoğunluğunu takip edebilmek için RPE (Algılanan efor oranı) ölçeği kullanılmalıdır. İlaçlar kullanılırken hipotansiyona karşı hassasiyet oluşabileceğinden yerden kalkarken yavaş hareket edilmelidir (Yiğit ve Uçar, 2023).

Sağlıklı bireylere önerilen egzersiz ile hafif orta derecede hipertansiyonu olan bireylere verilen egzersiz genellikle aynıdır. Hafif tempolu yürüyüş ve yüzme gibi egzersizler temel antrenmanlar olmalıdır. Ağırılık çalışmaları hafif dirençli ve sık tekrar edilecek şekilde ayarlanmalıdır (Yiğit ve Uçar, 2023).

Genel olarak haftada en az 5 kez 30 dakikadan az olmayan aktivite önerilmektedir. Buna ilave olarak gün boyunca da hareketli bir yaşam tarzına sahip olunması gerekmektedir (Aydoğdu ve ark., 2019).

2.11.6. Alkol Tüketiminin Sınırlanması

Alkol tüketimi, hipertansif hastalık, atriyal fibrilasyon ve kanamaya bağlı inme ile bağlantılıdır (STEPS, 2017).

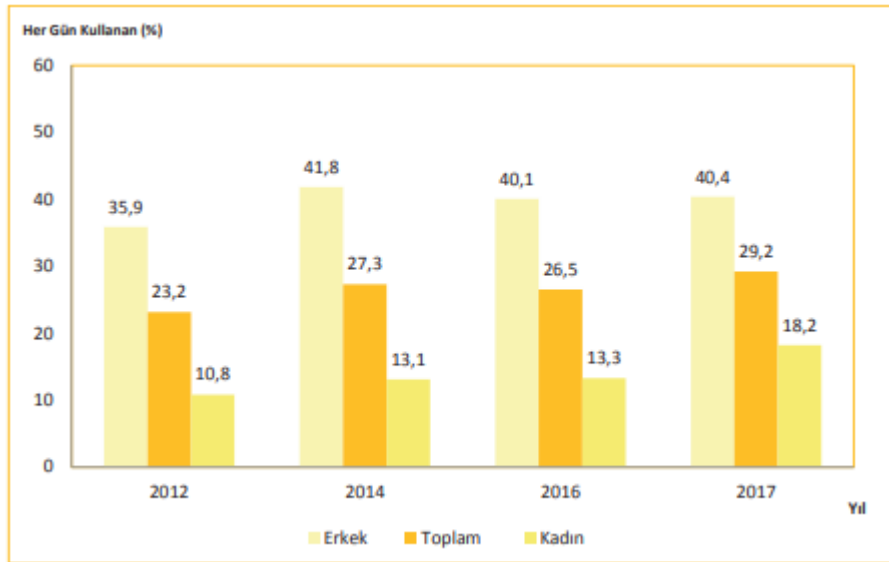
Hipertansif bireylere alkol tüketilmemesi gerektiği önerilmelidir. Fakat hasta alkol tüketiyorsa erkek hastalar için en fazla 20–30 g/gün etanol, kadın hastalar için ise 10– 20 g/gün etanolden fazla etanol tüketilmemesi tavsiye edilmelidir (ACC, 2017).

2.11.7. Sigaranın Bırakılması

Hipertansif hastalar sigara kullanmamalı, sigara kullanıyor ise mutlaka bırakılması gerektiği önerilmeli ve bireyler bunun için teşvik edilmelidir. Sigara kullanımını bırakmak kardiyovasküler riski azaltmada en etkili faktörlerden biridir (Aydoğdu ve ark., 2019).

Sağlık Bakanlığının 2018 verilerine göre ülkemizdeki yetişkinlerin %26.5'i her gün sigara içmektedir (Başara ve ark., 2019). Sigaranın yoğun hipertansif tedavisi alan hastalar üzerindeki etkisini inceleyen araştırmada sigara kullanan ve sistolik kan basıncı 144 mmHg'dan fazla olan yoğun tedavi alan grupta kardiyovasküler hastalık oranının yüksek olduğu belirlenmiştir (Scarpa ve ark., 2019).

On beş yaş ve üzeri bireylerin her gün tütün ve tütün mamulü kullanma durumunun 2012, 2014, 2016, 2017 yıllarına ait cinsiyete göre dağılımı (%), şekil 2.5' de gösterilmiştir (Başara ve ark., 2019).



Şekil 2.5. On beş yaş ve üzeri bireylerin her gün tütün ve tütün mamulü kullanma durumunun cinsiyete göre dağılımı, (%), 2012, 2014, 2016, 2017

2.11.8. Stres Yönetimi

Hipertansiyon tedavisinde kan basıncının kontrolünde farmakolojik tedavi kadar yaşam tarzı değişikliği, stresle baş etmenin de etkin olduğu bilinmektedir (Arslan ve Ceyhan, 2020).

Yapılan çalışmalar ve kronik hastalıkların tedavisine yönelik tıbbi kılavuzlarda yoga stres yönetimi yaşam tarzı faktörünü içeren bir zihin beden müdahalesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Desveaux ve ark., 2015). Yoga ile ilgili yapılan araştırmalar geçmiş yıllara dayanmakta olup yapılan çalışmada hastalara yaptırılan "Shavasana" yoga hareketi ile birlikte hipertansiyon ilacı kullanan ve ilaç kullanmayan hipertansiyon hasta gruplarında sistolik ve diyastolik kan basıncında istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş olduğu, yogayı bırakan hipertansif bireylerde ise kan basıncında önemli yükselmeler olduğu tespit edilmiştir. Nitekim günümüzde yapılan çalışmalar, araştırmanın sonuçlarını halen olmuş destekler niteliktedir (Yıldırım ve Durna, 2021).

Bireylere gevşeme teknikleri ve davranışların düzenlenmesi hakkında önerilerde bulunulmalıdır (Aydoğdu ve ark., 2019).

2.12. Hipertansiyon Kontrolünde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Rolü ve Hemşirelik Yönetimi

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) “bireylerin kendi iyilik seviyelerini korumalarına ve yükseltmelerine hizmet eden davranışlar” şeklinde ifade edilmektedir (Dereli ve ark., 2021).

Bireyin sağlığını geliştirmeye yönelik en doğru davranışları belirleyerek kendi sağlığı üzerinde karar verme ve kendi kendini yönetebilme yetisine sahip olmaları anlamına gelmektedir (Bozkurt ve ark., 2022).

SYBD manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetiminden oluşmaktadır (Dereli ve ark., 2021).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) belirtilenlere ek olarak, yaşam becerileri tanımını biraz daha kapsamlı bir şekilde ele almış; problem çözme, yaratıcı düşünme, karar verme, duygularla başa çıkma, stresle baş etme, kendini tanıma, iletişim becerileri, kişiler arası becerileri ve empati olarak ifade etmektedir (Bozkurt ve ark., 2022).

Dünya genelinde bulaşıcı hastalıklardan ölümün azalması ve yaşam süresinin uzamasıyla beraber, sigara içme, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, yetersiz egzersiz ve risk alma davranışları gibi yaşam tarzı değişiklikleri kardiyovasküler hastalıklar ve kanserlerin; hastalık, engellilik ve ölümlerde birinci sırayı almasına neden olmuştur (Terzi ve ark., 2021).

Türkiye’de bu hastalıklar 2017 yılında ölüm nedenleri arasında %39,7 ile benzer şekilde ilk sırada yer almıştır (Eray ve ark., 2018).Yapılan bir meta analiz sonucuna göre de, sigara içmemek, ılımlı biçimde alkol almak, düzenli egzersiz yapmak, sağlıklı egzersiz yapmak ve ideal kilonun sürdürülmesi gibi yaşam tarzı ile ilgili davranışların geliştirilmesi bu hastalıklara bağlı ölüm oranlarında %66 oranında bir azalma sağlanabileceğini ortaya koymaktadır (Terzi ve ark., 2021).

Bu davranışların kazanılması kronik hastalıkların önlenmesinde, kronik hastalıkların varlığında yaşam kalitesinin artırılmasında ve sağlıklı yaşlanmada büyük öneme sahiptir. Bireylere SYBD’nin kazandırılabilmesi için öncelikle sahip oldukları yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi gerekmektedir (Dereli ve ark., 2021).

Hemşireler KVH risk faktörleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konularında ev ziyaretleri, poliklinik ve klinik hizmetleri kapsamında bireyleri bilgilendirerek farkındalığı artırabilir ve olası çözümler üzerinde kritik yapabilir (Örs ve Tümer, 2020).

2.13. Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler

Hipertansiyon tedavisinde ilaç uyumu, hastalık yönetiminin önemli bir bileşenidir. Tedavide başarılı olabilmek için tedaviye uyum gereklidir. Tedaviye uyum, hipertansif

bireyin kontrollerini aksatmaması, yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç kullanımına ilişkin uyumu ile ilişkilidir (Emre ve ark., 2020). İlaç tedavisine uyumsuzluk ise, hastaların ilaç tedavisine bağlı kalmamaları, ilaçlarını zamanında ve uygun dozda almamaları, reçetelerini yazdırmamaları olarak tanımlanabilir (Arslan ve Akça, 2020).

İlaç uyumsuzluğunun birkaç şekilde olduğu belirtilmiştir. Bunlar, hipertansiflerin kendilerini iyi ya da kötü hissettiklerinden ilaç kullanımının yararına inanmamaları, uygun dozda ilaç almayı unutmaları ya da bilinçli olarak ilaçlarını almamaları olarak ifade edilmektedir. Hipertansiyon kontrolünün sağlanmasındaki bir diğer engel ise hastaların hipertansiyon hakkındaki bilgi eksikliğidir. Hipertansiyon bilgi düzeyinin düşük olması ilaç uyumsuzluğuna neden olmaktadır (Akan ve ark., 2020).

Hastayla ilgili, hastalık-tedavi ile ilgili, yaşam şekliyle ilgili, sosyodemografik ve psikososyal faktörler ile ilgili durumlar da tedavi uyumunu etkilemektedir (Ok ve Sayılan, 2022).

Yapılan sistematik bir derlemede kültürel, manevi ve dini inançlar gibi diğer inançların, ilaç uyumu üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu ve bireylerin antihipertansif ilaçlarına uyum göstermek yerine ilahi şifa beklentisine olan güvenlerini potansiyel olarak artırdığı belirtilmiştir (Özer ve Turan, 2023).

Hipertansiyon tedavisine uyum ile koroner arter hastalığı, inme ve kalp yetersizliğine bağlı ölümleri %15–20 oranında azalmak mümkündür (Arslan ve Akça, 2020).

2.14. Tedaviye Hasta Uyumunu Artırmak İçin Genel Tedbirler ve Hemşirelik Yaklaşımı

Hipertansiyonun tanı ve tedavisi kolay olmasına karşın, hastalığın tedavisine uyumsuzluk önemsenmeyen bir konudur (Oğuz ve ark., 2019).

Bu nedenle hastaların HT tedavisine ve özellikle de ilaç tedavisine uyum sağlamasında aileye ve sağlık ekibi içindeki hemşire ve doktora önemli görevler düşmektedir (Arslan ve Akça, 2020).

Hemşireler HT hastalarının öz bakımının güçlendirilmesi, yaşam kalitesinin artırılması için, HT'nin tanılama ve değerlendirme sürecinde rol alarak erken tanının konulmasında aktif olarak görev almaktadırlar. Hemşireler hasta bireylerin takip edilmesi ve koordinasyonlarının sağlanmasında başrolde dir. Hastalara HT yönetiminde kullanılan bilgi ve becerilerin doğru bir şekilde kullanımını sağlayarak hastaların yaşam kalitesi ve öz bakımının olumlu yönde değişmesine katkıda bulunurlar. Bununla beraber HT hastalarının doğru ve dengeli beslenmesine, egzersizlerini düzenli şekilde gerçekleştirmesine, hastalık ve stresle baş etmesine yardımcı olurlar. İlaç tedavisinin hastalar tarafından düzenli ve doğru bir şekilde yürütölüp yürütölmediğini takip ederek gerekli tedaviye ve hedeflere ulaşmada hastalara rehber olurlar (Runa ve Bahar, 2023).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma hipertansif bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile tedavi uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 07.03.2023-10.06.2024 tarihleri arasında Erzurum Şehir Hastanesi kardiyoloji ve dahiliye polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü kardiyoloji polikliniğinde 13 uzman hekim ve 2 hemşire görev yapmaktadır. Kardiyoloji polikliniğinin Holter, EKG, eforlu EKG birimi bulunmaktadır. Dahiliye polikliniğinde ise 30 hekim ve 3 hemşire görev almaktadır. Poliklinikler 08.00-16.30 saatleri arasında hizmet vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Erzurum Şehir Hastanesi kardiyoloji ve dahiliye polikliniklerine bir sene içerisinde başvuran 18.676 hipertansif birey oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek için, evreni bilinen örneklem yöntemiyle hesap yapılmış ve güven aralığı %99, hata payı %1 alınarak yapılan hesaplamada 249 kişilik örneklem sayısına ulaşılmıştır. Çalışma verileri oluşabilecek kayıplar göz önünde bulundurularak 1.4.2023-1.11.2023 tarihleri arasında 262 kişiyle tamamlanmıştır.

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

En az 6 aydır hipertansiyon tanısı almış olan hasta bireyler

18-85 yaş arası olan hipertansif kişiler

Araştırmaya katılmaya istekli olan iletişim kurulabilen hastalar

Tanı konulmuş herhangi psikiyatrik bir hastalığın bulunmaması

Bireylerin antihipertansif ilaç kullanıyor olması

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı (Sonuç) Değişken: Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puan ortalaması, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puan ortalaması.

Bağımsız (Etkileyen) Değişken: Hastaların demografik özellikleri. (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, mesleği vb.)

3.5. Veri Toplama Araçları

1. Hasta Tanıtım Formu
2. Hill –Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği
3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

3.5.1. Hasta Tanıtım Formu (Ek-4)

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form hipertansif bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren 23 sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (Ek-5)

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Kim ve ark., (2000) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Karademir ve ark., (2009) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin total puanı dışında görüşme, medikal ve beslenme alt boyutları vardır. Ölçek 4'lü likert tipi 14 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar (0) “Hiçbir zaman”, (1) “Bazen”, (2) “Çoğu zaman” ve (3) “Her zaman” seçeneklerini içermektedir. Ölçeğin 6. sorusu hariç olmak üzere diğer maddelerinin tümü olumsuz soru şeklindedir. Altıncı soru ters kodlanarak, değerlendirmede total puan için tüm soruların, medikal alt boyutu için 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. soruların beslenme alt boyutu için 3, 4 ve 5. soruların, görüşme alt boyutu için ise 6, 7 ve 8. soruların toplamı alınır. Ölçek total puanı madde sayısı ile bağlantılı olarak 0 ile 42 arasında değişir.

Ölçeğin total, medikal, beslenme ve görüşme alt boyutu uyum puanlarının yorumlanması ile ilgili olarak puanlara bakılır; eğer birey tüm sorulara en olumlu yanıtları

vererek toplamda “0” puan almış ise tam uyumlu olarak değerlendirilir. Sıfırdan farklı puanlar ise uyumsuzluğun düzeyini yansıtır. Sorular olumsuz soru şeklinde olduğu için puan yükseldikçe uyum azalır. Karademir ve ark., (2009) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olup Cronbach’s Alpha güvenirlik katsayısı 0,72 ve 0,83 arasında bulunmuştur (Karademir ve ark., 2009). Bu araştırmada HBHTUÖ’ nün medikal alt boyutu Cronbach’s Alpha değeri 0,801, beslenme alt boyutu Cronbach’s Alpha değeri 0,566, görüşme alt boyutu Cronbach’s Alpha değeri 0,064, Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Cronbach’s Alpha değeri 0,740 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-6)

Walker ve ark. (1996) tarafından Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II olarak ölçeğin geçerliliği yapılmıştır. Türkiye’de SYBD II ölçeğinin, geçerlilik ve güvenirlik çalışması Bahar ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, 52 maddeli ve “hiçbir zaman”(1), “bazen”(2), “sık sık”(3) ve “düzenli olarak”(4) seçeneklerini içeren 4’lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek “sağlık sorumluluğu”, “fiziksel aktivite”, “beslenme”, “manevi gelişim”, “kişiler arası ilişkiler” ve “stres yönetimi” başlıkları altında altı alt ölçekten oluşmaktadır. Sağlık sorumluluğu alt boyutu için 3,9,15,21,27,33,39,45,51, fiziksel aktivite alt boyutu için 4,10,16,22,28,34,40,46, beslenme alt boyutu için 2,8,14,20,26,32,38,44,50, manevi gelişim alt boyutu için 6,12,18,24,30,36,42,48,52, kişiler arası ilişkiler alt boyutu için 1,7,13,19,25,31,37,43,49 ve stres yönetimi alt boyutu için 5,11,17,23,29,35,41,47. sorular değerlendirilmektedir.

Ölçekten alınan en düşük toplam puan 52, en yüksek toplam puan 208’dir. Toplam puan arttıkça, hastanın daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin Cronbach’s Alpha katsayısı 0,92 olup yüksek güvenirlik

derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenirlik katsayıları; sağlık sorumluluğu 0,77, fiziksel aktivite 0,79, beslenme 0,68, manevi gelişim 0,79, kişiler arası ilişkiler 0,80, stres yönetimi 0,64 olarak saptanmıştır (Bahar ve ark., 2008).

Bu araştırmanın alt boyutlarının güvenirlik katsayıları ise; sağlık sorumluluğu 0,810, fiziksel aktivite 0,808, beslenme 0,576, manevi gelişim 0,732, kişiler arası ilişkiler 0,765, stres yönetimi 0,597, ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,890'dır.

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerinde hasta tanıtım formu, Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılarak araştırmacı tarafından her bir madde okunarak yüz yüze toplanmıştır. Her bir anketle veri toplanması ortalama 10-15 dk sürmüştür.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normallik varsayımına uygunlukları Kurtosis ve Skewness katsayıları ile hesaplanmıştır. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için parametrik yöntemler kullanılmıştır. Parametrik yöntemlere uygun şekilde, ikili grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında varyans analizi kullanılmış ve sonuçların anlamlı çıkması durumunda verilerin homojen dağılımına göre LSD veya Dunnet C ileri analizleri kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, ikili grupların karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Çoklu grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır ve anlamlı çıkan durumlarda ileri analiz olarak Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkinin

incelenmesinde verinin normal dağılım türüne göre Pearson korelasyon analizi veya Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$, güven aralığı %95 alınmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	Mann Whitney U analizi
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (İleri analiz olarak varyansların homojen olduğu durumlarda LSD, olmadığı durumlarda Dunnet C kullanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri analiz olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson korelasyon analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

* Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.) Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Verilerin normallik dağılım analizleri Tablo 3.2’de sunulmuştur.

Tablo 3.2. Çalışmada yer alan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness		Kurtosis	
		Kat Sayısı		Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Medikal Alt Boyutu*	262	2.541	0.150	8.833	0.300
Beslenme Alt Boyutu	262	0.860	0.150	0.981	0.300
Görüşme Alt Boyutu	262	0.520	0.150	1.160	0.300
Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği*	262	1.785	0.150	4.467	0.300
Sağlık Sorumluluğu	262	0.659	0.150	0.431	0.300
Fiziksel Aktivite*	262	1.517	0.150	2.268	0.300
Beslenme	262	-0.120	0.150	0.217	0.300
Manevi Gelişim	262	-0.351	0.150	0.196	0.300
Kişilerarası İlişkiler	262	-0.136	0.150	-0.058	0.300
Stres Yönetimidir	262	-0.050	0.150	0.114	0.300
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	262	0.462	0.150	0.902	0.300
Yaş	262	-0.413	0.150	0.019	0.300
BKI*	260	0.465	0.151	3.067	0.301
HT Süresi (yıl)*	258	1.571	0.152	3.215	0.302
HT Sağlık Kontrolü Sıklığı (ay)*	227	5.097	0.162	39.292	0.322

* Normal dağılmayan verilerdir.

Tablo 3.3. İç Geçerlilik Katsayıları

Ölçek	Cronbach α
Medikal Alt Boyutu	0.801
Beslenme Alt Boyutu	0.566
Görüşme Alt Boyutu	0.064
Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	0.740
Sağlık Sorumluluğu	0.810
Fiziksel Aktivite	0.808
Beslenme	0.576
Manevi Gelişim	0.732
Kişilerarası İlişkiler	0.765
Stres Yönetimi	0.597
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	0.890

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sınırlı sayıda hasta popölasyonu ve daha önceden farklı zamanlarda hipertansiyon tanısı almış hastalar ile gerçekleştirildiğinden sonuçlar tüm hipertansiyonlu hastalara genellenemez.

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma süresince bilimsel ve evrensel etik ilkelere, İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalınmıştır. Çalışmaya başlamadan önce Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Faköltesi Etik Kurulundan 1.12.2022 tarihinde (EK-2) onay alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı merkezden yazılı izin (EK-3) ölçeklerin kullanım izinleri (EK-7) alındıktan sonra çalışmaya başlanmıştır.

Aydınlatılmış onam, gizlilik ve gizliliğın korunması, hakkaniyet, özerklik ve zarar vermeme/yararlılık ilkeleri çalışmada göz önünde bulundurulmuştur. Örneklemeye katılma kriterlerini karşılayan hipertansif hastalara araştırmanın amacı, olası yararları, verilerin araştırmanın amacı dışında kullanılmayacağı, bireysel verilerin ikinci kişilerle paylaşılmayacağı belirtilerek hastaların yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	149	56.9
	Erkek	113	43.1
Yaş	30-44	12	4.6
	45-59	75	28.6
	60-74	130	49.6
	75+	45	17.2
Medeni Durum	Evli	213	81.3
	Bekar/dul	49	18.7
Çocuk Sayısı	Yok	5	1.9
	Bir çocuk	15	5.7
	İki çocuk	20	7.6
	Üç veya daha fazla	222	84.7
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	109	41.6
	Okuryazar	36	13.7
	İlköğretim	91	34.7
	Lise	18	6.9
	Yüksekokul veya üniversite	8	3.1
Çalışma Durumu	Çalışıyor	22	8.4
	Çalışmıyor	240	91.6
Meslek	Ev hanımı	64	52.5
	Emekli	34	27.9
	Memur	9	7.4
	Çiftçi	6	4.9
	Diğer	9	7.4
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	41	15.6
	Gelir gidere eşit	139	53.1
	Gelir giderden fazla	82	31.3
Sosyal Güvence Varlığı	SGK	84	32.1
	Yeşil kart	97	37.0
	Diğer	56	21.4
	Yok	25	9.5
Yaşanılan Yer	İl	37	14.1
	İlçe	126	48.1
	Köy	99	37.8

Tablo 4.1. (Devamı)

		n	%		
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	7	2.7		
	Eş	99	37.8		
	Eş ve çocuklar	111	42.4		
	Çocuğunun yanında	38	14.5		
	Akrabalarla	7	2.7		
Sigara Kullanma	Evet	36	13.7		
	Hayır	226	86.3		
Kullanılan Sigara Miktarı*	Yarım paket	12	33.3		
	Bir paket	19	52.8		
	İki paket	5	13.9		
Alkol Kullanma	Evet	1	0.4		
	Hayır	261	99.6		
HT Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu	Evet	240	92.7		
	Hayır	19	7.3		
HT'nin Hayatı Etkileme Durumu	Evet	247	96.1		
	Hayır	10	3.9		
Evde TA Ölçme	Evet	157	59.9		
	Hayır	105	40.1		
Aile veya Çevrede TA Hikayesi Olma Durumu	Evet	172	65.6		
	Hayır	90	34.4		
Kullanılan HT İlaç Sayısı	1	201	77.9		
	2	53	20.5		
	3 ve üzeri	4	1.6		
TA Ölçüm Sıklığı	Her gün	18	6.9		
	Haftada bir	38	14.5		
	Tansiyonda değişiklik hissettiğinde	190	72.5		
	Bazen	8	3.1		
	Hiç	8	3.1		
Yaşam Biçiminin TA'yı Etkileme Durumu	Evet	246	95.0		
	Hayır	13	5.0		
Diyet Uygulama	Evet	81	30.9		
	Hayır	181	69.1		
Eğzersiz Yapma	Evet	25	9.5		
	Hayır	237	90.5		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	262	31.00	88.00	63.61	11.18
BKI	260	1.34	51.04	29.69	5.77
HT Süresi (yıl)	258	0.50	40.00	7.46	6.40
HT Sağlık Kontrolü Sıklığı (ay)	227	1.00	36.00	3.59	3.45

* Sadece kullananlarda

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi, katılımcıların %56.9’u kadındır, %49.6’sı 60-74 yaş aralığındadır, %81.3’ü evlidir, %84.7’sinin üç ve daha fazla çocuğu vardır. Katılımcıların %41.6’sı okuryazar değildir, %91.6’sı çalışmamaktadır, %52.5’i ev hanımıdır, %53.1’inin geliri giderine eşittir, %37’sinin yeşil kartı vardır ve 48.1’i ilçede yaşamaktadır. Katılımcıların %42.4’ü eş ve çocukları ile yaşamaktadırlar, %86.3’ü sigara kullanmamaktadır, kullananların %52.8’i günde bir paket içmektedir ve %99.6’sı alkol kullanmamaktadır. Katılımcıların %92.7’si HT sağlık kontrolüne gitmektedir, %96.1’inin hayatını HT etkilemektedir, %59.9’u evde TA ölçmektedir, %65.6’sının aile veya yakın çevresinde TA hikayesi vardır, %77.9’u bir HT ilacı kullanmaktadır ve %72.5’i TA’da değişiklik hissettikçe TA ölçümü yapmaktadır. Katılımcıların %69.1’i diyet uygulamamakta, %90.5’i egzersiz yapmamaktadır. Ortalama yaş 63.61 ± 11.18 , ortalama BKI 29.69 ± 5.77 , ortalama HT süresi 7.46 ± 6.40 yıl ve ortalama HT sağlık kontrolü sıklığı 3.59 ± 3.45 aydır.

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.2’de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Medikal Alt Boyutu	262	0.00	21.00	2.58	3.15
Beslenme Alt Boyutu	262	0.00	7.00	2.16	1.58
Görüşme Alt Boyutu	262	0.00	6.00	2.62	0.98
Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	262	2.00	28.00	7.36	4.17

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi katılımcılar, Medikal Alt Boyutundan 2.58 ± 3.15 , Beslenme Alt Boyutundan 2.16 ± 1.58 , Görüşme Alt Boyutundan 2.62 ± 0.98 ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplamından 7.36 ± 4.17 puan almışlardır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Sağlık Sorumluluğu	262	10.00	34.00	18.81	4.40
Fiziksel Aktivite	262	8.00	27.00	11.26	3.91
Beslenme	262	10.00	29.00	20.50	3.66
Manevi Gelişim	262	14.00	36.00	26.56	3.83
Kişilerarası İlişkiler	262	14.00	36.00	25.99	4.35
Stres Yönetimi	262	11.00	30.00	19.84	3.10
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	262	78.00	179.00	122.95	15.89

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi katılımcılar, Sağlık Sorumluluğu alt boyutundan 18.81 ± 4.40 , Fiziksel Aktivite alt boyutundan 11.26 ± 3.91 , Beslenme alt boyutundan 20.50 ± 3.66 , Manevi Gelişim alt boyutundan 26.56 ± 3.83 , Kişilerarası İlişkiler alt boyutundan 25.99 ± 4.35 , Stres Yönetimi alt boyutundan 19.84 ± 3.10 ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplamından 122.95 ± 15.89 puan almışlardır.

Demografik özelliklere göre Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4’de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Hill-bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması

		n	Medikal Alt Boyutu		Beslenme Alt Boyutu		Görüşme Alt Boyutu		Hill-Bone HT Tedavisine Uyum	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	149	2.46	2.53	2.10	1.66	2.61	0.94	7.17	3.62
	Erkek	113	2.73	3.83	2.23	1.49	2.64	1.03	7.60	4.81
	Test ve Önemlilik		U=8.046.000 p=0.533		t=-0.654 p=0.513		t=-0.216 p=0.507		U=8.385.500 p=0.956	
Yaş	30-44	12	2.83	4.41	3.50	1.83	2.75	0.75	9.08	5.35
	45-59	75	2.53	3.00	1.91	1.44	2.61	1.01	7.05	4.25
	60-74	130	2.58	3.02	2.18	1.60	2.54	1.00	7.29	3.80
	75+	45	2.60	3.47	2.16	1.57	2.84	0.90	7.60	4.72
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=1.187$ p=0.756		F=3.614 p= 0.014		F=1.165 p=0.324		$\chi^2_{kw}=3.829$ p=0.280	
Medeni Durum	Evli	213	2.25	2.93	2.04	1.47	2.60	0.95	6.89	3.84
	Bekar/dul	49	4.00	3.67	2.65	1.94	2.73	1.09	9.39	4.93
	Test ve Önemlilik		U=3.489.000 p= 0.000		t=-2.069 p= 0.043		t=-0.893 p=0.373		U=3.487.000 p= 0.000	
Çocuk Sayısı	Yok	5	7.00	6.12	3.20	1.30	3.20	0.84	13.40	7.73
	Bir çocuk	15	2.00	2.90	2.27	1.39	2.07	0.80	6.33	3.33
	İki çocuk	20	1.75	2.43	2.45	1.70	2.50	0.61	6.70	2.89
	Üç daha fazla	222	2.59	3.08	2.10	1.59	2.66	1.01	7.35	4.14
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=8.362$ p= 0.039		F=1.075 p=0.360		F=2.436 p=0.065		$\chi^2_{kw}=5.232$ p=0.156	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	109	2.48	2.78	2.23	1.60	2.70	0.96	7.40	3.98
	Okuryazar	36	2.47	3.61	2.06	1.45	2.64	1.17	7.17	4.44
	İlköğretim	91	2.74	3.32	1.91	1.50	2.62	0.96	7.26	4.27
	Lise	18	3.06	3.95	2.89	1.88	2.22	0.88	8.17	5.07
	Yüksekokul veya üniversite	8	1.63	2.00	2.75	1.83	2.50	0.53	6.88	2.47
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=1.161$ p=0.884		F=1.906 p=0.110		F=0.948 p=0.437		$\chi^2_{kw}=1.079$ p=0.898	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	22	4.09	5.82	2.73	1.55	2.68	0.89	9.50	6.79
	Çalışmıyor	240	2.44	2.76	2.10	1.58	2.62	0.99	7.16	3.81
	Test ve Önemlilik		U=2.634.000 p=0.986		t=1.774 p=0.077		t=0.299 p=0.766		U=2.316.000 p=0.338	
Meslek	Ev hanımı	64	2.86	3.03	2.28	1.84	2.75	1.05	7.89	4.27
	Emekli	34	2.85	3.80	1.88	1.34	2.65	0.95	7.38	4.61
	Memur	9	1.22	1.92	2.89	1.83	2.22	0.44	6.33	2.50
	Çiftçi	6	6.67	7.87	1.83	1.17	2.50	0.84	11.00	9.42
	Diğer	9	4.78	5.76	3.11	1.17	3.11	1.05	11.00	6.80
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=4.936$ p=0.294		F=1.480 p=0.213		F=1.047 p=0.386		$\chi^2_{kw}=2.908$ p=0.573	

Tablo 4.4. (Devamı)

		n	Medikal Alt Boyutu		Beslenme Alt Boyutu		Görüşme Alt Boyutu		Hill-Bone HT Tedavisine Uyum	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	41	3.00	3.17	2.05	1.26	2.66	0.91	7.71	4.20
	Gelir gidere eşit	139	2.50	3.09	2.34	1.65	2.65	1.01	7.50	4.22
	Gelir giderden fazla	82	2.50	3.27	1.90	1.58	2.55	0.97	6.95	4.09
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=2.121$ p=0.346		F=2.081 p=0.127		F=0.334 p=0.716		$\chi^2_{kw}=2.057$ p=0.358	
Sosyal Güvence Varlığı	SGK	84	2.88	3.69	2.14	1.63	2.57	1.14	7.60	4.71
	Yeşil kart	97	2.31	2.67	2.36	1.60	2.67	0.95	7.34	3.81
	Diğer	56	2.64	3.24	2.05	1.70	2.68	0.88	7.38	4.24
	Yok	25	2.48	2.77	1.64	0.91	2.48	0.65	6.60	3.54
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=0.980$ p=0.806		F=1.514 p=0.211		F=0.389 p=0.761		$\chi^2_{kw}=1.138$ p=0.768	
Yaşanılan Yer	İl	37	1.65	2.02	2.19	1.56	2.22	0.82	6.05	2.67
	İlçe	126	3.13	3.28	2.21	1.61	2.75	1.11	8.10	4.49
	Köy	99	2.22	3.22	2.07	1.57	2.61	0.79	6.90	4.05
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=12.385$ p=0.002		F=0.236 p=0.790		F=4.461 p=0.012		$\chi^2_{kw}=8.865$ p=0.012	
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	7	5.43	5.09	2.14	1.46	3.00	0.58	10.57	6.29
	Eş	99	2.06	3.15	1.99	1.40	2.47	0.92	6.53	3.78
	Eş ve çocuklar	111	2.46	2.82	2.12	1.54	2.69	0.98	7.27	3.95
	Çocuğunun yanında	38	3.39	2.97	2.66	2.11	2.74	1.16	8.79	4.47
	Akrabalarla	7	4.57	4.58	2.43	1.40	2.57	0.98	9.57	5.71
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=16.427$ p=0.002		F=1.301 p=0.270		F=1.109 p=0.353		$\chi^2_{kw}=13.800$ p=0.008	
Sigara Kullanma	Evet	36	2.00	2.86	2.56	1.44	2.53	0.91	7.08	3.81
	Hayır	226	2.67	3.19	2.09	1.60	2.64	0.99	7.40	4.23
	Test ve Önemlilik		U=3.412.000 p=0.114		t=1.633 p=0.104		t=-0.623 p=0.531		U=3.896.000 p=0.682	
Kullanılan Sigara Miktarı	Yarım paket	12	2.33	3.77	2.42	0.90	2.92	1.00	7.67	4.85
	Bir paket	19	1.89	2.05	2.47	1.81	2.37	0.90	6.74	3.14
	İki paket	5	1.60	3.58	3.20	0.84	2.20	0.45	7.00	4.00
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=1.789$ p=0.282		F=0.570 p=0.571		F=1.789 p=0.183		$\chi^2_{kw}=0.247$ p=0.884	
HT Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu	Evet	240	2.60	3.20	2.07	1.46	2.64	0.95	7.31	4.14
	Hayır	19	2.11	1.76	3.16	2.32	2.47	1.35	7.74	3.40
	Test ve Önemlilik		U=2.277.500 p=0.994		t=-2.022 p=0.057		t=0.519 p=0.609		U=1.921.000 p=0.251	
HT'nin Hayatı Etkileme Durumu	Evet	247	2.53	3.16	2.12	1.56	2.62	0.94	7.27	4.12
	Hayır	10	3.10	2.08	1.90	1.45	2.70	1.83	7.70	4.11
	Test ve Önemlilik		U=894.500 p=0.133		t=0.441 p=0.660		t=-0.139 p=0.893		U=1.083.000 p=0.507	

Tablo 4.4. (Devamı)

			Medikal Alt		Beslenme Alt		Görüşme Alt		Hill-Bone HT	
n			Boyutu		Boyutu		Boyutu		Tedavisine Uyum	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Evde TA Ölçme	Evet	157	2.43	2.72	2.06	1.51	2.55	0.98	7.04	3.71
	Hayır	105	2.80	3.71	2.30	1.68	2.73	0.96	7.83	4.76
	Test ve Önemlilik		U=8.050.500 p=0.745		t=-1.161 p=0.247		t=-1.509 p=0.133		U=7.665.000 p=0.334	
Aile veya Çevrede TA Hikayesi Olma Durumu	Evet	172	2.45	2.69	2.22	1.59	2.56	0.92	7.23	3.65
	Hayır	90	2.82	3.88	2.03	1.58	2.74	1.08	7.60	5.03
	Test ve Önemlilik		U=7.578.000 p=0.777		t=0.910 p=0.364		t=-1.468 p=0.143		U=7.541.500 p=0.732	
Kullanılan HT İlaç Sayısı	1	201	2.35	2.83	2.07	1.60	2.57	0.95	6.99	3.90
	2	53	2.96	3.31	2.25	1.34	2.77	1.05	7.98	4.16
	3 ve üzeri	4	3.75	3.86	3.00	1.41	3.00	1.83	9.75	4.57
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=1.740$ p=0.419		F=0.927 p=0.397		F=1.184 p=0.308		$\chi^2_{kw}=5.319$ p=0.070	
TA Ölçüm Sıklığı	Hergün	18	1.89	2.11	1.78	1.48	2.22	1.26	5.89	2.54
	Haftada bir	38	2.32	2.48	2.53	1.94	2.63	0.97	7.47	3.96
	TA değişikliklerinde	190	2.51	3.02	2.06	1.53	2.61	0.92	7.17	3.94
	Bazen	8	3.88	5.82	3.00	0.93	3.00	0.53	9.88	6.69
	Hiç	8	5.88	5.49	2.75	1.28	3.50	1.41	12.13	6.75
	Test ve Önemlilik		$\chi^2_{kw}=3.123$ p=0.537		F=1.831 p=0.123		F=2.750 p=0.029		$\chi^2_{kw}=7.444$ p=0.114	
Yaşam Biçiminin TA'yı Etkileme Durumu	Evet	246	2.50	3.06	2.07	1.50	2.59	0.96	7.15	4.00
	Hayır	13	3.69	4.21	3.69	1.80	2.92	1.19	10.31	5.12
	Test ve Önemlilik		U=1.257.500 p=0.187		t=-3.756 p=0.000		t=-1.212 p=0.227		U=887.500 p=0.007	
Diyet Uygulama	Evet	81	2.80	2.98	1.53	1.21	2.64	1.14	6.98	3.93
	Hayır	181	2.48	3.23	2.44	1.65	2.61	0.90	7.53	4.27
	Test ve Önemlilik		U=6.369.500 p=0.085		t=-4.982 p=0.000		t=0.200 p=0.842		U=6.684.000 p=0.252	
Egzersiz Yapma	Evet	25	3.64	4.66	1.44	1.12	2.44	1.19	7.52	5.62
	Hayır	237	2.47	2.94	2.23	1.61	2.64	0.95	7.34	4.00
	Test ve Önemlilik		U=2.521.500 p=0.213		t=-2.400 p=0.017		t=-0.979 p=0.328		U=2.766.000 p=0.584	

Medikal Alt Boyutu için;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, medeni durum, çocuk sayısı, yaşanılan yer ve birlikte yaşanılan kişilere göre Medikal Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Bekar/dulların puan ortalaması daha yüksektir.

Çocuk sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); çocuğu olmayanların puanlarının, 1, 2, 3 ve üzeri çocuğu olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); ilçede yaşayanların puanlarının köy ve ilde yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca köyde yaşayanların puanı da ilde yaşayanlardan yüksektir.

Birlikte yaşanılan kişilere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); yalnız yaşayanların puanlarının eş, eş ve çocukları ile yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, HT'nin hayatı etkileme durumu, evde TA ölçme, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu, kullanılan HT ilaç sayısı, TA ölçüm sıklığı, yaşam biçiminin TA'yı etkileme durumu, diyet ve egzersiz uygulama durumuna göre Medikal Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Beslenme Alt Boyutu için;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, yaş, medeni durum, yaşam biçiminin TA'yı etkileme durumu, diyet ve egzersiz uygulama durumuna göre Beslenme Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Yaşa göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 30-44 yaş aralığında olanların puanlarının, 45-59, 60-74 ve 70 yaş üzeri olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bekar/dulların puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşam biçiminin TA'yı etkilemeyenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Diyet ve egzersiz uygulamayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.3'de görüldüğü gibi, cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, HT'nin hayatı etkileme durumu, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, evde TA ölçme, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu, kullanılan HT ilaç sayısı ve TA ölçüm sıklığına göre Beslenme Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Görüşme Alt Boyutu için;

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, yaşanılan yer ve TA ölçüm sıklığına göre Görüşme Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ilçede yaşayanların puanlarının köy ve ilde yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca köyde yaşayanların puanı da il de yaşayanlardan yüksektir.

TA ölçüm sıklığına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); hiç ölçmeyenlerin puanlarının, her gün, haftada bir ve TA değiştikçe ölçenlerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4'de görüldüğü gibi, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, birlikte yaşanılan kişiler, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, HT'nin hayatı etkileme durumu, evde TA ölçme, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu, kullanılan HT ilaç sayısı, yaşam biçiminin TA'yı etkileme, diyet ve egzersiz uygulama durumuna durumuna göre Görüşme Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı için;

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, medeni durum, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, yaşam biçiminin TA'yı etkileme durumuna göre Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bekar/dulların puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); ilçede yaşayanların puanlarının köy ve ilde yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Birlikte yaşanılan kişilere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); yalnız yaşayanların puanlarının eş, eş ve çocukları ile yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi, cinsiyet, yaş, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, HT'nin hayatı etkileme durumu, evde TA ölçme, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu, kullanılan HT ilaç sayısı, TA ölçüm sıklığı, diyet ve egzersiz uygulama durumuna göre Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Demografik özelliklere göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5’de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve alt boyutlarından alınan puanlarının karşılaştırılması

		n	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	149	18.56	4.58	10.52	3.73	20.20	3.76	26.36	3.82	26.44	4.16	19.47	3.26	121.55	15.76
	Erkek	113	19.14	4.14	12.25	3.94	20.89	3.51	26.81	3.83	25.39	4.54	20.32	2.81	124.81	15.94
	Test ve Önemlilik		t=-1.066 p=0.288		U=5.808.000 p= 0.000		t=-1.519 p=0.130		t=-0.946 p=0.172		t=1.953 p=0.052		t=-2.214 p= 0.028		t=-1.648 p=0.101	
Yaş	30-44	12	19.75	5.58	10.42	2.50	19.92	2.97	28.00	3.05	27.92	5.12	19.50	2.71	125.50	13.81
	45-59	75	19.08	4.21	12.19	4.63	20.77	3.74	26.73	3.57	25.93	4.19	19.81	3.17	124.52	15.12
	60-74	130	19.11	4.23	11.15	3.76	20.57	3.43	26.74	3.79	26.28	4.17	20.07	3.26	123.92	15.87
	75+	45	17.24	4.65	10.29	3.00	20.00	4.34	25.36	4.33	24.71	4.71	19.29	2.56	116.89	16.73
	Test ve Önemlilik		F=2.414 p=0.067		$\chi^2_{kw}=6.301$ p=0.098		F=0.533 p=0.660		F=2.230 p=0.085		F=2.321 p=0.076		F=0.761 p=0.517		F=2.744 p= 0.044	
Medeni Durum	Evli	213	18.85	4.11	11.14	3.65	20.30	3.74	26.77	3.56	26.10	4.27	20.08	2.92	123.23	15.23
	Bekar/dul	49	18.63	5.54	11.82	4.89	21.39	3.20	25.63	4.76	25.51	4.71	18.78	3.63	121.76	18.62
	Test ve Önemlilik		t=0.258 p=0.797		U=5.198.000 p=0.965		t=-1.890 p=0.060		t=1.575 p=0.121		t=0.854 p=0.425		t=2.347 p= 0.022		t=0.585 p=0.559	
Çocuk Sayısı	Yok	5	21.20	4.55	16.20	5.54	21.00	3.81	26.40	3.78	24.80	5.22	22.20	2.86	131.80	16.69
	Bir çocuk	15	20.20	4.00	13.20	4.36	20.20	3.76	27.47	2.92	26.00	3.76	20.67	3.29	127.73	11.04
	İki çocuk	20	19.70	4.41	11.35	3.80	21.60	3.63	26.25	3.63	25.40	5.42	19.25	3.51	123.55	16.30
	Üç ve fazla	222	18.58	4.40	11.01	3.77	20.41	3.66	26.53	3.91	26.07	4.28	19.78	3.04	122.38	16.09
	Test ve Önemlilik		F=1.472 p=0.222		$\chi^2_{kw}=11.347$ p= 0.010		F=0.708 p=0.548		F=0.330 p=0.803		F=0.269 p=0.848		F=1.606 p=0.188		F=1.077 p=0.360	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	109	17.30	4.00	9.92	3.48	19.95	3.03	25.72	3.90	25.95	4.39	19.48	3.16	118.31	15.66
	Okuryazar	36	19.31	4.45	11.78	4.07	20.42	3.70	27.39	3.61	26.64	4.72	20.72	3.13	126.25	15.44
	İlköğretim	91	19.87	4.35	11.95	3.70	20.89	4.18	26.84	3.68	25.34	3.74	19.55	2.92	124.43	14.50
	Lise	18	20.28	3.18	13.83	3.50	22.11	3.97	28.39	3.31	27.67	5.03	21.56	2.87	133.83	14.90
	Yüksekokul veya üniversite	8	21.75	6.41	13.75	5.97	20.25	3.73	27.00	4.54	27.25	6.23	20.13	3.14	130.13	20.29
	Test ve Önemlilik		F=6.535 p= 0.000		$\chi^2_{kw}=39.189$ p= 0.000		F=1.768 p=0.136		F=3.012 p= 0.019		F=1.561 p=0.185		F=2.778 p= 0.027		F=5.829 p= 0.000	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	22	19.86	5.15	13.59	4.75	20.91	4.49	26.64	5.49	25.14	4.98	20.05	3.46	126.18	22.03
	Çalışmıyorum	240	18.71	4.32	11.05	3.76	20.46	3.59	26.55	3.65	26.07	4.29	19.82	3.07	122.66	15.23
	Test ve Önemlilik		t=1.176 p=0.241		U=1.705.500 p=0.005		t=0.546 p=0.585		t=0.072 p=0.920		t=-0.960 p=0.338		t=0.331 p=0.741		t=0.734 p=0.470	
Meslek	Ev hanımı	64	18.20	4.24	10.08	2.98	20.75	3.53	26.34	3.55	26.08	3.90	19.42	2.80	120.88	12.11
	Emekli	34	19.41	4.29	12.82	3.82	22.00	3.51	27.79	3.39	25.68	4.37	20.91	2.84	128.62	14.92
	Memur	9	21.33	6.20	12.67	4.33	21.33	4.47	28.11	5.16	27.44	6.13	20.44	3.64	131.33	24.10
	Çiftçi	6	20.50	5.43	13.17	5.60	23.67	3.61	27.00	4.69	24.00	4.34	19.00	3.41	127.33	21.96
	Diğer	9	17.67	2.34	13.78	5.01	19.00	3.94	24.11	5.69	22.33	3.32	19.56	2.99	116.44	18.28
	Test ve Önemlilik		F=1.594 p=0.181		$\chi^2_{kw}=18.816$ p=0.001		F=2.180 p=0.075		F=2.124 p=0.082		F=2.198 p=0.073		F=1.647 p=0.167		F=2.677 p=0.035	
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	41	18.49	3.44	10.88	3.45	19.61	2.86	24.17	3.77	23.63	3.95	18.20	3.09	114.98	12.26
	Gelir gidere eşit	139	18.24	4.48	10.95	4.08	20.50	3.69	26.61	3.60	25.93	4.19	19.83	2.96	122.07	15.70
	Gelir giderden fazla	82	19.93	4.52	11.99	3.77	20.94	3.93	27.66	3.73	27.27	4.33	20.66	3.03	128.44	15.98
	Test ve Önemlilik		F=3.990 p=0.020		$\chi^2_{kw}=8.076$ p=0.018		F=1.810 p=0.166		F=12.380 p=0.000		F=10.254 p=0.000		F=9.195 p=0.000		F=11.063 p=0.000	
Sosyal Güvence Varlığı	SGK	84	20.14	4.49	12.19	3.88	20.98	3.66	27.35	3.69	26.99	4.38	20.35	2.89	127.99	14.61
	Yeşil kart	97	17.59	3.84	10.21	3.63	19.69	3.31	25.67	3.60	25.01	4.17	19.67	3.33	117.84	14.37
	Diğer	56	18.79	4.86	11.70	3.62	21.36	3.96	26.89	4.28	26.41	4.14	19.57	3.12	124.71	17.56
	Yok	25	19.12	3.92	11.28	4.86	20.12	3.80	26.60	3.56	25.48	4.74	19.36	2.71	121.96	16.49
	Test ve Önemlilik		F=5.366 p=0.001		$\chi^2_{kw}=22.687$ p=0.000		F=3.243 p=0.023		F=3.146 p=0.026		F=3.504 p=0.016		F=1.186 p=0.316		F=6.863 p=0.000	
Yaşanılan Yer	İl	37	20.41	4.60	12.41	4.33	21.62	4.24	27.43	4.15	27.16	4.74	20.62	3.17	129.65	17.51
	İlçe	126	19.07	4.42	11.37	3.55	20.33	3.77	26.82	3.87	25.83	4.46	19.84	3.27	123.25	15.78
	Köy	99	17.88	4.12	10.71	4.11	20.30	3.23	25.90	3.57	25.75	4.02	19.54	2.81	120.07	14.72
	Test ve Önemlilik		F=5.025 p=0.007		$\chi^2_{kw}=8.210$ p=0.016		F=2.036 p=0.133		F=2.761 p=0.065		F=1.587 p=0.206		F=1.667 p=0.191		F=5.092 p=0.007	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Birlikte Yaşanılan Kişiler	Yalnız	7	17.57	2.30	13.71	6.95	20.00	1.83	24.71	3.20	23.57	1.99	18.29	3.86	117.86	10.07
	Eş	99	18.81	4.00	10.94	3.45	20.75	3.72	26.70	3.64	26.26	4.22	20.22	2.79	123.68	15.76
	Eş ve çocuklar	111	18.96	4.18	11.42	3.82	19.92	3.81	26.92	3.56	26.07	4.35	19.97	3.04	123.27	15.10
	Çocuğunun yanında	38	19.00	5.74	11.34	4.70	21.66	3.18	25.84	4.56	26.08	4.26	18.89	3.54	122.82	17.93
	Akrabalarla	7	16.57	6.58	10.43	3.05	20.43	3.10	24.57	6.00	22.71	7.02	18.86	4.02	113.57	22.62
Test ve Önemlilik			F=0.640 p=0.634		x ² _{kw} =1.556 p=0.817		F=1.815 p=0.126		F=1.502 p=0.202		F=1.662 p=0.159		F=1.960 p=0.101		F=0.851 p=0.494	
Sigara Kullanma	Evet	36	19.44	3.83	11.44	3.89	19.69	3.86	25.97	4.14	24.58	4.12	19.64	2.87	120.78	15.70
	Hayır	226	18.71	4.48	11.23	3.92	20.63	3.62	26.65	3.78	26.21	4.35	19.87	3.14	123.30	15.92
	Test ve Önemlilik		t=0.933 p=0.352		U=3.793.500 p=0.506		t=-1.423 p=0.156		t=-0.988 p=0.324		t=-2.101 p=0.037		t=-0.410 p=0.682		t=-0.885 p=0.377	
Kullanılan Sigara Miktarı	Yarım paket	12	16.50	1.88	9.83	1.99	18.83	3.16	25.17	3.76	24.42	3.65	19.50	3.15	114.25	11.58
	Bir paket	19	21.47	3.79	12.74	4.59	20.47	3.75	26.26	4.09	24.95	4.34	19.89	2.56	125.79	14.69
	İki paket	5	18.80	2.77	10.40	3.05	18.80	5.81	26.80	5.67	23.60	5.03	19.00	3.81	117.40	23.58
	Test ve Önemlilik		F=9.259 p=0.001		x ² _{kw} =4.057 p=0.132		F=0.811 p=0.453		F=0.361 p=0.700		F=0.216 p=0.807		F=0.204 p=0.817		F=2.275 p=0.119	
HT Sağlık Kontrolüne Gitme Durumu	Evet	240	18.86	4.32	11.10	3.72	20.51	3.55	26.54	3.70	25.82	4.19	19.73	3.00	122.57	14.96
	Hayır	19	17.79	5.44	13.21	5.57	20.05	5.13	26.53	5.16	27.95	5.74	21.16	3.82	126.68	24.84
	Test ve Önemlilik		t=1.021 p=0.308		U=1.887.000 p=0.201		t=0.384 p=0.601		t=0.012 p=0.990		t=-1.582 p=0.130		t=-1.957 p=0.051		t=-0.712 p=0.485	
HT'nin Hayatı Etkileme Durumu	Evet	247	18.82	4.36	11.12	3.83	20.55	3.70	26.65	3.83	26.06	4.35	19.89	3.11	123.09	16.03
	Hayır	10	18.30	4.99	15.90	3.73	19.70	2.87	25.50	3.78	25.20	4.57	19.00	3.50	123.60	13.15
	Test ve Önemlilik		t=0.366 p=0.714		U=454.500 p=0.001		t=0.714 p=0.476		t=0.932 p=0.352		t=0.612 p=0.541		t=0.881 p=0.379		t=-0.100 p=0.920	
Evde TA Ölçme	Evet	157	19.29	4.69	11.43	3.97	20.35	3.78	26.84	3.58	26.36	4.10	19.90	3.34	124.18	16.08
	Hayır	105	18.09	3.83	11.01	3.82	20.72	3.49	26.13	4.15	25.44	4.66	19.73	2.70	121.12	15.50
	Test ve Önemlilik		t=2.282 p=0.023		U=7.858.000 p=0.513		t=-0.808 p=0.210		t=1.427 p=0.078		t=1.682 p=0.094		t=0.438 p=0.331		t=1.529 p=0.064	
Aile veya Çevrede TA Hikayesi Olma Durumu	Evet	172	18.51	4.24	11.22	3.91	19.99	3.40	26.33	3.73	25.72	4.22	19.84	3.04	121.61	14.50
	Hayır	90	19.38	4.66	11.34	3.93	21.47	3.97	27.00	3.99	26.51	4.55	19.82	3.21	125.52	18.05
	Test ve Önemlilik		t=-1.517 p=0.065		U=7.513.500 p=0.691		t=-3.141 p=0.002		t=-1.357 p=0.088		t=-1.410 p=0.080		t=0.052 p=0.479		t=-1.777 p=0.078	

Tablo 4.5. (Devamı)

		n	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Kullanılan HT İlaç Sayısı	1	201	18.48	4.12	11.17	4.03	20.40	3.54	26.63	3.64	26.02	4.04	19.90	2.90	122.60	15.08
	2	53	19.74	4.90	11.68	3.32	20.87	4.11	26.58	4.37	26.02	5.35	19.77	3.70	124.66	17.84
	3 ve üzeri	4	17.00	1.63	9.50	2.38	17.50	1.29	22.75	2.22	24.50	5.26	19.25	3.95	110.50	12.18
Test ve Önemlilik			F=2.133 p=0.121		χ ² _{kw} =5.059 p=0.080		F=1.674 p=0.190		F=2.055 p=0.130		F=0.240 p=0.787		F=0.111 p=0.895		F=1.626 p=0.199	
TA Ölçüm Sıklığı	Her gün	18	20.39	3.43	13.33	4.85	21.89	2.63	25.44	4.33	26.22	3.66	18.06	3.56	125.33	12.65
	Haftada bir	38	18.71	4.71	10.79	2.71	20.53	4.01	25.84	4.27	24.92	4.10	19.39	3.17	120.18	15.33
	TA değişikliğinde hissettiğinde	190	18.75	4.43	11.13	3.93	20.36	3.66	26.93	3.55	26.24	4.38	20.12	3.00	123.52	16.27
	Bazen	8	20.00	3.66	12.63	5.76	21.63	3.62	24.13	2.47	26.13	5.08	19.50	2.67	124.00	11.81
	Hiç	8	16.00	3.78	10.63	3.02	19.50	3.93	26.13	6.42	24.50	5.42	19.50	3.51	116.25	19.51
	Test ve Önemlilik			F=1.570 p=0.183		χ ² _{kw} =4.824 p=0.306		F=1.057 p=0.378		F=2.019 p=0.092		F=0.976 p=0.421		F=2.169 p=0.073		F=0.813 p=0.518
Yaşam Biçiminin TA'yı Etkileme Durumu	Evet	246	18.96	4.42	11.16	3.90	20.50	3.72	26.67	3.87	26.26	4.32	19.95	3.10	123.49	16.10
	Hayır	13	16.38	3.78	13.92	3.30	20.92	2.56	25.38	2.47	22.23	2.09	18.46	2.73	117.31	7.38
	Test ve Önemlilik			t=2.058 p=0.041		U=830.000 p=0.003		t=-0.408 p=0.342		t=1.181 p=0.119		t=6.285 p=0.001		t=1.694 p=0.091		t=2.700 p=0.014
Diyet Uygulama	Evet	81	20.47	4.65	12.21	4.31	20.78	3.77	27.07	3.58	25.99	4.34	19.80	2.93	126.32	16.86
	Hayır	181	18.07	4.08	10.84	3.65	20.38	3.62	26.33	3.92	25.99	4.36	19.85	3.18	121.45	15.24
	Test ve Önemlilik			t=4.009 p=0.000		U=5.737.500 p=0.004		t=0.820 p=0.206		t=1.466 p=0.072		t=-0.002 p=0.499		t=-0.117 p=0.454		t=2.314 p=0.021
Eğzersiz Yapma	Evet	25	21.48	3.38	15.36	4.10	21.92	3.15	26.60	4.06	25.00	4.56	19.76	2.74	130.12	12.73
	Hayır	237	18.53	4.40	10.83	3.64	20.35	3.69	26.55	3.81	26.09	4.32	19.84	3.14	122.20	16.02
	Test ve Önemlilik			t=3.250 p=0.001		U=1.028.500 p=0.000		t=2.050 p=0.041		t=0.059 p=0.277		t=-1.196 p=0.116		t=-0.129 p=0.449		t=2.392 p=0.017

Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu için;

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, eğitim durumu, gelir düzeyi, yaşanılan yer, kullanılan sigara miktarı, evde TA ölçme, yaşam biçiminin TA'yı etkileme durumu, diyet ve egzersiz uygulama durumuna göre Sağlık Sorumluluğu Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); okuryazar olmayanların puanlarının, okuryazar, ilköğretim, lise, YO veya üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderinden fazla olanların puanlarının, geliri giderine eşit olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); köyde yaşayanların puanlarının, ilçe ve ilde yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Kullanılan sigara miktarına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); günde yarım paket içenlerin puanlarının, bir paket içenlerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Evde TA ölçenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşam biçiminin TA'yı etkileyenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Diyet ve egzersiz uygulayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, sosyal güvence varlığı, meslek, birlikte yaşanılan kişiler, sigara kullanma, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, HT'nin hayatı etkileme durumu, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu, kullanılan HT ilaç sayısı ve TA ölçüm sıklığına göre Sağlık

Sorumluluğu Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Fiziksel Aktivite Alt Boyutu için;

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, cinsiyet, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, yaşanılan yer, HT'nin hayatı etkileme durumu, yaşam biçiminin TA'yı etkileme durumu, diyet ve egzersiz uygulama durumuna göre Fiziksel Aktivite Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir.

Çocuk sayısına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); 3 ve üzeri çocuğu olanların puanlarının, çocuğu olmayan ve bir çocuğu olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); okuryazar olmayanların puanlarının, okuryazar, ilköğretim, lise, YO veya üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışanların puan ortalaması daha yüksektir.

Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); ev hanımlarının puanlarının, emekli, memur ve çiftçi ve diğer mesleklerden olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); geliri giderinden fazla olanların puanlarının, geliri giderinden az ve eşit olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sosyal güvence varlığın göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); SGK’lıların puanlarının, yeşil kartlılardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (Z); köyde yaşayanların puanlarının, ilde yaşayanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

HT sağlık kontrollerine gitmeyenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşam biçimi TA'yı etkilemeyenlerde puan ortalaması daha yüksektir.

Diyet ve egzersiz uygulayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi, yaş, medeni durum, birlikte yaşanılan kişiler, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, evde TA ölçme, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu, kullanılan HT ilaç sayısı ve TA ölçüm sıklığına göre Fiziksel Aktivite Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Beslenme Alt Boyutu için;

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi, sosyal güvence varlığı, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu ve egzersiz uygulama durumuna göre Beslenme Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Sosyal güvence varlığın göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Yeşil kartlıların puanlarının SGK ve diğer güvencesi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Aile veya çevrede TA hikayesi olmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Egzersiz uygulayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, HT'nin hayatı etkileme durumu, evde TA ölçme, kullanılan HT ilaç sayısı, TA ölçüm sıklığı,

yaşam biçiminin TA'yı etkileme durumu ve diyet durumuna göre Beslenme Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Manevi Gelişim Alt Boyutu için;

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, eğitim durumu, gelir düzeyi ve sosyal güvence varlığına göre Manevi Gelişim Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Eğitim durumuna göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); okuryazar olmayanların puanlarının, okuryazar, ilköğretim, lise, YO veya üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderinden fazla olanların puanlarının, geliri giderinden az ve eşit olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca geliri giderine eşit olanların puanı da geliri giderinden az olanlardan yüksektir.

Sosyal güvence varlığın göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Yeşil kartlıların puanlarının SGK güvencesi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, meslek, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, HT'nin hayatı etkileme durumu, evde TA ölçme, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu, kullanılan HT ilaç sayısı, TA ölçüm sıklığı, yaşam biçiminin TA'yı etkileme durumu, diyet ve egzersiz uygulama durumuna göre Manevi Gelişim Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutu için;

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, sigara kullanma, evde TA ölçme ve yaşam biçiminin TA'yı etkileme durumuna göre Kişilerarası İlişkiler Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderinden fazla olanların puanlarının, geliri giderinden az ve eşit olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca geliri giderine eşit olanların puanı da geliri giderinden az olanlardan yüksektir.

Sosyal güvence varlığın göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Yeşil kartlıların puanlarının SGK güvencesi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Sigara kullanmayanların puan ortalaması daha yüksektir.

Evde TA ölçenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Yaşam biçiminin TA'yı etkileyenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, kullanılan sigara miktarı, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, HT'nin hayatı etkileme durumu, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu, kullanılan HT ilaç sayısı, TA ölçüm sıklığı, diyet ve egzersiz uygulama durumuna göre Kişilerarası İlişkiler Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Stres Yönetimi Alt Boyutu için;

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, ve yaşam biçiminin TA'yı etkileme durumuna göre Stres Yönetimi Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Erkeklerin puan ortalaması daha yüksektir.

Evlilerin puan ortalaması daha yüksektir.

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); okuryazar olmayanların puanlarının, okuryazar ve lise mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderinden fazla olanların puanlarının, geliri giderinden az ve eşit olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca geliri giderine eşit olanların puanı da geliri giderinden az olanlardan yüksektir.

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, yaş, çocuk sayısı, çalışma durumu, meslek, sosyal güvence varlığı, yaşanılan yer, birlikte yaşanılan kişiler, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, HT'nin hayatı etkileme durumu, evde TA ölçme, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu, kullanılan HT ilaç sayısı, TA ölçüm sıklığı, diyet ve egzersiz uygulama durumuna göre Stres Yönetimi Alt Boyut puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puanı için;

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi, yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, yaşanılan yer, yaşam biçiminin TA'yı etkileme durumu, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, diyet ve egzersiz uygulama durumuna göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Yaşa göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); 75 ve üzeri yaştakilerin puanlarının 30-44, 45-59 ve 60-74 yaş grubundakilerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Eğitim düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); okuryazar olmayanların puanlarının, okuryazar, ilköğretim, lise, YO veya üniversite mezunlarından düşük olduğu belirlenmiştir.

Mesleğe göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ev hanımlarının puanlarının, emeklilerden düşük olduğu belirlenmiştir.

Gelir düzeyine göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); geliri giderinden fazla olanların puanlarının, geliri giderinden az ve eşit olanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca geliri giderine eşit olanların puanı da geliri giderinden az olanlardan yüksektir.

Sosyal güvence varlığına göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Yeşil kartlıların puanlarının SGK ve diğer güvencesi olanlardan düşük olduğu belirlenmiştir.

Yaşanılan yere göre farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); ilde yaşayanların puanlarının, ilçe ve köyde yaşayanlardan yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşam biçimi TA'yı etkileyenlerin puan ortalaması daha yüksektir.

Diyet ve egzersiz yapanların puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 4.5'de görüldüğü gibi, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, birlikte yaşanılan kişiler, sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı, HT sağlık kontrolüne gitme durumu, HT'nin hayatı etkileme durumu, evde TA ölçme, aile veya çevrede TA hikayesi olma durumu, kullanılan HT ilaç sayısı ve TA ölçüm sıklığına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Çeşitli özellikler ile hill-bone hipertansiyon tedavisine uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Yaş	BKI*	HT Süresi (yıl)*	HT Sağlık Kontrolü Sıklığı (ay)*
Medikal Alt Boyutu*	r	0.036	-0.069	-0.074	-0.096
	p	0.557	0.268	0.239	0.150
	n	262	260	258	227
Beslenme Alt Boyutu	r	-0.039	0.047	-0.008	0.126
	p	0.528	0.450	0.900	0.058
	n	262	260	258	227
Görüşme Alt Boyutu	r	0.039	-0.063	-0.035	0.053
	p	0.525	0.312	0.572	0.424
	n	262	260	258	227
Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği*	r	0.054	-0.050	-0.048	-0.002
	p	0.381	0.426	0.443	0.976
	n	262	260	258	227
Sağlık Sorumluluğu	r	-0.120	0.043	-0.036	-0.267
	p	0.052	0.492	0.563	0.000
	n	262	260	258	227
Fiziksel Aktivite*	r	-0.126	-0.040	0.000	-0.117
	p	0.041	0.521	0.999	0.079
	n	262	260	258	227
Beslenme	r	0.004	-0.035	-0.006	-0.065
	p	0.942	0.574	0.923	0.332
	n	262	260	258	227
Manevi Gelişim	r	-0.111	0.089	-0.027	0.155
	p	0.072	0.151	0.672	0.019
	n	262	260	258	227
Kişilerarası İlişkiler	r	-0.103	0.065	0.043	0.097
	p	0.096	0.296	0.493	0.144
	n	262	260	258	227
Stres Yönetimi	r	-0.011	-0.020	0.016	0.152
	p	0.857	0.745	0.803	0.022
	n	262	260	258	227
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	r	-0.116	0.054	-0.018	-0.047
	p	0.061	0.384	0.767	0.479
	n	262	260	258	227

*Spearman korelasyon analizi

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Medikal, Beslenme, Görüşme Alt Boyutları ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı ile yaş, BKİ, HT süresi ve HT sağlık kontrolü sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı ile HT sağlık kontrolü sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı arttıkça, HT sağlık kontrolü sıklığı azalmaktadır. Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı ile yaş, BKİ ve HT süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Manevi Gelişim ve Stres Yönetimi alt boyut puanları ile HT sağlık kontrolü sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Manevi Gelişim ve Stres Yönetimi alt boyut puanları arttıkça, HT sağlık kontrolü sıklığı da artmaktadır. Manevi Gelişim ve Stres Yönetimi alt boyut puanları ile yaş, BKİ ve HT süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi Fiziksel Aktivite, Beslenme, Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puanı ile yaş, BKİ, HT süresi ve HT sağlık kontrolü sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 11 ve alt boyutlar arasındaki ilişkinin incelenmesi

		Hill-Bone			
		Medikal Alt	Beslenme Alt	Görüşme Alt	Hipertansiyon
		Boyutu*	Boyutu	Boyutu	Tedavisine
					Uyum Ölçeği*
Sağlık Sorumluluğu	r	0.050	-0.070	-0.254	-0.061
	p	0.421	0.256	0.000	0.323
	n	262	262	262	262
Fiziksel Aktivite*	r	0.093	0.071	-0.081	0.074
	p	0.132	0.253	0.191	0.231
	n	262	262	262	262
Beslenme	r	-0.012	0.038	-0.038	-0.003
	p	0.840	0.541	0.541	0.964
	n	262	262	262	262
Manevi Gelişim	r	-0.094	-0.102	-0.133	-0.138
	p	0.131	0.098	0.031	0.026
	n	262	262	262	262
Kişilerarası İlişkiler	r	-0.127	-0.067	-0.151	-0.142
	p	0.039	0.283	0.014	0.021
	n	262	262	262	262
Stres Yönetimi	r	-0.078	-0.073	-0.174	-0.134
	p	0.206	0.240	0.005	0.030
	n	262	262	262	262
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	r	-0.046	-0.059	-0.216	-0.115
	p	0.458	0.343	0.000	0.063
	n	262	262	262	262

*Spearman korelasyon analizi

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı ile Görüşme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p < 0.05$). Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı arttıkça, Görüşme alt boyut puanı azalmaktadır. Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı ile Medikal, Beslenme Alt Boyutları

ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Fiziksel Aktivite ve Beslenme alt boyut puanları ile Medikal, Beslenme, Görüşme Alt Boyutları ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Manevi Gelişim alt boyut puanı ile Görüşme alt boyut puanı ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Manevi Gelişim alt boyut puanı arttıkça, Görüşme alt boyut puanı ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı azalmaktadır. Manevi Gelişim alt boyut puanı ile Medikal ve Beslenme Alt Boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Kişilerarası İlişkiler alt boyut puanı ile Medikal, Görüşme alt boyut puanı ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Kişilerarası İlişkiler alt boyut puanı arttıkça, Medikal, Görüşme alt boyut puanı ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı azalmaktadır. Kişilerarası İlişkiler alt boyut puanı ile Beslenme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Stres Yönetimi alt boyut puanı ile Görüşme alt boyut puanı ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Stres Yönetimi alt boyut puanı arttıkça, Görüşme alt boyut puanı ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı azalmaktadır. Stres Yönetimi alt boyut puanı ile

Medikal ve Beslenme Alt Boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puanı ile Görüşme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puanı arttıkça, Görüşme alt boyut puanı azalmaktadır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puanı ile Medikal, Beslenme Alt Boyutları ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Hipertansif bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla tedavi uyumları arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmada elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Hipertansiyon nedeniyle dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerine başvuran bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla tedavi uyumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmış olan bu çalışmada hastaların hipertansiyon tedavisine uyumu yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucunda HBHTUÖ puan ortalaması 7.36 ± 4.17 olarak bulunmuştur. HBHTUÖ’den alınabilecek toplam puan ortalaması 0 ile 42 arasında değişmektedir. Bu çalışmada, tüm ölçekten toplam “0” puan alan hipertansif birey tamamen uyumlu olarak değerlendirilmekte, sıfır dışındaki puanlar ise uyumsuzluğun düzeyini yansıtmaktadır ve toplam puan yükseldikçe uyum azalmaktadır. Bu araştırmanın sonucunda örnekleme alınan hipertansif bireylerin tedavi uyumlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, çalışmaya katılan hipertansif bireylerin çoğunun ilaçlarını her gün düzenli olarak kullanıyor olmaları sonucuna ulaşılabilir. Literatürde tedavi uyumunun yüksek olduğu belirtilen çalışmalar mevcuttur. Nitekim Akdağ ve Khorshid’in (2023) hipertansif hastalarda tedaviye uyum ve hastalık algısının incelendiği çalışmasında tedavi uyumunun yüksek olduğu belirlenmiştir. (Akdağ ve Khorshid, 2023). Literatürde, tedavi uyumunun yüksek olduğu saptanan başka çalışmalar da bulunmaktadır. (Abu-El-Noor ve ark., 2020; Mutneja ve ark., 2020).

Literatür incelendiğinde bu çalışmanın sonucu ile paralellik göstermeyen çalışmalar da bulunmaktadır. Kenya’da 93 birey üzerinde yapılan ve HBHTUÖ’ nün kullanıldığı bir çalışmanın sonucunda ilaç uyumunun yetersiz olduğu belirtilmiştir (Xiong ve ark., 2022). Gözümlü ve Hacıhasanoğlu (2009) tarafından yapılan çalışmada da uyum düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. (Gözümlü ve Hacıhasanoğlu, 2009).

Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda yaşın, tedaviye uyumun beslenme alt boyutunda fark yarattığı bulunmuştur. 30-44 yaş yetişkinlerin tedaviye uyumun beslenme alt boyutunda daha uyumsuz olduğu görölmüştür. Yaşlı bireylerin tedaviye uyumlu olma olasılığının genç bireylere göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Yaşlı bireylerin ilaç uyumunun yüksek olmasının nedeni olarak, sahip oldukları kronik hastalıkla mücadele etmenin zor olduğunu görmeleri ve düzenli ilaç kullanımının zorluklarla baş etmeyi kolaylaştırdığını fark etmeleri gösterilebilir. Bu çalışma sonucuyla paralel olarak genç bireylerin tedavi uyumlarının daha yüksek düzeyde uyumsuz olduğunu gösteren çalışma mevcuttur (Soósová ve ark., 2022). Bu çalışma sonucundan farklı olarak literatürde yaşlı hastalarda ilaç uyumunun düşük olduğu çalışmalar da mevcuttur (Demirbař ve Kutlu, 2020; Yakar ve Demir, 2019). Hastaların yaş ve antihipertansif ilaç tedavisine uyum ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı korelasyon bulunmayan çalışmalar da mevcuttur (Günel ve Demirtaş, 2024; Emre ve ark., 2020).

Çalışmada cinsiyetin ilaç uyumuyla ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı görölmüştür. Çalışmanın bu sonucuyla benzerlik gösteren çalışma mevcuttur (Akdağ ve Khorshid, 2023). Çalışmadan farklı sonuç göstererek cinsiyetin ilaç uyumunu etkilediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Eldessouki ve ark., 2019; Gürdoğan ve Gürdoğan, 2019).

Yapılan analizler sonucunda çalışmada medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu HBHTUÖ puan ortalamalarında farklılık oluşturduğu saptanmıştır. Evli olanların tedavi uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hipertansif bireylerin, eşleri veya partnerlerinden aldıkları destek ile sağlıklarına daha fazla dikkat edebileceği düşünölebilir. Bu sonuç daha önce yapılan çalışma sonucu ile uyumlu bulunmuştur(Uchmanowicz ve ark., 2018). Medeni durumun ilaç uyumu ile anlamlı olmadığını gösteren çalışma mevcuttur (Akdağ ve Khorsid, 2023).

Bu çalışmanın sonucunda eğitim durumu ile uyum düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Şanlı ve ark. 'nın (2023) yaptıkları çalışmada da eğitim durumu ile uyum düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Şanlı ve ark., 2023). Çalışma sonucuyla örtüşmeyen, eğitim durumu ile uyum düzeyi arasında ilişki saptanan çalışmalar da bulunmaktadır (Gürdoğan ve Gürdoğan, 2019; Erci ve ark., 2018). Ayrıca eğitim düzeyinin görüşme, medikal ve beslenme alt boyutu ölçek puan ortalamalarında fark yaratmadığı görülmüştür. Akdağ ve Khorshid'in (2023) çalışmasında da eğitim düzeyinin görüşme alt boyutu hariç beslenme ve medikal alt boyutu puan ortalamaları farkı anlamlı değildir (Akdağ ve Khorshid, 2023).

Bu çalışma sonucunda meslek gruplarına göre ilaç uyumunun anlamlı olarak etkilenmediği saptanmıştır. Akdağ ve Khorshid'in (2023) çalışmasında benzer sonuca ulaşılmıştır (Akdağ ve Khorshid, 2023). Meslek gruplarına göre ilaç uyumu arasında anlamlı bir farklılık olduğunu gösteren çalışmalar yapılmıştır (Abeasi ve ark., 2022; Mamaghani ve ark., 2020).

Çalışma sonucunda sigara kullanımının tedavi uyumunu etkilemediği görülmüştür. Sigara kullanma, kullanılan sigara miktarı puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Bu sonuç literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Şanlı ve ark., 2023; Akdağ ve Khorshid, 2023).

TA ölçüm sıklığına göre HBHTUÖ'nün sadece görüşme alt boyutu için; hiç TA ölçmeyenlerin puanlarının, her gün, haftada bir ve TA değiştikçe ölçenlerin puanlarından yüksek olduğu saptanmıştır. Puanın yüksek olması uyumun az olması anlamına geldiğinden çalışma sonucuna göre hiç tansiyon ölçmeyenler randevuya gitme ve düzenli reçete yazdırma konusunda daha uyumsuz olarak belirlenmiştir. Literatürde yapılan benzer çalışmalarda kan basıncını düzenli olarak kontrol etmeyen hastalarda tedaviye uyumun düşük olduğu, evde kan basıncı takibi yapılan hastaların hipertansiyon tedavisine

olan uyumlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Mollaoğlu ve ark., 2015; Gürdoğan ve Gürdoğan, 2019).

Egzersiz uygulama durumuna göre Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Beslenme alt boyutu için egzersiz yapmayanların tedavi uyumu daha düşük bulunmuştur. Daha önce yapılan bir çalışma sonucunda da egzersiz yapan hastaların ilaç tedavisine daha uyumlu olduğu bulunmuştur (Şanlı ve ark., 2023; Esirgen,2018). Oğuz ve ark.'larının (2019) çalışma sonucunda egzersiz yapan hastalar ilaç tedavisine uyumsuzluk göstermektedir (Oğuz ve ark., 2019).

Araştırmada günlük kullanılan ilaç sayısına göre HBHTUÖ toplam puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Literatürde bu çalışma sonucuyla benzer sonuç gösteren çalışma bulunmaktadır(Şanlı ve ark., 2023).

Bu çalışmanın sonucunda HBHTUÖ alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde en yüksek puan ortalaması görüşme alt boyutu iken en düşük puan ortalaması beslenme alt boyutuna aittir. Özer ve Turan'ın (2023) çalışmasında da en düşük puan ortalaması beslenme alt boyutuna aittir (Özer ve Turan, 2023).

Hipertansiyon tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacı ile yapılan bu araştırmada, çalışmaya katılan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalaması 122.95 ± 15.89 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan (208) dikkate alındığında ölçek ortalama puanının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu sonuç doğrultusunda katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının desteklenmesi gerektiği düşünülebilir. Dereli ve ark.'larının (2021) yaptıkları çalışma sonucunda da hastaların ölçek puanlarının göreceli olarak orta düzeyde (131.07 ± 21.12) olduğu belirlenmiştir (Dereli ve ark., 2021).

Cinsiyete göre alt boyutların puan ortalamaları incelendiğinde erkeklerin stres yönetimi, fiziksel aktivite puan ortalamaları kadınların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Darol ve Karapınar'ın (2022) stres temelli hastalıkların cinsiyet ve medeni durumla ilişkisini ele alan çalışmalarında yaygın anksiyete, depresyon, fibromiyalji sendromu ve baş ağrısı bozukluğunun kadınlarda çok daha yüksek oranda bulunduğu dile getirilmiştir (Darol ve Karapınar, 2022).

Günler'in (2023) toplumsal cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkisinin incelendiği çalışmasının sonucunda cinsiyet ile fiziksel aktivite ve stres yönetimi arasında istatistiki olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Günler, 2023).

Ayrıca toplumsal ve kültürel faktörlere bağlı olarak erkeklerin kadınlara göre daha çok fiziksel aktivitede bulundukları yapılan çeşitli çalışmalarda ifade edilmektedir (Soykan ve Şengül, 2021). Ataerkil yapının varlığını sürdürmeye devam ettiği günümüz şartlarında, erkeklerin kadınlara göre daha özgür bir yaşam sürmeleri erkeklerin fiziksel aktivite puan ortalamalarının daha yüksek olmasında etkili olmuş olabilir.

Bu çalışmada yaş arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı belirlenmiştir. Yılmaz'ın (2020) yaptığı çalışma sonucunda da yaş arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı belirtilmiştir (Yılmaz, 2020). Bu çalışmanın aksine Liu ve ark.'ları (2019) tarafından yapılan çalışmada yaş arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı saptanmıştır (Liu ve ark., 2019). İlerleyen yaş ile birlikte ortaya çıkan ve artış gösteren sağlık sorunları yaşlılığa uyum güçlüğüne neden olabilmektedir. Yaşanan bu uyum güçlüğüne bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gerçekleştirmelerine olumsuz etki edebileceği şeklinde düşünülebilir.

Fiziksel aktivite alt boyutu eğitim seviyesi arttıkça artma eğilimi göstermiştir. Özkan ve ark.'larının (2019) çalışmasına eğitim durumuna göre bakıldığında eğitim

durumu yükseldikçe fiziksel aktivite puan ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği belirlenmiştir (Özkan ve ark., 2019). Bu sonuç, eğitim seviyesinin yükselmesi fiziksel aktivite yapma farkındalığını artırmış olabilir şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmaya katılan bireylerde gelir düzeyi arttıkça beslenme alt boyutu dışında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı saptanmıştır. Gelir düzeyi gider düzeyine eşit ya da yüksek olan bireyler, gideri gelirinden fazla olan bireylere göre daha yüksek ortalamaya sahiptir. Benzer olarak literatürde gelir düzeyindeki artışın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği bildirilmektedir (Yılmaz, 2020). Liu ve ark.'ları (2019) gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen değişkenlerden biri olduğunu belirtmiştir (Liu ve ark., 2019). Çalışmadan elde edilen bulgular literatür ile uyumludur.

Çalışmada SYBDÖ alt boyutu olan fiziksel aktivite puan ortalaması çalışma hayatına devam eden grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Daha önce yapılan araştırmada da çalışan bireylerin egzersiz puan ortalamaları daha yüksek saptanmıştır (Olgun ve Kutlu, 2022). Bu durum iş hayatının fiziksel aktiviteyi artırmasına bağlı olabilir. Bu çalışma sonucunun aksine metabolik sendrom tanılı hastalarla yapılan bir başka araştırmada çalışma durumunun SYBDÖ puan ortalamaları ile ilişkili olmadığı saptanmıştır (Kumsar ve Pakyüz, 2015).

Yapılan bu çalışmada medeni durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde evli olanların stres yönetimi konusunda daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çürük ve ark'larının (2018) kardiyovasküler hastalığı olan hastalar üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda da evli olanların kişiler arası ilişkiler hariç SYBDÖ-II diğer alt boyut puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Çürük ve ark., 2018). Yiğitbaş'ın (2022) yaptığı çalışma sonucunda ise medeni durum

ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları stres yönetimi alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Yiğitbaş, 2022).

Ayrıca bu çalışma sonucunda SYBDÖ-II toplam puanı ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışma sonucuyla uyumlu literatür çalışmaları mevcuttur (Yılmaz, 2020). Yılmaz'ın (2020) yaşlı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada toplam puan ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Yılmaz, 2020).

Bu çalışmanın sonucunda SYBDÖ-II alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde en yüksek puan ortalaması manevi gelişim iken, en düşük puan ortalamasının fiziksel aktiviteye ait olduğu görölmüştür. Literatür incelendiğinde yapılan pek çok çalışmada egzersiz alt boyutunun düşük ortalamaya sahip olduğu görölmüştür (Olgun ve Kutlu, 2022; Yılmaz, 2020; Özkan ve ark., 2019; Çelik ve ark., 2017; Terzi ve ark., 2021).

Bu çalışmada sigara içmeyen hipertansif bireylerin kişiler arası ilişkiler alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur. Terzi ve ark.'larının (2021) yaptıkları çalışma sonucunda da benzer şekilde sigara kullanmamış ve bırakmış olanların kişiler arası alt boyut puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır (Terzi ve ark., 2021).

Dereli ve ark.'larının çalışması sonucunda ise sigara içme durumu ile SYBD ölçeği toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Dereli ve ark., 2021) ($p>0.05$).

Tüm alt boyutlar ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II toplam puanı ile kullanılan HT ilaç sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Yılmaz'ın (2020) çalışma sonucunda da ilaç sayısı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Yılmaz, 2020).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puanı ile Görüşme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puanı arttıkça, Görüşme alt boyut

puanı azalmaktadır. Bu sonuç sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip hipertansif bireylerin randevulara gitme ve düzenli reçete yazdırma konusunda daha aktif olmaları şeklinde açıklanabilir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puanı ile Medikal, Beslenme Alt Boyutları ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0.05$). Bu sonuç sağlıklı yaşam biçimine sahip bireylerin dikkatsizlik sonucu veya bilinçli olarak ya da kendilerini iyi hissettikleri için ilaçlarını almamaları ve atıştırmalık, tuzlu yiyecekler ile beslendikleri ya da beslenmedikleri şeklinde ifade edilemez.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hipertansif bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla tedavi uyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şöyledir;

- HBHTUÖ'ye göre hastaların tedavi uyumlarının yüksek olduğu bulunmuştur.
- 30-44 yaş yetişkinlerin HBHTUÖ beslenme alt boyutunda daha uyumsuz olduğu, cinsiyetin ilaç uyumuyla ilişkisi incelendiğinde anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.
- Yapılan analizler sonucunda çalışmada medeni durumun istatistiksel olarak anlamlı olduğu, HBHTUÖ puan ortalamalarında farklılık oluşturduğu, evli olanların tedavi uyumunun daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Eğitim durumu ile uyum düzeyi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ayrıca meslek gruplarına göre ilaç uyumunun anlamlı olarak etkilenmediği tespit edilmiştir.
- Ölçekten alınan puan bireylerin belirtilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını orta düzeyde uyguladığını göstermektedir.
- Cinsiyete göre alt boyutların puan ortalamaları incelendiğinde erkeklerin stres yönetimi, fiziksel aktivite puan ortalamaları kadınların puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada yaş arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azaldığı belirlenmiştir.
- Çalışmaya katılan bireylerde gelir düzeyi arttıkça beslenme alt boyutu dışında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı saptanmıştır.
- Medeni durum ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki incelendiğinde evli olanların stres yönetimi konusunda daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Bu çalışmanın sonucunda SYBDÖ-II alt boyut puan ortalamaları değerlendirildiğinde en yüksek puan ortalaması manevi gelişim iken, en düşük puan ortalamasının fiziksel aktiviteye ait olduğu görülmüştür.

Öneriler

- Düzenli ilaç kullanımının hipertansiyon tedavisinde elzem olduğu hipertansif bireylere mutlaka anlatılmalı; bu konuda basit, anlaşılır bir dil kullanılarak hipertansiyonun önemi ısrarla vurgulanmalıdır.
- Hasta bireylerin hipertansiyon kontrollerini düzenli yaptırmaları için takip protokolleri geliştirilmeli, hipertansiflerin kan basıncını düzenli ölçme ya da ölçtürmelerine elverişli imkanlar sağlanmalıdır. Bireylerin özellikle birinci basamakta olmak üzere randevularını kaçırmamaları sağlanmalı ve tedavilerini doğru ve eksiksiz bir şekilde uygulamaları sağlanmalıdır.
- Hipertansiyonun kontrol ve tedavisinde yaşam biçimi değişikliğinin önemi açıklanmalı, hipertansif hastaların tuz tüketimini sınırlandırmasına yönelik teşvik edici uygulamalar yapılmalıdır. Hastaların beslenme şekillerini hipertansiyona uygun şekilde düzenleyebilmeleri için diyetisyen ve diğer sağlık personelleriyle işbirliği içinde diyet programları hazırlanmalıdır.
- Çalışma hayatı olan kişiler için iş yerlerinde, fiziksel aktivite yapabilecekleri uygun alanlar oluşturulması, stressiz bir iş ortamının sağlanması, iş yerlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik eğitim programlarının verilmesi çok önemlidir. Gerek belediyeler, gerek sivil toplum kuruluşları önderliğinde yapılacak eğitimlere katılımın sağlanarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının içeriği ve önemi anlatılmalıdır.
- Acil servise hipertansif krizle başvuran birey sayısının azaltılmasına yönelik daha fazla araştırma yapılmalı, yeni politikalar bulunmalı ve uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Abeasi, D. A., Abugri, D., & Akumiah, P. O. 2022. Predictors of medication adherence among adults with hypertension in Ghana. *Journal of Client-Centered Nursing Care*, 8(1), 23-32.
- Abu-El-Noor, N., Aljeesh, Y., Bottcher, B., Abu-El-Noor, K. 2020. Assessing barriers to and level of adherence to hypertension therapy among palestinians living in the Gaza Strip: a chance for policy innovatio, *Hindawi International Journal of Hypertension*, s. 12. Retrieved from: <https://doi.org/10.1155/2020/7650915>
- Açıklan, A., Taşkın, Ö., & Dişel, R. 2022. Kalsiyum Kanal Blokeri Zehirlenmeleri. *Anatolian Journal of Emergency Medicine*, 5(2), 92-98.
- Agarwal, A., Williams, G. H., & Fisher, N. D. 2005. Genetics of human hypertension. *Trends in Endocrinology & Metabolism*, 16(3), 127-133.
- Akan, D. D., Çaydam, Ö. D., & Pakyüz, S. Ç. 2020. Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi Ve İlaç Tedavisine Uyumunun Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 241-249.
- Akdağ, Y., & Khorsid, L. 2023. Acil Servise Başvuran Hipertansif Hastalarda Tedaviye Uyum ve Hastalık Algısının İncelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(3), 130-141.
- Aker, E. B., Doğaner, Y. Ç., & Aydoğan, Ü. 2020. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporları: 2015'den 2019'a Neler Değişti?. *Konuralp Medical Journal*, 12(2), 326-333.
- Al Salmi, I., Shaheen, F. A., & Hannawi, S. 2019. Birth weight, gestational age, and blood pressure: Early life management strategy and population health perspective. *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 30(2), 299-308.

- Arslan, G., & Ceyhan, Ö. 2020. Hipertansiyon Kontrolünde Tamamlayıcı ve Bütünleşik (İntegratif) Tedavi Örneği: Masaj Complementary and Integrative Treatment In Hypertension Control: Massage. *Bozok Tıp Dergisi*, 10(2), 210-214.
- 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.
- Asayama, K., Fujiwara, T., Hoshide, S., Ohkubo, T., Kario, K., Stergiou, G. S., ... & Imai, Y. 2019. Nocturnal blood pressure measured by home devices: evidence and perspective for clinical application. *Journal of hypertension*, 37(5), 905-916.
- Aşkın, L., Tanrıverdi, O., Türkmen, S., & Aktürk, E. 2018. 2018 Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Hipertansiyon Derneği Kılavuzu: Hipertansiyona Güncel Yaklaşımlar ve Tedavi Stratejileri. *MN Kardiyoloji*, 25(4), 205-211.
- Aung, K., & Htay, T. 2019. Relationship between outpatient clinic and ambulatory blood pressure measurements and mortality. *Current cardiology reports*, 21, 1-8.
- Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abacı, A., ... & Tokgözoğlu, L. 2019. Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu 2019. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 47(6), 535-546.
- Azar, FEF, Solhi, M. ve Chabaksva, F. 2020. Sağlık ocaklarında hipertansiyonu olan hastaların yaşam kalitesinin araştırılması. *Eğitim ve Sağlık Geliştirme Dergisi*, 9 (1), 185.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. 2008. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Başara B.B, Çağlar İ, Özdemir T.A, Kulali B, Uzun S.B, Kayış B.B, Kılıç A.D. 2019. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018,

Ankara. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> (22.04.2024).

- Bell, K., Twigg, J., Olin, B. R., & Date, I. R. 2015. Hypertension: the silent killer: updated JNC-8 guideline recommendations. *Alabama pharmacy association*, 334, 4222.
- Bundy, JD, Mills, KT, Chen, J., Li, C., Greenland, P. ve He, J. 2018. 2017 ve 2014 hipertansiyon kılavuzlarının ABD'li yetişkinlerde kardiyovasküler olaylar ve ölümlerle ilişkisinin tahmin edilmesi: ulusal verilerin analizi. *JAMA kardiyoloji*, 3 (7), 572-581.
- Büyüköztürk Ş. 2014. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. Pegem Akademi Yayınları, Ankara.
- Cardoso, C. R., Salles, G. C., & Salles, G. F. 2020. Prognostic importance of on-treatment clinic and ambulatory blood pressures in resistant hypertension: a cohort study. *Hypertension*, 75(5), 1184-1194.
- Charles, L., Triscott, J., & Dobbs, B. 2017. Secondary hypertension: discovering the underlying cause. *American family physician*, 96(7), 453-461.
- Chobufo, M. D., Gayam, V., Soluny, J., Rahman, E. U., Enoru, S., Foryoung, J. B., ... & Nfor, T. 2020. Prevalence and control rates of hypertension in the USA: 2017–2018. *International Journal of Cardiology Hypertension*, 6, 100044.
- Çalışkan, S., Atay, M., & Altun, Ş. 2023. Maskeli Hipertansiyon ve P Dalga Dispersiyonu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 20(1), 25-30.
- Çelik, A., Kin, Ö. K., & Karadakovan, A. 2017. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde yalnızlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(3), 17-23.

- Çürük, G. N., Bayındır, S. K., & Oğuzhan, A. 2018. Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hasta ve Hasta Yakınlarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 27(1), 40-47.
- Darol, E. S., & Karapınar, A. 2022. Cinsiyet ve Medeni Durum ile Stres Zemininde Oluşan Hastalıkların İlişkisi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 12(2), 263-272.
- Davis, C. M., Fairbanks, S. L., & Alkayed, N. J. 2013. Mechanism of the sex difference in endothelial dysfunction after stroke. *Translational stroke research*, 4, 381-389.
- Dayı, T., & Hoca, M. 2022. Niasin Dislipidemi Riskini Azaltmada Potansiyel Bir Ajan Mıdır? *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (17), 626-635.
- DeMarco, V. G., Aroor, A. R., & Sowers, J. R. 2014. The pathophysiology of hypertension in patients with obesity. *Nature Reviews Endocrinology*, 10(6), 364-376.
- Demirbas, N., & Kutlu, R. 2020. Çoklu İlaç Kullanan Yetişkin Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Öz-Etkililik Düzeyleri. *Ankara Medical Journal*, 20(2).
- Dereli, F., Yıldırım, B., Ozvurmaz, S., & Adana, F. (2021). Üniversite Hizmet Personelinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Life Sciences*, 16(2), 30-37.
- Desveaux, L., Lee, A., Goldstein, R., & Brooks, D. 2015. Yoga in the management of chronic disease. *Medical care*, 53(7), 653-661.
- Doğaner, Y. Ç., & Aydoğan, Ü. 2019. Hangi hipertansiyon kılavuzu, hangi eşik değerler? Hipertansiyonda yeni eşik değerler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 23(2), 78-84.
- Efe Arslan, D., & Kılıç Akça, N. 2020. Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyumları Adherence to Medical Therapy of Patients with Hypertension Living in Rural Area. *Bozok Tıp Dergisi*, 10(1), 55-62.

- Ekim, M. 2018. Hipertansiyon tedavisinde beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi. *Bozok Medical Journal*, 8(2), 80.
- Eldessouki, K. H. M., Keryakos, H. K., & Gamal, L. M. 2019. The influence of the patient health knowledge and management compliance on the health-related quality of life of hypertensive patients in Mallawy center Minia governorate. *Minia Journal of Medical Research*, 30(2), 51-63.
- Elias, M. F., Goodell, A. L., & Dore, G. A. 2012. Hypertension and cognitive functioning: a perspective in historical context. *Hypertension*, 60(2), 260-268.
- Emre, N., Edirne, T., Özşahin, A., Çoban, N., & Yanık, A. 2020. Hipertansiyon hastalarında ilaç tedavisine uyumun yaşam kalitesi ve sağlık algısıyla ilişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 436-442.
- Emre, N., Edirne, T., Özşahin, A., Çoban, N., & Yanık, A. 2020. Hipertansiyon hastalarında ilaç tedavisine uyumun yaşam kalitesi ve sağlık algısıyla ilişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 436-442.
- Eray, A., Ateş, E., & Set, T. 2018. Yetişkin bireylerde kardiyovasküler hastalık riskinin değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 12-19.
- Erci, B., Elibol, M., & Aktürk, Ü. 2018. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92.
- Erdem, Y., Akpolat, T., Derici, Ü., Şengül, Ş., Ertürk, Ş., Ulusoy, Ş., ... & Arıcı, M. 2017. Türkiye'de yüksek sodyum alımının besin kaynakları: SALTURK II. *Besinler*, 9 (9), 933.
- Eren, M. A., Karaaslan, H., Mamiş, M. S., Gökay, A. C., Özkutlu, M., & Sabuncu, T. 2022. Üçüncü Basamak Bir Hastanede Yatan Tip 2 Diyabetli Hastalarda

Hipertansiyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), 466-470.

ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu.

2013. https://jag.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdf (11 Nisan 2024).

Esirgen, L. 2018. Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2018.

Felippe, I. S., Zera, T., da Silva, M. P., Moraes, D. J., McBryde, F., & Paton, J. F. 2023. The sympathetic nervous system exacerbates carotid body sensitivity in hypertension. *Cardiovascular Research*, 119(1), 316-331.

Fidancı, İ., Aksoy, H., Başer, D. A., & Cankurtaran, M. 2022. Esansiyel hipertansiyon tanılı hastalarda anksiyete veya depresyon görülme sıklıklarının değerlendirilmesi: Retrospektif Çalışma. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17(3), 72-76.

Fujiwara, T., Yano, Y., Hoshide, S., Kanegae, H., & Kario, K. 2018. Association of cardiovascular outcomes with masked hypertension defined by home blood pressure monitoring in a Japanese general practice population. *JAMA cardiology*, 3(7), 583-590.

Genç, F., & Yiğitbaş, Ç. 2021. Hipertansif yaşlıların hipertansiyon algıları ve kontrollerine ilişkin davranışları. *Genel Tıp Dergisi*, 31(1), 1-11.

Gozum, S., & Hacıhasanoglu, R. 2009. Reliability and validity of the Turkish adaptation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 129-136.

- Gradinaru, D., Borsa, C., Ionescu, C., & Prada, G. I. 2015. Oxidized LDL and NO synthesis—Biomarkers of endothelial dysfunction and ageing. *Mechanisms of ageing and development*, 151, 101-113.
- Graudal, NA, Hubeck-Graudal, T. ve Jurgens, G. 2020. Düşük sodyum diyetinin yüksek sodyum diyetine karşı kan basıncı, renin, aldosteron, katekolaminler, kolesterol ve trigliserit üzerindeki etkileri. *Cochrane Sistematik İncelemeler Veritabanı* , (12).
- Güldemir, H. H. 2022. Metabolik sendromda tıbbi beslenme tedavisi. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 12(2), 366-371.
- Günel, M., & Demirtaş, A. 2024. Kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı hastaların ilaç uyumu ve akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 11(1), 82-92.
- Günler, O. E. 2023. Toplumsal Cinsiyet ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 22(3), 736-752.
- Gür, G., & Sunal, N. 2017. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219.
- Gürdoğan, M., & Gürdoğan, E. P. 2019. Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve ilişkili faktörler. *MN Kardiyoloji*, 26(3), 147-153.
- Hacıhasanoğlu Aşlar, R. 2015. Hipertansiyonda tedaviye uyum ve öz-bakım yönetimi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 6(11): 151-159.
- Hebcan Örs, S., & Tümer, A. 2020. Yetişkin Kadınların Kardiyovasküler Hastalıklara İlişkin Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 81-88.

[https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagli-
db/Dokumanlar/Kitaplar/Periyodik_Muayene_Rehberi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagli-
db/Dokumanlar/Kitaplar/Periyodik_Muayene_Rehberi.pdf)

Humphrey, J. D. 2021. Mechanisms of vascular remodeling in hypertension. *American Journal of Hypertension*, 34(5), 432-441.

Ilgaz, A., & Özer, Z. 2017. Hipertansiyonlu bireylerde egzersizin kan basıncına etkisi: Sistematik Derleme. *MN Kardiyoloji*, 24(1), 31-41.

Inouye, M., Abraham, G., Nelson, CP, Wood, AM, Sweeting, MJ, Dudbridge, F., ... ve Birleşik Krallık Biobank CardioMetabolik Konsorsiyumu CHD Çalışma Grubu. 2018. 480.000 yetişkinde koroner arter hastalığının genomik risk tahmini: birincil korunmaya yönelik çıkarımlar. *Amerikan Kardiyoloji Koleji Dergisi*, 72 (16), 1883-1893.

James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014; 311(5):507-20.

Kaplan, N. M. 1998. Clinical hypertension. In *Clinical hypertension* (pp. 443-443).

Karademir, M., Koseoglu, I. H., Vatansever, K., & Van Den Akker, M. 2009. Validity and reliability of the Turkish version of the Hill–Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings. *The European Journal of General Practice*, 15(4), 207-211.

Kaynar, K. 2020. Kronik Böbrek Hastalığı ve Hipertansiyon [Anjiyotensin Dönüştürücü (Converting) Enzim İnhibitörleri ve Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ARB) Ne Zaman, Nereye Kadar, Yan Etkileri, ARB ve Malignite Arasında İlişki Var mı?]. *Türkiye Klinikleri Nephrology-Special Topics*, 13(2), 40-47.

- Kılıçkap, M., Barçın, C., Göksülük, H., Karaaslan, D., Özer, N., Kayıkçioğlu, M., ... & Şahin, M. 2018. Türkiye’de hipertansiyon sıklığı ve kan basıncı verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme, meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 46(7), 525-545.
- Kim, M. T., Hill, M. N., Bone, L. R., & Levine, D. M. 2000. Development and testing of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(3), 90-96.
- Kumsar, A. K., & Pakyüz Çınar, S. 2015. Metabolik sendromlu kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(1): 19-24.
- Liu, E., Feng, Y., Yue, Z., Zhang, Q., & Han, T. 2019. Differences in the health behaviors of elderly individuals and influencing factors: Evidence from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey. *The International Journal of Health Planning and Management*, 34(4), e1520-e1532.
- Lohani, S., & Atta, M. G. 2020. In The Era of Precision Medicine-Where Does the Diagnosis “Hypertensive Kidney Disease” Fit?. *Archives of Clinical and Medical Case Reports*, 4(2), 164-179.
- Mahmood, S., Shah, K. U., Khan, T. M., Nawaz, S., Rashid, H., Baqar, S. W. A., & Kamran, S. 2019. Non-pharmacological management of hypertension: in the light of current research. *Irish Journal of Medical Science (1971-)*, 188, 437-452.
- Mamaghani, E., Hasanpoor, E., Soleimani, F. 2020. Barriers to medication adherence among hypertensive patients in deprived rural areas. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 30(1).85-94. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v30i1.11>.

- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 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). *Journal of Hypertension*, 31(7):1281-357. <https://doi.org/10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc> Son erişim tarihi: 12 Nisan 2024
- Mann, S. J. 2018. Neurogenic hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. *Clinical Autonomic Research*, 28, 363-374.
- Mensah, G. A. 2016. Hypertension and target organ damage: don't believe everything you think!. *Ethnicity & Disease*, 26(3), 275.
- Mollaoğlu, M., Solmaz, G., & Mollaoğlu, M. 2015. Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clin Croat*, 54(4), 438-44.
- Muntner, P., & Anstey, D. E. 2021. Social determinants of health: past, current, and future threats to hypertension and blood pressure control. *American Journal of Hypertension*, 34(7), 680-682.
- Mutlu Bozkurt, T., Olcay, H., & Atılı, M. 2022. Sağlıklı Yaşam Becerileri ile Fiziksel Özellikler Arasındaki İlişki. *Akdeniz Spor Bilimleri Dergisi*, 5(3), 752-768. <https://doi.org/10.38021/asbid.1147915>
- Mutneja, E., Yadav, R., Dey, A., Gupta, P. 2020. Frequency and predictors of compliance among patients taking antihypertensive medicines, *Indian Heart Journal*, 72(2), 136- 139. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2020.03.008>
- Noel, H., & Dempster, J. S. 1994. Essential hypertension: pathophysiology. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 6(7), 322-333.
- Oğur, S., & Akyol, B. N. Kronik hastalıklarda beslenme ve etkin diyet modelleri.2021.<https://www.researchgate.net/profile/Seda->

[Ogur/publication/355916111_kronik_hastaliklarda_beslenme_ve_etkin_diyet_modelleri/links/61842303a767a03c14f36fda/kronik-hastaliklarda-beslenme-ve-etkin-diyet-modelleri.pdf](https://ogur/publication/355916111_kronik_hastaliklarda_beslenme_ve_etkin_diyet_modelleri/links/61842303a767a03c14f36fda/kronik-hastaliklarda-beslenme-ve-etkin-diyet-modelleri.pdf) (21.04.2024).

- Oğuz, S., Yanmış, S., Yılmaz, B., & Atman, R. 2019. Hipertansiyon hastalarının ilaç ve diyet tedavisine uyum düzeyleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(21), 1-7.
- Ok, E., & Sayılan, S. 2022. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde depresyon ve tedavi uyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 610-616.
- Olgun, Z., & Kutlu, R. 2022. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(1), 196-205.
- Özer, Z., & Turan, G. B. 2023. Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Kaderciliğinin Tedaviye Uyuma Etkisi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi*, 5(1), 29-36.
- Özkan, Ö. P., Büyükünâl, S. K., Yiğit, Z., İnci, Y., Şakar, F. Ş., & Ersü, D. Ö. 2019. Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 22-31.
- Rossi, G. P., Bisogni, V., Rossitto, G., Maiolino, G., Cesari, M., Zhu, R., & Seccia, T. M. 2020. Practice recommendations for diagnosis and treatment of the most common forms of secondary hypertension. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 27(6), 547-560.
- Runa, M., & Bahar, A. 2023. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1072-1085.

- Sarımeahmetoğlu, A. C., & Helvacı, A. 2014. Madde Bağımlılığı ve Kardiyovasküler Sistem. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(2), 99-103.
- Scarpa, J., Bruzelius, E., Doupe, P., Le, M., Faghmous, J., & Baum, A. 2019. Assessment of risk of harm associated with intensive blood pressure management among patients with hypertension who smoke: a secondary analysis of the systolic blood pressure intervention trial. *JAMA network open*, 2(3), e190005-e190005.
- Selçuk, K. T., Çevik, C., Mercan, Y., & Koca, H. 2017. Hypertensive patients' adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment methods, in Turkey. *Int J Community Med Public Health*, 4(8), 2648-2657.
- Seravalle, G., & Grassi, G. 2016. Sympathetic nervous system, hypertension, obesity and metabolic syndrome. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 23, 175-179.
- Sharma, P., Beria, H., Gupta, PK, Manokaran, S. ve Reddy, AM 2019. Hipertansiyon prevalansı ve ilişkili risk faktörleri. *Farmasötik Bilimler ve Araştırma Dergisi* , 11 (6), 2161-2167.
- Shimbo, D., Artinian, N. T., Basile, J. N., Krakoff, L. R., Margolis, K. L., Rakotz, M. K., ... & American Heart Association and the American Medical Association. 2020. Self-measured blood pressure monitoring at home: a joint policy statement from the American Heart Association and American Medical Association. *Circulation*, 142(4), e42-e63.
- Soósová, M., Suchanová, R., Parová, V., Rimárová, K. 2022. Association between illness perception and adherence to treatment in Slovak patients with hypertension a cross-sectional study, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 0(0), s.10. doi:10.1097/JCN.0000000000000913.

- Soykan, H., & Şengül, H. 2021. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 691-704.
- Sözmen, K., Ergör, G., & Ünal, B. 2015. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2), 199-207.
- Stehouwer, C. D., Ferreira, I., Kozakova, M., & Palombo, C. 2015. Glucose metabolism, diabetes, and the arterial wall. In *Early Vascular Aging (EVA)* (pp. 147-156). Academic Press.
- Stergiou, G. S., Palatini, P., Modesti, P. A., Asayama, K., Asmar, R., Bilo, G., ... & Parati, G. 2020. Seasonal variation in blood pressure: Evidence, consensus and recommendations for clinical practice. Consensus statement by the European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring and Cardiovascular Variability. *Journal of Hypertension*, 38(7), 1235-1243.
- Sungur, C., Ahmet, K., Kıran, Ş., & Macit, M. 2019. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: Klinik sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde bir araştırma. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(15), 43-52.
- Sürme, Y. 2019. Stres, stresle ilişkili hastalıklar ve stres yönetimi. *Journal of International Social Research*, 12(64).
- Şahin, B., & İlgün, G. 2022. Risk factors of deaths related to cardiovascular diseases in World Health Organization (WHO) member countries. *Health & Social Care in the Community*, 30(1), 73-80.
- Şanlı, T., Şengül, E., Alvur, T. M., & Çiftlik, S. S. 2023. Hipertansif Hastalarda Tedavi Edici Yaşam Tarzı Değişikliğine Uyumun Değerlendirilmesi: Aile Sağlığı Merkezi Örnekleme. *Sakarya Tıp Dergisi*, 13(4), 521-529.

- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri. Ankara 2015.
- Terzi, Ö., Topçu Yenerçağ, F. N., Özdemir, Ş., & Yenerçağ, M. 2021. Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Medical Journal of Ankara Training & Research Hospital*, 54(1): 78-83.
- The World Health Organization. 2023. Hypertension. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> (11.5.2024).
- Tikhonoff, V., Casiglia, E., Gasparotti, F., & Spinella, P. 2019. The uncertain effect of menopause on blood pressure. *Journal of human hypertension*, 33(6), 421-428.
- Tümer, A., Dereli, F., & Demir Uysal, D. 2016. Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7:105–113.
- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği.2012. *Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT1*.<https://turkhipertansiyon.org/tr/icerik/turk-hipertansiyon-calismalari-10/turk-hipertansiyon-prevalans-calismasi-paten1-80> (13.5. 2024)
- Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği. *Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu* 2022.<https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf> (11.5.2024).
- Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği. *Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu* 2019.https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20190527160350-2019tbl_kilavuz64f1da66bf.pdf?a=1 (12.5.2024).
- Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017.https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/turkey-risk-factors-tur_STEPS-2017.pdf (13.5.2024).

2019.<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> (13.5.2024).

Uchmanowicz, B., Chudiak, A., Uchmanowicz, I., Rosińczuk, J., & Froelicher, E. S. 2018. Factors influencing adherence to treatment in older adults with hypertension. *Clinical interventions in aging*, 2425-2441.

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.

Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. 1996. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. *Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center*, 13, 120-6.

Weber, M. A., Schiffrin, E. L., White, W. B., Mann, S., Lindholm, L. H., Kenerson, J. G., ... & Harrap, S. B. 2014. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *Journal of hypertension*, 32(1), 3-15.

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 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: Executive Summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 1097(17): 41519-1.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E. Azizi, M., Burnier, M., Clement, D.L., Coca, A., Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F.,

- Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S.E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G.Y.H., McManus, R., Narkiewicz, K., Ruschitzka, F., Schmieder, R.E., Shlyakhto, E., Tsioufis, C., Aboyans, V., Desormais, I. 2018. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33): 3021-3104.
- Xiong, S., Peoples, N., Østbye, T., Olsen, M., Zhong, X., Wainaina, C., ... Yan, L. 2022. Family support and medication adherence among residents with hypertension in informal settlements of Nairobi, Kenya: a mixed-method study, *Journal of Human Hypertension*, s. 6. Retrieved from: <https://doi.org/10.1038/s41371-022-00656-2>
- Yakar, B., & Demir, M. 2019. Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Hastalarda Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyum Oranları ve Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. *Dicle Tıp Dergisi*, 46(4), 685-696.
- Yavuzer, H., Ali, C., Yeşilova, A., Cengiz, M., Yavuzer, S., & Yaldıran, A. L. 2017. Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Esansiyel Hipertansiyonda MİR-125a ve MİR-155 Düzeylerin Araştırılması. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33(4):261-269.
- Yıldırım, N., & Durna, Z. 2021. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315.
- 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.
- Yiğit, M. F., & Uçar, M. 2023. Kronik hastalıklarda egzersiz. *Sağlık ve spor alanında güncel yaklaşımlar*, ss:10.
- Yiğitbaş, Ç. 2022. Çalışan Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Onları Etkileyen Faktörler. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 7(2), 275-285.

Yildiz, M., Esenboga, K., & Oktay, A. A. 2020. Hypertension and diabetes mellitus: highlights of a complex relationship. *Current Opinion in Cardiology*, 35(4), 397-404.

EKLER

Ek-1. Etik Bildirim ve İntihal Beyan Formu

 **SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹

Öğrencinin Adı ve Soyadı: Kübra Çalışkan

Öğrencinin Numarası: _____

Ana Bilim Dalı: İç Hastalıkları Hemşireliği

Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü: Yüksek Lisans

Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.

Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	% 13	% 15
II. Genel Bilgiler	% 19	% 35
III. Materyal ve Metod	% 34	% 35
IV. Bulgular	% 12	% 15
V. Tartışma	% 18	% 20

Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5 'den büyük olmaması gerekir.

Tan Yılmaz (Öğrenci)

Ek-2. Etik Kurul Onay Formu



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



Bölümü : Dekanlık
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/ **738**
Konu : Etik Kurul Kararı

01.12.2022

Sayın: Kübra ÇALIŞKAN
Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz **“Hipertansif Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla Tedavi Uyumluluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”** isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Mehtap TAN
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Hipertansif Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla Tedavi Uyumluluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı:9 Karar No:76	Tarih:01.12.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Ek-3. Kurum İzni



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-76614443-799-210936356
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri/Kübra
ÇALIŞKAN

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 07.03.2023 tarihli ve E-88179374-300-2300082180 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Kübra ÇALIŞKAN'ın *"Hipertansif Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarıyla Tedavi Uyumluluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"* adlı çalışmasını Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi ilgede kayıtlı yazı ile tarafımızdan talep edilmiştir.

Bahse konu çalışmanın söz konusu hastanemizde yapılması Müdürlüğümüzce uygun bulunmuştur. Çalışmanız esnasında etik kurallara uymanız, kurum kişi ve mahremiyetine uygun hareket etmeniz önem arz etmektedir. Adı geçen çalışma sonucu hazırlanan araştırma raporundan toplam iki (2) nüsha hazırlanarak Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve uyarılara hassasiyetle uyulması hususunda;

Bilgilerinize rica ederim.

Ek-4. Hasta Tanıtım Formu

A. Hastaya İlişkin Sosyo-demografik Özellikler

1. Cinsiyetiniz nedir ? 1) Kadın 2) Erkek
2. Kaç yaşındasınız? Kaç kilosunuz ?..... Boyunuz kaç cm ?..... VKİ:.....kg/m²
3. Medeni Durumunuz Nedir? 1) Evli 2) Bekar 3) Dul
4. Kaç çocuğa sahipsiniz ? 1) Yok 2) 1 çocuk 3) 2 çocuk 4) 3 veya daha fazla çocuk
5. Eğitim durumunuz nedir ? 1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3) İlköğretim mezunu 4) Lise mezunu 5) Yükseköğretim veya üniversite mezunu
6. Çalışıyor musunuz? 1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum
7. Çalışıyorsanız işiniz/mesleğiniz nedir?
8. Gelir durumunuz nedir? 1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime eşit 3) Gelirim giderimden fazla
9. Sosyal güvenceniz nedir ? 1) SGK 2) Yeşilkart 3) Diğer 4) Yok
10. Yaşantınızın büyük çoğunluğunu nerede geçirdiniz? 1) İl 2) İlçe 3) Köy
11. Kiminle ikamet ediyorsunuz ? 1) Yalnız 2) Eşiyle 3) Eşi ve çocuklarıyla 4) Çocuğunun yanında 5) Akrabalarıyla 6) Diğer

B. Hastanın Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

12. Sigara kullanıyor musunuz? 1) Evetpaket/yıl 2) Hayır 3) Bıraktımsüredir
13. Alkol kullanıyor musunuz? 1) Evet.....miktar/yıl 2) Hayır 3) Bıraktım.....süredir
14. Hipertansiyon tanınız kaç senedir var ?.....
15. Hipertansiyon hastalığı nedeni ile sağlık kontrolüne gidiyor musunuz? 1) Evet(sıklığı) 2) Hayır ise açıklayınız
16. Hipertansiyonun hayatınızı etkilediğini düşünüyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
17. Evde tansiyonunuz ölçülüyor mu ? 1) Evet 2) Hayır
18. Ailenizde ya da yakın çevrenizde tansiyon hastalığı olan var mı? 1) Evet 2) Hayır
19. Hipertansiyon nedeni ile kaç tane ilaç kullanıyorsunuz ?
.....
20. Tansiyonunuzu ne sıklıkla ölçtürsünüz/ölçersiniz?
1) Her gün 2) Haftada bir kez 3) Tansiyonumun yükseldiğini/düşüğünü hissettiğimde
4) Bazen 5) Hiç
21. Yaşam biçimi davranışlarınız (beslenme, fiziksel hareket, alışkanlıklarınız v.b.) tansiyonunuzu etkiliyor mu ? 1) Evet 2) Hayır
22. Herhangi bir diyet programı uyguluyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
23. Herhangi bir egzersiz programı uyguluyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır

Ek-5. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

1. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

2. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

3. Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

4. Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz dökersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

5. Ne sıklıkla hazır (abur cubur) yemek yersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

6. Ne sıklıkla doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

7. Ne sıklıkla randevularınızı kaçırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

8. Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

9. Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

10. Ne sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlarsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

11. Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

12. Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

13. Ne sıklıkla başkalarının tansiyon ilaçlarından alırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

14. Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

Ek-6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği işaretleyerek belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.				
5	Yeterince uyurum.				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım.				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum.				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım. (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım. (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm.)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.				
18	Geleceğe umutla bakarım.				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başkibir sağlık personeline danışırım.				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizikaktiviteler yaparım.				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.				

27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum.				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım. (Örneğin; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı zuzağa park ederim.)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.				
47	Yorulmaktan kendimi korurum.				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.				
50	Kahvaltı yaparım.				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.				

Ek-7. Ölçek Kullanım İzinleri



ÖLÇEK KULLANIM İZNİ



Gelen kutusu



ben 20 Mar 2023



alıcı:

Melek hocam merhabalar,
Ben Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans
yapmaktayım .Türkçe uyarlamasını yaptığınız
Hill -Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum
Ölçeğini müsadeniz olursa tezimde kullanabilir
miyim ?



Melek Kar... 22 Mar 2023



alıcı: ben v

Merhaba Kübra,

Hill-Bone HT Ted. Uyum Ölçeğini çalışmada
kullanabilirsin.
Çalışmalarında başarılar dilerim.

Dr. Melek Karademir

ÖLÇEK KULLANMA İZİNİ

Gelen kutusu



ben 12 Kas 2022

alıcı:



Ayşe hanım merhabalar,
Ben Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları
Hemşireliği Bilim Dalı Tezli Yüksek Lisans
Programına kayıtlı tez dönemindeki yüksek
lisans öğrencisiyim.Geliştirdiğiniz Sağlıklı
Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II başlıklı
ölçeği kullanabilir miyim eğer müsadeniz
olursa?



Ayşe Beşer 13 Kas 2022

alıcı: ben



Sevgili Kübra çalışmanızda ölçeğimizi
kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim

...



ben 13 Kas 2022

alıcı:



Çok teşekkür ederim Ayşe hanım.İyi günler
dilerim.Müteşekkirim.