

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HİPERTANSİYON TANISI OLAN BİREYLERDE
KAN BASINCININ KONTROL ALTINDA OLMA SIKLIĞI
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sude GENÇTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HİPERTANSİYON TANISI OLAN BİREYLERDE
KAN BASINCININ KONTROL ALTINDA OLMA SIKLIĞI
VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Sude GENÇTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından
TYL-2019-4988 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

TEŐEKKÖR

Tez alıőma sűrecimde ve yűksek lisans eęitimim boyunca tűm kıymetli bilgi ve tecrűbelerini benimle paylaőan her zaman sabırlı ve destekleyici yaklaőımıyla yol gűsteren deęerli danıőman hocam *Prof. Dr. Sebahat GÖZÖM'* e

Veri toplama sűrecimde bana ev sahiplięi yaparak uygun bir çalıőma ortamı sunan, desteklerini esirgemeyen tűm *Siteler Aile Saęlıęı Merkezi* alıőanlarına ve çalıőmama katılmayı kabul eden tűm bireylere,

Yaőamım boyunca gűsterdikleri sonsuz fedakârlık ve sevgileriyle her zaman yanımda olan desteklerini daima hissettięim *sevgili aileme*,

Teőekkűr ederim.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı; hipertansiyon tanısı olan bireylerde kan basıncının kontrol altında olma sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Kantitatif tanımlayıcı olan bu araştırma, Antalya İlinde bir Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) yürütülmüştür. Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında ASM'ye gelen, en az altı aydır hipertansiyon tanısı olan ve antihipertansif ilaç kullanan 40 yaş ve üzeri 323 birey çalışma kapsamına alınmıştır. Ofis kan basıncı ölçümü ASM'de aneroid tansiyon aleti ile üç kez araştırmacı tarafından, evde kan basıncı ölçümü elektronik tansiyon aleti ile üç gün sabah ve akşam olmak üzere altı kez katılımcı tarafından ölçülmüştür. Ofis ölçümünde kan basıncı kontrol sınırı 140/90 mmHg, ev ölçümlerinde 135/85 mmHg alınmıştır. Araştırmada veriler, Hasta Tanıtım Formu, İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz- Etkililik Kısa Formu (İBÖS-KF)" ve "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi boyutları ile ölçülmüştür.

Bulgular: Ofis ölçümlerinde katılımcıların %28.5'inin, ev ölçümlerinde %33.1'inin, ofis veya ev ölçüm ortalamasının herhangi birinde %43.7'sinin, hem ev hem de ofis ölçümlerinin her ikisinde %18'inin kan basıncının kontrol altında olmadığı saptanmıştır. Katılımcıların İBÖS-KF madde puan ortalaması 4 üzerinden 3.66, sağlık sorumluluğu 2.24, fiziksel aktivite 1.65, beslenme 3.27, kişilerarası ilişkiler 3.33 ve stres yönetimi 2.68 hesaplanmıştır. Kan basıncı kontrolü üzerinde kontrole gitme sıklığı, sağlık sorumluluğu ve beslenme anlamlı yordayıcı değil ($p>.05$) iken, ilaç tedavisine bağlılık anlamlı yordayıcıdır (Exp(B) 44.564, GA.939-.995. ($p<.05$).

Sonuç: Katılımcıların yaklaşık yarısının kan basıncı kontrol altında değildir. İlaç tedavisine uyumları iyi ancak fiziksel aktivite düzeyleri düşüktür. Kan basıncı kontrolünde yordayıcı değişken ilaç tedavisine iyi uyum düzeyidir.

Anahtar Kelimeler: hipertansiyon, kan basıncı kontrolü, ilaç tedavisi, sağlıklı yaşam biçimi, tedaviye uyum

ABSTRACT

Objective: This study aims to determine the frequency of blood pressure control and related factors in individuals with a diagnosis of hypertension.

Method: This quantitative descriptive study was conducted at the Family Health Center (FHC) located in Antalya. Eligible participants of this study were 323 adults aged over 40 who attended to the FHC between October and December 2019 and have been diagnosed with hypertension for at least 6 months and using antihypertensive drugs. Office blood pressure measurement was measured with an aneroid sphygmomanometer three times by the researcher at the FHC and home blood pressure measurement was measured in total 6 times by the participant with an electronic monitoring device. Blood pressure control threshold of 140/90 mmHg is applied at office measurement and 135/85 mmHg at home measurement. The research data is collected through the “Patient Introduction Form”, “Medication Adherence Self-Efficacy Scale-Short Form (MASES-SF)” and “Healthy Life Style Behavior Scale II”.

Results: It is found that %28.5 of the participants at office measurement, %33.1 at home measurement and %43.7 at either office or home measurement average and %18 at both home and office measurements have an uncontrolled blood pressure. The mean item score of the MASES-SF is observed 3.66 out of 4 and the overall scores are identified as follows health responsibility 2.24, physical activity 1.65, nutrition 3.27, interpersonal relationships 3.33 and stress management 2.68. While the frequency of checking blood pressure control, health responsibility and nutrition are not significant predictors ($p>.05$), MASES-SF is a significant predictor ($\text{Exp}(B)$ 44.564, CI 939-.995, ($p<.05$).

Conclusion: About half of the participants blood pressure is not under control. Their compliance with medication good but their physical activity levels are low. The predictive variable in blood pressure control is the level of compliance with drug therapy.

Key words: hypertension, blood pressure control, medication treatment, lifestyle, treatment compliance

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hipertansiyonun Tanımı	3
2.2. Hipertansiyonun Önemi	3
2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	4
2.4. Hipertansiyonun Patofizyolojisi	6
2.5. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	6
2.5.1. Etiyolojiye Göre Sınıflandırılması	6
2.5.2. Kan Basıncına Göre Sınıflandırılması	8
2.6. Kan Basıncı Ölçümü	10
2.6.1. Ofis/ Klinik Kan Basıncı Ölçümü	10
2.6.2. Ofis Dışı Kan Basıncı Ölçümü	11
2.7. Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon	13
2.7.1. Beyaz Önlük Hipertansiyonu	13
2.7.2. Maskeli Hipertansiyon	14
2.8. Hipertansiyonun Tedavisi	14
2.8.1. Yaşam Biçimi Değişiklikleri	14
2.8.2. İlaç Tedavisi	18

2.9. Hipertansiyon Tedavisine Uyum	19
2.10. Kan Basıncı Kontrolünü Sağlamada Halk Sağlığı Hemşiresinin Sorumlulukları	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM	23
3.1. Araştırmanın Tasarımı	23
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
Bireylerin Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri	24
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	24
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.6. Veri Toplama Araçları ve Ölçümler	24
3.6.1. Ölçümler	25
3.6.1.1. Kan Basıncı Ölçümü	25
3.6.1.2. Boy ve Kilo Ölçümü	26
3.6.2. Veri Toplama Araçları	27
3.7. Ön Uygulama	28
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.9. Araştırmanın Etiği	29
4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	52
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	60
KAYNAKLAR	61
EKLER	76
EK 1. Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu	
EK 2. Kan Basıncı Takip Formu	
EK 3. Hasta Tanıtım Formu	
EK 4. İlaç Tedavisine Uyum/ Bağlılık Öz- Etkililik Ölçeği Kısa Formu	

- EK 5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
- EK 6. Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni
- EK 7. İl Sağlık Müdürlüğü İzin
- EK 8. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz Etkililik Kısa Formu Ölçek Kullanım İzni
- EK 9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Kullanım İzni

ÖZGEÇMİŞ

91



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Hipertansiyonun Etiyolojiye Göre Sınıflandırılması	8
Tablo 2.2.	JNC-8 Kan Basıncı Sınıflandırması	9
Tablo 2.3.	ACC/ AHA Kan Basıncı Sınıflandırması	9
Tablo 2.4.	ESC/ ESH Kan Basıncı Sınıflandırması	10
Tablo 3.1.	Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	28
Tablo 4.1.	Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 4.2.	Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo 4.2.	Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı-devamı	31
Tablo 4.3.	Katılımcıların Kan Basıncı Kontrolü Dağılımı	32
Tablo 4.4.	Katılımcıların Ofis ve Evde Yapılan Kan Basıncı Ölçüm Ortalamaları	33
Tablo 4.5.	Katılımcıların İBÖS-KF Toplam Puan ve SYBDÖ II Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımı	34
Tablo 4.6.	Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Önerisi Alma ve Uygulama Dağılımları	35
Tablo 4.7.	Kan Basıncı Ölçümlerinin Kontrol Altında Olma Durumuna Göre İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	36
Tablo 4.8.	Kan Basıncı Ölçümlerinin Kontrol Altında Olma Durumuna Göre SYBD II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37

Tablo 4.8.	Kan Basıncı Ölçümlerinin Kontrol Altında Olma Durumuna Göre SYBD II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-devamı	38
Tablo 4.9.	Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Kan Basıncı Kontrolü ile İlişkisi	40
Tablo 4.10.	Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Kan Basıncı Kontrolü ile İlişkisi	41
Tablo 4.10.	Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Kan Basıncı Kontrolü ile İlişkisi-devam	42
Tablo 4.11.	Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Uyum Sağlama Durumlarının Kan Basıncı Kontrolüne Etkisi	43
Tablo 4.12.	Kan Basıncı Kontrolü Üzerine, Kontrole Gitme Sıklığı, İBÖS-KF, Sağlık Sorumluluğu ve Beslenme Etkisi Lojistik Regresyonu	44
Tablo 4.13.	Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	46
Tablo 4.14.	Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	49
Tablo 4.14.	Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması-devamı	50

SİMGELER ve KISALTMALAR

ACC	: American College of Cardiology
AHA	: American Heart Association
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CI	: Confidence Interval
DASH	: Dietary Approach to Stop Hypertension
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EKBÖ	: Evde Kan Basıncı Ölçümü
ESC	: European Society of Cardiology
ESH	: European Society of Hypertension
FHC	: Family Health Center
GA	: Güven Aralığı
HT	: Hipertansiyon
İBÖS-KF	: İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz- Etkililik Kısa Formu
JNC	: Joint National Committee
KB	: Kan Basıncı
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık

OKBÖ	: Ofis Kan Basıncı Ölçümü
PATENT	: Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri
TKD	: Türkiye Kardiyoloji Derneği
TURDEP	: Türkiye Diyabet Prevalans Çalışması
TURKSAHA	: Treatment and Control of Hypertension in Turkish Population

1. GİRİŞ

Yetişkinlerde %35- 40 civarında olan hipertansiyon (HT) prevalansının 2025 yılında %60 oranına ulaşacağı tahmin edilmektedir (Kolcu ve Ergün, 2017). PatenT II çalışmasına göre HT görülme sıklığı 40- 49 yaş grubunda (%29.7), 30- 39 yaş grubunun (%11.2) iki katından fazladır (Sengul ve ark., 2016). TEKHARF 2009-14 verilerine göre, HT prevalansı 40- 49 yaş arasında %31 ile dünya ortalamasından 2/5 kat daha yüksek bulunmuştur (Onat ve ark., 2017). Sistolik kan basıncında 10 mmHg, diyastolik kan basıncında 5 mmHg azalma ile tüm kardiyovasküler olaylarda %20, koroner olaylarda %20, inmelerde %35, kalp yetmezliğine bağlı mortalite oranlarında %40 azalma görülmektedir. Bu nedenle, tedavide kan basıncının düşürülmesi hedeflenmektedir. Kan basıncını düşürmek için temel iki strateji; yaşam tarzı müdahaleleri ve ilaç tedavisidir (Williams ve ark., 2018). Tedavide yaşam biçimi stratejisinde sağlıklı olmayan davranışlar iyileştirilerek kan basıncı kontrol altına alınabilmekte, HT'ye bağlı komplikasyonlar ve mortalite azaltılabilmektedir (Aşık ve ark., 2018). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanması, hipertansiyonun önlenmesi, tedavisi ve genel risk dağılımının azaltılmasında etkilidir (L.Joseph ve ark., 2008).

HT'yi hızlandırıcı değiştirilebilir yaşam biçimi risk faktörleri; besinlerdeki tuz ve yağ miktarının fazla, sebze ve meyve tüketiminin az olması, sigara ve alkolün zararlı kullanımı, fiziksel inaktivite, stres ve fazla kilolu ya da obez olmaktır (Üner ve ark., 2018). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, birinci derece HT hastalarında ilaç tedavisini önleyebilmekte ve geciktirebilmektedir. İlaç kullanan HT hastalarında ise kan basıncı ve ilaç dozlarını düşürücü etkiye sahiptir (Mancia ve ark., 2013; Williams ve ark., 2018). İlaçla tedavi stratejisinde bireylerin sistolik ve diyastolik kan basıncı, kardiyovasküler hastalık risk düzeyleri ve eşlik eden hastalık durumları belirlenmekte, tedavileri buna göre planlanmaktadır (Aşık ve ark., 2019; Aydoğdu ve ark., 2019). Kılavuzlarda, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve diüretikler olmak üzere beş ana antihipertansif ilaç sınıfı önerilmektedir. Hastanın gereksinimine göre tek ya da kombine ilaç tedavisi başlanmaktadır (Bell ve ark., 2015; Williams ve ark., 2018).

Kan basıncını kontrol altında tutabilmek için HT tedavisine uyum sağlanması önemli olmasına karşın hem ilaç kullanımı hem de yaşam biçimi değişikliklerinde hasta uyumsuzluğu sık görülmektedir (Aşık ve ark., 2019). Hipertansif bireylerin yaklaşık yarısı antihipertansif tedavi almaktadır ve tedavi alanların da yaklaşık yarısının kan basıncı kontrol altında değildir. Antihipertansif kullananlarda kan basıncının kontrol altında olma oranı; TÜRKSAHA araştırmasında %24.2, TEKHARF çalışmasında %48, PatenT II çalışmasında %53.9 bulunmuştur (Abacı ve ark., 2006; Onat ve Can, 2017; Sengul ve ark., 2016). Yapılan küçük çaplı araştırmalarda ise kan basıncı kontrol altında olanların oranı %32.9 ile %63 arasında değişmektedir (Karakuş Açıkgöz, 2014; Odusola ve ark., 2015; Hacıhasanoğlu Aşlar ve Gözüm, 2017; Kara Söylemez, 2018; Qu ve ark., 2019). Antihipertansif kullanan hastaların yarısının tedaviyi ilk yılında bıraktığı, %10'unun ise ilaçlarını almayı gün içerisinde unuttuğu ortaya konmuştur (Aşık ve ark., 2019).

HT tanılı bireyler, kan basıncı ölçümü, ilaçlarının tekrar yazılması gibi nedenlerle Aile Sağlığı Merkezlerini sık kullanmaktadırlar. Burada çalışan hemşireler HT tanılı bireylerin tedaviye uyumunu değerlendirme, uyum sağlamasını engelleyen faktörleri belirleme ve uyum göstermelerini teşvik etmede etkin konumdadırlar.

Bu çalışmanın amacı; hipertansiyon tanısı olan bireylerde kan basıncının kontrol altında olma sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemektir. Araştırmada yanıtı aranan sorular;

1. Hipertansif bireylerde kan basıncının kontrol altında olma sıklığı nedir?
2. Hipertansif bireylerin ilaç tedavisine uyum öz etkililik düzeyleri nedir?
3. Hipertansif bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyum düzeyi nedir?
4. Kan basıncı kontrolü üzerine hangi faktörlerin (yaşam biçimi davranışları, ilaç tedavisine uyumu, kontrole gitme sıklığı vs.) etkisi vardır?
5. Hipertansif bireylerin ilaç tedavisine uyum öz etkililik düzeylerinde hangi faktörler etkilidir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Kanın atardamar duvarına yaptığı basınç kan basıncı (KB) olarak adlandırılmaktadır (Enç ve ark., 2007). KB milimetre cıva (mmHg) cinsinden ölçülen sistolik ve diyastolik bileşenlerden oluşmaktadır. Kalp kasıldığında, kanın damarlarda oluşturduğu maksimum basınç sistolik kan basıncı (SKB), kalbin gevşemesi sırasında kan damarlarında oluşan minimum basınç diyastolik kan basıncı (DKB) şeklinde ifade edilmektedir (World Health Organization, 2013; Piper ve ark., 2014). KB'nin fizyolojik olmayan kalıcı yüksekliği arteriyel hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Black ve Elliott, 2009b).

Genel olarak güncel kılavuzlarda, tekrarlanan ölçümler sonucunda SKB' nin 140 mmHg ve üzerinde, DKB'nin 90 mmHg ve üzerinde olması şeklinde tanımlanmış olan hipertansiyon (HT) (World Health Organization, 2013; Bell ve ark., 2015; Williams ve ark., 2018) arter içi KB'nin sürekli yüksekliği ile kendini gösteren genetik, edimsel etmenlerin ve metabolik bozuklukların rol oynadığı sistemik bir hastalıktır (Zungur ve Yıldız, 2004; Aşık ve ark., 2018). Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu'nda da aynı değerler (140/90 mmHg ve üzeri) HT sınır değeri kabul edilmiştir (Arıcı ve ark., 2015; Aydoğdu ve ark., 2019). Amerikan Kardiyoloji Derneği, 2017 yılında yaptığı güncelleme ile diğer kılavuzların aksine KB sınır değerlerini aşağıya çekerek SKB için 130 mmHg ve üzerini, DKB için 80 mmHg ve üzerini HT kabul etmiştir (Whelton ve ark., 2018).

2.2. Hipertansiyonun Önemi

DSÖ'nün (World Health Organization (WHO)) verilerine göre kardiyovasküler hastalıklar (KVH) yılda yaklaşık 17.9 milyon ölüme sebebiyet vererek küresel ölümlerin %31'ini oluşturmaktadır (WHO, 2019a). Tüm aterosklerotik ve aterotrombotik kardiyovasküler olaylar için önde gelen risk faktörü olan HT (Black ve Elliott, 2009b; Karaaslan ve ark., 2018), birinci basamakta en yaygın görülen hastalıklardan birisi olup (James ve ark., 2014) etkin tedavi ile kontrol altına alınabilmesine karşın geç kalındığında serebrovasküler, kardiyovasküler ve iskemik hastalıklara, ciddi organ hasarlarına, ölümcül seyredabilen komplikasyonlara ve ölüme sebep olmaktadır (Mancia ve ark., 2013; Rubattu ve ark., 2015; Kolcu ve Ergün, 2017).

HT erken belirti göstermeyen bir hastalık olması nedeniyle ‘sessiz katil’ olarak da adlandırılmaktadır. KB artışı ile doğru orantılı olarak HT komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranları da artış göstermektedir. Uygun olan yaşam biçimi değişiklikleri ile kan basıncı kontrol altına alınarak komplikasyon riski azaltılabilmektedir (Sawicka ve ark., 2011; Aşık ve ark., 2018). HT komplikasyonları her yıl küresel çapta 9.4 milyon ölüme sebep olmaktadır ve inme nedeni ölümlerin %51’nden, kalp hastalıkları ile ilişkili ölümlerin %45’inden HT sorumludur (World Health Organization, 2013). Türkiye Hastalık Yüklü Çalışması verilerine göre HT’nin kontrol altına alınması ile önlenebilen ölümler, tüm ölümlerin %25.2’ sini oluşturmaktadır (Bora Başara ve ark., 2006). Sağlık ve ekonomi alanında büyük bir yük oluşturmaları ve en sık görülen sağlık problemlerinden biri olması sebebiyle önemli bir halk sağlığı sorunudur (Arıcı ve ark., 2015).

2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon 1975 yılında 594 milyon yetişkin kişide görülmekte iken 40 yılda %90 oranında artarak 2015 yılında küresel çapta 1.13 milyara ulaşmıştır (World Health Organization, 2015; Zhou ve ark., 2017; Williams ve ark., 2018). Küresel çapta görülen bu prevalans artışının; nüfusun artışı, yaşlı popülasyonun artışı ve büyük ölçüde düşük-orta gelirli ülkelerde yaşayan popülasyonda HT risk faktörlerinin artışından kaynaklandığı düşünülmektedir (Zhou ve ark., 2017; Karaaslan ve ark., 2018; WHO, 2019b). Günümüzde yetişkinlerde %35-40 civarında olan HT prevalansının 2025 yılına kadar %15-20 oranında artacağı ve HT’li kişi sayısının 1.5 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (Kolcu ve Ergün, 2017; Williams ve ark., 2018). Genel olarak yüksek gelirli ülkelerde HT prevalansı (%35), diğer gruplara göre (%40) daha düşük bulunmuştur (World Health Organization, 2013). Amerika Bölgesi %18 ile düşük prevalansa sahipken, Afrika Bölgesi %27 ile en yüksek prevalansa sahiptir (WHO, 2019b).

Türkiye’de ise HT prevalansı; 18 yaş ve üzerindeki bireylerle yapılan PatenT (Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (2003-2005)) çalışmasında %31.8, 20 yaş ve üzerinin dâhil edildiği TURDEP II’de (Türkiye Diyabet Prevalans Çalışması II (2010-2013)) %31.4, DSÖ’nün 2015 verilerine göre %20.3, 18 yaş ve üzerindekilerle yapılan (2012-2016) PatenT II çalışmasında %30.3 bulunmuştur (Altun ve ark., 2005; Satman ve ark., 2013; World Health Organization, 2015; Sengul ve ark., 2016).

Türkiye’de ilk ülke genelini yansıtan araştırma özelliğindeki TEKHARF (Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri) çalışmasına göre ise HT prevalansı %33.7’dir (Onat ve ark., 1991). HT prevalansı yaşla birlikte kesin şekilde artış göstermektedir, bundan dolayı yaşlı hastalarda KVH için en sık risk faktörü HT’dir (Black ve Elliott, 2009b). Yaş gruplarında; TEKHARF verilerine göre 40 yaş üzerindeki erkeklerin %53.4’ünde, kadınların %63.5’inde HT saptanmış ve Türkiye’de 40-49 yaş arasındaki HT prevalansı %31 bulunarak dünya ortalamasından 2/5 kat daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Onat ve ark., 2017). PatenT II çalışmasında da HT prevalansı 40-49 yaş grubunda (%29.7), 30-39 yaş grubunun (%11.2) iki katından daha fazladır (Sengul ve ark., 2016) ve yaşı ilerlemesi ile giderek daha yaygın hale gelen HT, 60 yaş ve üzerinde %60 oranında görülmektedir (Williams ve ark., 2018). Yapılan küçük çaplı çalışmaların sonucunda ise HT tanılı bireylerin yaş ortalamaları 48.5 ile 66.4 arasında değişmektedir (Uzun ve ark., 2009; Adesola Busari ve ark., 2010; Mert, 2014; Vatansever ve Ünsar, 2014; Odusola ve ark., 2015; Tümer ve ark., 2016; Erci ve ark., 2018; Kes, 2019; Qu ve ark., 2019).

HT tanısı olan hastalarda KB’nin kontrol altında olma oranı; PatenT (2005) çalışmasında %8.1, CREDIT (2012) çalışmasında %16.4, PatenT II (2016) çalışmasında %28.7 bulunmuştur. Yapılan bu geniş katılımlı çalışma sonuçlarında KB genel kontrol oranı artış gösterse de hala istenen seviyeye ulaşılamamıştır (Altun ve ark., 2005, 2012; Sengul ve ark., 2016). Antihipertansif kullananlarda ise KB’nin kontrol altında olma oranı; PatenT çalışmasında %20.7, TURKSAHA (Treatment and Control of Hypertension in Turkish Population) araştırmasında %24.2, PatenT II çalışmasında %53.9, TEKHARF çalışmasında %48 bulunmuştur (Altun ve ark., 2005; Abaci ve ark., 2006; Sengul ve ark., 2016; Onat ve ark., 2017). Çok uluslu bir çalışmanın kesitsel analizinde kan basıncının kontrol altında olma oranı %32.5 bulunmuştur (Chow ve ark., 2013). Küçük çaplı araştırmalarda ise KB’nin kontrol altında olma oranı %32.9 ile %63 arasında değişiklik göstermektedir (Karakuş Açıkgöz, 2014; Odusola ve ark., 2015; Hacıhasanoğlu Aşılar ve Gözümlü, 2017; Kara Söylemez, 2018; Kes, 2019; Qu ve ark., 2019). Yapılan bu geniş katılımcı içeren araştırmaların sonucunda KB’nin kontrol altından olma oranında düzelme görülse de bu oranlar henüz kabul edilebilir düzeye ulaşamamıştır (Karaaslan ve ark., 2018).

2.4. Hipertansiyonun Patofizyolojisi

Arteryal kan basıncı, kardiyak debi (kalbin dakikada pompaladığı kan hacmi) ve periferik vasküler direnç faktörleri tarafından oluşturulmaktadır ve kardiyak debi ile periferik vasküler direncin çarpımı şeklinde formüle edilmektedir (Karadağ, 2015). Kan basıncını oluşturan bu iki hemodinamik parametreyi etkileyerek denklemi bozacak herhangi bir faktör ortaya çıktığında KB’de değişiklikler meydana gelmekte ve otoregülasyon devreye girmektedir. İntravasküler volüm ve sempatik aktivite artışı kalp debisini artırarak KB’nin yükselmesine sebep olur. KB’yi kontrol altına almak için barorefleks mekanizma tarafından periferik vasküler direnç azaltılmaya çalışılır (Zungur ve Yıldız, 2004).

Kan basıncını etkileyen birçok faktör olması nedeniyle tek bir patofizyolojik mekanizma ile açıklanması mümkün olmayan HT, bir KB regülasyonu bozukluğudur (Babalık, 2005). Sempatik sinir sistemi aktivitesinde artma, psikososyal strese maruziyetin fazla olması, sodyum tutucu hormonların veya vazokonstriktörlerin (endotelin veya tromboksan) aşırı üretimi, uzun dönemli yüksek sodyum alımı, yetersiz potasyum ve kalsiyum alınması, uygunsuz renin salgılanması sonucu artan anjiotensin II ve aldosteron üretimi, vazodilatör maddelerin (prostoglandin veya nitrik oksit) üretiminin azalması HT oluşumunda rol oynayan bazı patofizyolojik faktörlerdir (Black ve Elliott, 2009b; Eddouks ve ark., 2015).

2.5. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

HT sınıflandırılması; etiyolojiye ve kan basıncı değerlerine göre yapılmaktadır.

2.5.1. Etiyolojiye Göre Sınıflandırılması

Etiyolojisine göre HT; primer HT ve sekonder HT olarak ikiye ayrılmaktadır (Aşık ve ark., 2018; Weber ve ark., 2014). HT etiyolojisinde genetik ve çevresel faktörler birlikte rol oynamaktadır.

Primer Hipertansiyon

Olguların %90-95'i primer hipertansiyondur ve belirlenebilen organik bir neden olmaksızın KB'nin yüksek olması şeklinde tanımlanmaktadır (Weber ve ark., 2014; Kolcu ve Ergün, 2017). Primer HT kesin olarak tedavi edilemese de uygun tedavi yöntemleri (yaşam biçimi değişiklikleri, ilaç tedavisi) ile kontrol altına alınabilmektedir (Bell ve ark., 2015). Primer HT'nin nedenleri, aynı zamanda HT'nin değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörlerini oluşturmaktadır. Değiştirilebilen risk faktörlerini oluşturan sağlıklı yaşam tarzı ve alışkanlıklarının önlenabilir nitelikte olması, primer hipertansiyonu halk sağlığı açısından daha da önemli hale getirmektedir (Erci ve ark., 2016).

Sekonder Hipertansiyon

Hipertansiyon, yetişkinlerin yaklaşık %5-10'unda sekonder HT olarak karşımıza çıkmaktadır (Weber ve ark., 2014). Altta yatan potansiyel ve düzeltilebilir bir nedeni olan HT türüdür. Genç erişkinlerde, özellikle kadınlarda fibromusküler displazinin neden olduğu renal arter darlığı, en sık rastlanan sekonder etiyolojilerden biridir (Viera ve Neutze, 2010). Sekonder HT aniden ortaya çıkma eğilimindedir ve genellikle esansiyel HT' den daha yüksek KB sonucuna sebep olmaktadır. Altta yatan tıbbi durumun çözülmesi ile sekonder HT kontrol altına alınabilmektedir (Bell ve ark., 2015).

Tablo 2.1. Hipertansiyonun Etiyolojiye Göre Sınıflandırılması

Primer Hipertansiyon	Sekonder Hipertansiyon
Nedenleri: • Genetik yatkınlık • Aşırı tuz tüketimi • Obezite- İnsülin direnci • Sempatik sinir sisteminin fazla çalışması • Renin- anjiyotensin sisteminin rolü • Tuz atılımında renal bozukluk • İntraselüler sodyum ve kalsiyum artışı • Düşük doğum ağırlığı • Stresli kişilik yapısı Arttıran Faktörler: • Aşırı alkol alımı • Sigara içimi • Sedanter hayat • Polisitemi • Nonsteroidal antiinflamatuvarlar • Düşük potasyum alımı	A. Endokrin Nedenler: 1. Oral kontraseptifler 2. Adrenokortikal hiperfonksiyon a. Cushing sendromu b. Primer hiperaldosteronizm c. Konjenital adrenal hiperplazi 3. Feokromositoma 4. Akromegali 5. Hipotiroidi, hipertiroidi 6. Hiperparatiroidi B. Renal Nedenler: • Kronik böbrek hastalığı • Kronik piyelonefrit • Akut ve kronik glomerülonefrit • Polikistik böbrek hastalığı • Renal arter darlığı • Arteriyolar nefroskleroz • Diyabetik nefropati • Renin salgılayan tümörler C. Uyku apne sendromu D. Nörolojik nedenler E. Aort koarktasyonu

(Aşık ve ark., 2018).

2.5.2. Kan Basıncına Göre Sınıflandırılması

KB sınıflandırması yapılırken yetişkinlerde iki veya daha fazla klinik ziyarette standartlara uygun yöntemle ölçülen iki veya daha fazla KB ölçüm sonuçlarının ortalaması temel alınır. Buna göre elde edilen KB sonuçları kategorilere ayrılır (Bell ve ark., 2015). Pratikte tanı ve tedavi hakkındaki kararları kolaylaştırmak için KB sınır değerleri belirlenmiştir (Williams ve ark., 2018). KB sınıflandırılmasında uluslararası HT kılavuzları kullanılmaktadır, yayınlanmış güncel kılavuzlar arasında KB sınır değerlerinde farklılıklar bulunmaktadır.

Tablo 2.2. JNC-8 Kan Basıncı Sınıflandırması

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	< 120	Ve < 80
Prehipertansiyon	120 – 139	ya da 80 – 89
Evre 1 Hipertansiyon	140 – 159	ya da 90 – 99
Evre 2 Hipertansiyon	≥ 160	ya da ≥ 100

(Bell ve ark., 2015).

JNC-8 (Eighth Joint National Committee) kılavuzuna göre tedaviye başlanması gereken KB sınır değeri kronik böbrek hastalığı olanlarda, diyabet hastalarında ve 60 yaş altında 140/90 mmHg, 60 yaş ve üzerinde 150/90 mmHg’dir (Bell ve ark., 2015). Yine JNC-8’e göre KB sonuçları sınır değerlerin üzerinde olan hastalarda yaşam tarzı değişiklikleri ile eş zamanlı ilaç tedavisi başlanması önerilmiştir (Aslan ve ark., 2015).

Tablo 2.3. ACC/AHA Kan Basıncı Sınıflandırması

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	< 120	Ve < 80
Yükselmiş	120 – 129	ve < 80
Evre 1 Hipertansiyon	130 – 139	ya da 80 – 89
Evre 2 Hipertansiyon	≥ 140	ya da ≥ 90

(Whelton vd., 2018).

JNC- 8 ve Avrupa Kardiyoloji Derneği 130-139 mmHg veya 80-89 mmHg aralığı prehipertansiyon veya yüksek normal kabul edilirken, Amerikan Kardiyoloji Derneği 2017 yılında HT kılavuzunda yapmış olduğu güncelleme ile diğer kılavuzların aksine bu değer aralıklarını evre I HT kabul etmiştir.

Tablo 2.4. ESC/ ESH Kan Basıncı Sınıflandırması

Kategori	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)		Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Optimal	< 120	Ve	< 80
Normal	120 – 129	ve / veya	80 – 84
Yüksek Normal	130 – 139	ve / veya	85 – 89
Evre 1 HT	140 – 159	ve / veya	90 – 99
Evre 2 HT	160 – 179	ve / veya	100 – 109
Evre 3 HT	≥ 180	ve / veya	≥ 110
İzole Sistolik HT	≥ 140	Ve	< 90

(Williams ve ark., 2018).

2.6. Kan Basıncı Ölçümü

HT tanısı için KB değerlerinin doğru ölçülmesi çok önemlidir. KB ölçümü hastaya ait, ölçümü yapana ait ve ölçüm yöntemine ait faktörlerden etkilenmektedir (Birdane ve ark., 2014). KB ölçümünde periyodik kontrol ve kalibrasyonları yapılan, standart protokollere göre onaylı, oskultatuar veya osilometrik otomatik/dijital sfigmomanometre cihazları kullanılmalıdır (Mancia ve ark., 2013; Aşık ve ark., 2018).

2.6.1. Ofis/ Klinik Kan Basıncı Ölçümü

Ofis KB ölçümü yapılırken önerilen şartlara dikkat edilmemesi, KB değerlerinde hatalı sınıflandırmaya yol açmakta ve buna bağlı olarak gereksiz veya yanlış tedaviye neden olmaktadır (Williams ve ark., 2018). Yemeklerden veya egzersizden sonra yapılan ölçümler sonucunda normalden düşük; çay, kahve veya sigara içtikten sonra yapılan ölçümler sonucunda normalden daha yüksek KB değerleri elde edilmektedir. Bu sebeple hastanın ölçüm öncesindeki 30 dakika yemek yememiş, kahve, çay, sigara tüketmemiş ve egzersiz yapmamış olmasına dikkat edilmelidir (Aşık ve ark., 2018).

Ofis KB ölçümüne başlamadan önce hastanın sessiz bir ortamda en az beş dakika oturarak dinlenmesine izin verilmelidir. Ölçüm esnasında mesane dolu olmamalı, hasta arkasını yaslanarak oturmalı, bacak bacak üzerine atmamalı ve konuşmamalıdır. Tansiyon aleti

manşonunun boyutları hastanın kol çevresine uygun olmalı, manşon dirsek çukurunun 2.5-3 santimetre üzerinde olacak şekilde, kalp hizasından sarılmalı ve hastanın kolu desteklenmelidir. Ofis ölçümünde hasta ile ilk karşılaşmada her iki koldan ölçüm yapılmalı, sonraki ölçümlere yüksek KB değeri saptanan koldan devam edilmeli, tekrarlayan ölçümler bir iki dakika ara ile ayrılmalıdır (Mancia ve ark., 2013; Aşık ve ark., 2018; Whelton ve ark., 2018; Muntner ve ark., 2019).

Oskültasyon yöntemi ile KB ölçümünün doğru yapılabilmesi; ekipmanı doğru şekilde kullanma, korotkoff seslerini duyma, doğru yorumlama ve kaydetme becerisi gerektirir (Grim ve Grim, 2008). Öncelikle palpasyon ile radyal nabız obliterasyon basıncı yöntemi kullanılarak tahmini SKB değerinin 20-30 mmHg üzerine kadar manşon şişirilmelidir (Whelton ve ark., 2018). Manşonun basıncı 2-4 mmHg hızla azaltılırken sesin ilk duyulduğu an korotkoff faz 1 olarak adlandırılmakta ve okunan değer SKB'yi, sesin artık işitilmez olduğu an korotkoff faz 5 olarak adlandırılmakta ve DKB'yi ifade etmektedir (Grim ve Grim, 2008; Omar ve Mutlu, 2015). Hastada aritmi varsa mutlaka palpasyon ile nabız değerlendirilmeli, düzensizlik varsa steteskop kullanılarak klasik yöntemle KB ölçülmelidir aksi takdirde otomatik cihazlar hatalı sonuç verebilir (Aydoğdu ve ark., 2019).

2.6.2. Ofis Dışı Kan Basıncı Ölçümü

Ofis KB ölçümleri her ne kadar standart şartlara uygun olarak yapılırsa yapılsın KB'nin değişken oluşu, sabah ve akşam ölçülen KB değerleri arasında farklılık olması, beyaz önlük etkisi ve ölçüm sonuçlarının yuvarlanması gibi problemler ortaya çıkmaktadır. Bunun önüne geçmek için de ofis dışı ölçüm yöntemi olarak ev ölçümleri ve ambulatuvar KB ölçümleri kullanılmaktadır (Birdane ve ark., 2014; Aşık ve ark., 2018). Ofis dışında KB ölçümünün en büyük avantajı tıbbi ortamdan uzak ve çok sayıda ölçüm yapılmasına bağlı olarak ofis KB'ye göre gerçek KB değerinin daha güvenilir olmasını sağlamasıdır (Mancia ve ark., 2013). Ofis dışı KB ölçümleri hem tanı hem tedavi hem de prognozu göstermede önemlidir (Birdane ve ark., 2014).

Evde Kan Basıncı Ölçümü

Evde kan basıncı ölçümü (EKBÖ), hastanın kendi KB'sini genel tansiyon ölçüm standartlarına bağlı olarak onaylanmış cihazlar ile ölçmesidir (Birdane ve ark., 2014). Evde yapılan KB ölçümleri sonucunda ortalama SKB 135 mmHg ve üzerinde ve/veya ortalama DKB 85 mmHg ve üzerinde ise bireylere HT tanısı konmaktadır (Aydoğdu ve ark., 2019). EKBÖ, hastaların zamanlarının büyük bir kısmını geçirdikleri doğal ortamı temsil eden, çok sayıda ölçüm yapılmasına olanak sağlayan maliyet yönünden etkin ve basit bir yöntemdir. Beyaz önlük hipertansiyonun tespitine yardımcı olması, antihipertansif ilaçlara verilen yanıtın değerlendirilmesi ve hastanın tedavi rejimine uyumunun artırılması da EKBÖ'nün en önemli avantajlarındandır (Pickering, 2009). Ancak gece takibinin ambulator KB'nin monitörizasyonu kadar iyi olmaması, hastaların doğru ölçüm standartlarına uymamaları, KB'nin sık ölçümüne bağlı anksiyete oluşturabilme ihtimali veya hastaların KB sonuçlarını yanlış kaydetmesi, hasta tarafından doktora danışılmadan yapılan ilaç değişimi riski gibi dezavantajlara da sahiptir (Birdane ve ark., 2014; Omar ve Mutlu, 2015).

Ev ölçümünde de standart ölçüm kurallarına uyulmalı, hasta bu konuda bilgilendirilmelidir. Ölçümler sabah antihipertansif ilaçların alımından önce ve akşam yatmadan önce yapılmalıdır. Ev KB'sinin tahmini için 3 gün boyunca elde edilen sabah ve akşam ölçüm ortalamalarının evde KB sonucunu yeterince doğru bir değerlendirmeye verebileceği üzerinde durulmuştur. Bu nedenle minimum 3 gün izlem yapılması tavsiye edilmiştir (Muntner ve ark., 2019). EKBÖ için kullanılacak tansiyon aleti kol için uygun manşonlu ve otomatik olmalıdır. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu'nda, bilekten ölçüm yapan otomatik tansiyon ölçüm cihazlarından ziyade üst koldan ölçüm yapan cihazların kullanılması tavsiye edilmektedir. Güvenilirliği onaylanmış otomatik tansiyon aletlerine http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Onayli_Aletler_2017.pdf adresinden ulaşılabilir (Aydoğdu ve ark., 2019).

Ambulator Kan Basıncı Ölçümü

Ambulator kan basıncı ölçümü, genellikle baskın olmayan kola takılan özel bir cihazın 24 saat süre boyunca hasta üzerinde taşınarak, günlük aktivite ve uyku sırasındaki KB sonuçlarının kaydedildiği ölçüm yöntemidir (Mancia ve ark., 2013; Aydoğdu ve ark.,

2019). Bireyin uyanık olduğu zaman diliminde yani gündüz yapılan ambulator ölçüm değerlerinin ortalaması 135/85 mmHg ve üzerinde, gece uyurken yapılan ölçüm sonuçlarının ortalaması 120/70 mmHg ve üzerinde, 24 saatlik ölçüm sonuçlarının ortalaması 130/80 mmHg ve üzerinde ise HT tanısı konmaktadır (Williams ve ark., 2018).

HT'nin rutin tanısı için ambulator KB ölçümü bir gereklilik olmasa da (Black ve Elliott, 2009b), imkânlar kısıtlı değilse tanı ve takipte ideal bir yöntemdir. Ofis KB ile evde KB ölçümü arasında belirgin farklılık olması, uykuda KB düşmesi varlığının araştırılması, nokturnal HT şüphesi ve KB değişikliklerinin saptanması durumunda ambulator ölçüm gereklidir (Aşık ve ark., 2018; Aydoğdu ve ark., 2019). Ayrıca 24 saatlik ambulator KB ortalamasının; inme, kardiyovasküler olaylar veya koroner morbidite gibi sonuçlarda, ofis KB ölçümüne göre daha iyi bir risk tahminçisi olduğu gösterilmiştir (Williams ve ark., 2018).

2.7. Beyaz Önlük Hipertansiyonu ve Maskeli Hipertansiyon

Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskeli hipertansiyon terimleri başlangıçta HT tanısı almamış kişiler için kullanılmış olsa da günümüzde HT tedavisi alan bireylerde ofis ve ofis dışı KB ölçümleri arasındaki farkları tanımlamak için de kullanılmaktadır (Williams ve ark., 2018).

2.7.1. Beyaz Önlük Hipertansiyonu

Beyaz önlük hipertansiyonu, klinikte yapılan ofis ölçümleri sonucunda KB değerlerinin yüksek çıkması fakat ambulator ölçüm ya da EKBÖ sonuçlarının normal saptanması ile karakterizedir (Keleş, 2015; Whelton ve ark., 2018). Evre 1 HT'li bireylerin yaklaşık %25'inde, evre 2 HT'si olanların ise yaklaşık %10'unda beyaz önlük etkisi ortaya çıkmaktadır (Aşık ve ark., 2018). Artan yaş, kadın cinsiyet, sigara kullanmama, yeni ortaya çıkan hipertansiyon ve daha az klinik ziyaret, beyaz önlük etkisindeki artış ile ilişkili bulunmuştur (Pickering, 2008; Aşık ve ark., 2019). Ek risk faktörleri olmayan beyaz önlük HT'si olan bireylerde, yakın izlem şartıyla yalnızca yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavinin sınırlandırılabilceği önerilmiştir (Mancia ve ark., 2013).

2.7.2. Maskeli Hipertansiyon

Maskeli hipertansiyon, ofis şartlarında yapılan ölçümler sonucu elde edilen KB değerinin 140/90'ın altında olmasına karşın ofis dışı ölçümlerin yüksek olması durumudur (Williams ve ark., 2018; Aşık ve ark., 2019). Maskeli HT'nin prevalansı yapılan çalışmalarda değişiklik göstermekle birlikte genel popülasyonda %10 civarındadır (Çakmak, 2015). Genç yaş, erkek cinsiyet, sigara, alkol kullanımı, anksiyete, fiziksel aktivite, obezite, diyabet, iş stresi, kronik böbrek hastalığı ve ailede HT öyküsü maskeli HT prevalansının artması ile ilişkili bulunmuştur (Williams ve ark., 2018). 2013 ESH/ESC kılavuzunda maskeli HT tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte ilaç tedavisinin de düşünülmesi önerilmiştir (Mancia ve ark., 2013).

2.8. Hipertansiyonun Tedavisi

HT önlenemeyen ve tedavi edilemeyen bir hastalıktır, tedavisinde temel amaç kardiyovasküler ve renal mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır (Aşık ve ark., 2019; Aydoğdu ve ark., 2019). KB'yi düşürmede iki temel strateji vardır bunlar; sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri ve ilaç tedavisidir (Bell ve ark., 2015). Hastalarda KB ve bununla birlikte gelecekte kardiyovasküler hastalık gelişme riski arttıkça KB yönetimi yoğunlaştırılmalıdır. Bazı durumlarda sadece yaşam biçimi değişiklikleri uygulanarak KB ve buna bağlı KVVH riskini azaltmak mümkündür ancak hastaların çoğunda ilaç tedavisi gerektiği belirtilmektedir. SKB'de 10 mmHg veya DKB'de 5 mmHg azalma; HT kaynaklı tüm nedenlere bağlı mortalite oranlarında %10-15, majör KVVH olaylarında %20, infarktlerde %35, koroner olaylarda %20, kalp yetmezliğinde %40 oranında azalma ile ilişkili bulunmuştur (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

2.8.1. Yaşam Biçimi Değişiklikleri

Yaşam biçimi değişiklikleri HT'nin önlenmesinde etkili olduğu kadar HT tedavisinde de oldukça önemli bir yere sahiptir. KB'ye olumlu etkisi olan yaşam biçimi değişikliklerinin uygulanması, HT'nin önlenmesi, tedavisi ve genel risk dağılımını azaltmada son derece etkili olmakla birlikte risk düzeyi yüksek olan hastalarda ilaç tedavisine başlanmasının da geciktirilmemesi gerektiği üzerinde durulmaktadır. Yaşam biçimi değişiklikleri birinci derece hipertansif hastalarda ilaç tedavisini geciktirebilmekte veya önleyebilmekte, ilaç tedavisi alan hipertansif kişilerde KB'nin düşmesini sağlayarak ilaç sayısının veya

dozunun azaltılmasına katkıda bulunabilmektedir (Kotchen ve Kotchen, 2008; Mancia ve ark., 2013). KB'yi kontrol etmede etkili olan yaşam biçimi değişiklikleri olarak sodyum tüketiminin azaltılması, kontrendike değilse potasyum takviyesi, aşırı kilolu ve obez olan hipertansiflerde kilo kaybının sağlanması, HT'nin durdurulmasında diyetel yaklaşımlar, fiziksel aktivite artışı, stres yönetimi, sigaranın bırakılması ve alkol kısıtlaması önerilmektedir (Aydoğdu ve ark., 2019; Whelton ve ark., 2018).

Sağlıklı Beslenme

HT tanılı bireylere sebze, taze meyve, düşük yağlı süt ürünleri, tam tahıl ve bitkisel kaynaklı protein içeren yiyeceklerin daha fazla tüketilmesi, doymuş yağ tüketimi ve kolesterol seviyelerinin azaltılması önerilmektedir (Aşık ve ark., 2019; Mancia ve ark., 2013). Bu önerileri içeren, HT'nin durdurulmasına yönelik diyetel yaklaşımlar olarak da adlandırılan (Dietary Approach to Stop Hypertension) DASH yeme planı, 459 bireye 8 hafta boyunca uygulanmış ve sonucunda bireylerin KB değerlerinde düşüş sağladığı saptanmıştır. Buna ek olarak, yaşanan düşüşün yüksek KB'ye sahip olanlarda daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (NHLBI, 2019). Ayrıca kronik böbrek rahatsızlığı veya potasyum atılımını azaltan ilaçların kullanımı ile ilgili bir kontrendikasyon yoksa diyet değişikliğinde potasyum takviyesi de önerilmektedir (Whelton ve ark., 2018). DASH diyeti uygulayan bireylerde SKB'de ortalama 8 ile 14 mm Hg arası düşüş görülmektedir (Kotchen ve Kotchen, 2008). KB'si kontrol altında olmayan hastalarda DASH'a egzersiz ve kilo verme de eklenince KB kontrolünde daha iyi sonuçlar elde edildiği üzerinde durulmaktadır (Mancia ve ark., 2013).

Tuz Kısıtlaması

Toplumun değişen yaşam tarzıyla birlikte giderek artan işlenmiş gıda üretimi, hızlı kentleşme ve çabuk tüketimin de etkisiyle artan fazla tuz tüketimi HT, kalp hastalıkları ve inme olaylarının gelişme riskindeki artışı da beraberinde getirmektedir. Dünyada yetişkinlerde yaklaşık tuz tüketimi ortalaması 9-12 gram (gr)/gündür (WHO, 2020). Türkiye'de kişi başı tuz tüketim oranı SALTURK I çalışmasında günde 18.01 gr (Erdem ve ark., 2010), SALTURK II (2017) çalışmasında 14.8 gr bulunmuştur (Erdem ve ark., 2017). İki çalışma arasında geçen sürede kişi başı tuz tüketiminde azalma görülse de hala ideal seviyenin çok üzerindedir. Türkiye Kardiyoloji Derneği (TKD) tarafından günlük

tuz alımının 5-6 gr (yaklaşık 1 çay kaşığı) ile sınırlandırılması önerilmektedir (Aydoğdu ve ark., 2019). Diyetle sodyum alımı günde en fazla 6 gr tuz (2.4 gr sodyum) olacak şekilde sınırlandırılarak SKB de 2 ile 8 mmHg arasında düşüş sağlanabilmektedir (Kotchen ve Kotchen, 2008). Buna paralel olarak 34 çalışmanın değerlendirildiği bir sistematik derlemede tuz tüketimini azaltarak, SKB ve DKB değerlerinde düşüş sağlandığına dair bulgular sunulmuştur (He ve ark., 2013). Primer HT'nin temel nedenlerinden biri olan aşırı tuz tüketiminin azaltılması, maliyet açısından en uygun yöntemlerden biri olarak tanımlanmıştır ve 2025 yılına kadar küresel tuz tüketimini %30 azaltmak DSÖ'nün hedefleri arasındadır. Tuz tüketiminin önerilen seviyeye gelmesi durumunda yılda yaklaşık 2.5 milyon ölümün önlenebileceği ifade edilmektedir (WHO, 2020).

Kilo Kontrolü

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması verilerine göre yetişkin bireylerin %34.6'sı fazla kilolu, %30.3'ü obezdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Obezite, arteriyel KB'nin patofizyolojisinde rol oynayan kardiyak debi ve sistemik vasküler direnci arttırmaktadır (TEMĐ, 2019). Kilo alımı veya obezite yeni tanıılı HT'lerin %70'inden sorumludur ve 5 kg kilo kaybı bile KB'de düşüş sağlayarak HT'yi önleyebilmektedir (Pİ-Sunyer ve Kokkoris, 2009). 25 çalışmanın dahil edildiği bir meta analizde 5.1 kg kilo kaybı ile SKB ve DKB'de sırasıyla 4.4 mmHg ve 3.6 mmHg azalma olduğu sonucuna varılmıştır (Neter ve ark., 2003). KB'yi kontrol altına alabilmek için hasta fazla kiloluysa uygun kiloya ulaşması için teşvik edilmelidir (Aydoğdu ve ark., 2019). TEMĐ tarafından KB'si kontrol altında olmayan tüm bireylere kontrendike olmadığı müddetçe Beden Kitle İndeksi'ni (BKİ) 25kg/m^2 'ye düşürmesi önerilmektedir (Aşık ve ark., 2019).

Sigaranın Bırakılması

Sigara kullanımı ve hatta pasif içicilik, HT'nin değiştirilebilir risk faktörlerinden biridir (Whelton ve ark., 2018). Bir adet sigara içildikten sonra KB ve kalp atış hızında 15 dakikadan uzun süren akut bir artış görülmektedir (Mancia ve ark., 2013). Bowman ve arkadaşlarının (2007) yapmış olduğu yaklaşık 10 yıl süren bir prospektif kohort çalışmasında başlangıçta günde en az 15 adet sigara içen kadınların, 10 yılın sonunda hipertansif olma risklerinin, sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğu sonucuna

ulaşılmıştır. Sigara kullanan hipertansif hastalara, güçlü bir şekilde sigarayı bırakması tavsiye edilmeli ve bu konuda destekler sunulmalıdır (Aşık ve ark., 2019; Aydoğdu ve ark., 2019).

Alkol Tüketiminin Azaltılması

KB'yi düşürmede etkili bir yaklaşım olarak alkol tüketiminin kısıtlanması gerektiğini belirtilmektedir (Kotchen ve Kotchen, 2008). Alkol tüketiminin azaltılmasının KB üzerindeki etkilerini değerlendirmek için yapılan 15 randomize kontrollü çalışmanın ele alındığı bir meta-analizde, hipertansif bireylerde alkol tüketimini azaltılması ile SKB ve DKB'de sırasıyla ortalama 3.3 mmHg ve 2 mmHg düşüş görüldüğü raporlanmıştır (Xin ve ark., 2001). HT tanılı bireylere alkol kullanımı önerilmemekle birlikte kullanıyorlarsa erkeklerin 20-30 gr/gün, kadınların 10-20 gr/gün olacak şekilde alkol tüketim miktarlarını sınırlandırmaları gerektiği önerilmektedir (Aydoğdu ve ark., 2019).

Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite sonrası özellikle SKB'de önce akut bir artış görülürken arkasından bunu takip eden kısa süreli bir KB düşüşü yaşanmaktadır (Williams ve ark., 2018). Düzenli yapılan aerobik fiziksel aktivitenin KB'nin düşürülmesi, HT'nin önlenmesi, tedavisi, KVH riski ve buna bağlı mortalite oranının azaltılması için yararlı olabileceği düşünülmektedir (Mancia ve ark., 2013). Hipertansif bireylerin yaşına ve fiziksel durumuna göre haftada en az beş kez olacak şekilde, düzenli fiziksel aktivite yapması önerilmelidir (Aydoğdu ve ark., 2019). Önerilen aktivitenin hızlı yürüme, yüzme, bisiklete binme gibi aerobik nitelikte olması gerektiği vurgulanmalıdır (İktimur, 2015). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, ortalama SKB ve DKB değerlerinin sırasıyla, dayanıklılık egzersizi ile 3.5/2.5 mmHg, dinamik direnç egzersizi ile 1.8/3.2 mmHg, izometrik direnç egzersizi ile 10.9/6.2 mmHg azalma görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır (Cornelissen ve Smart, 2012). HT hastalarına uygulanan egzersizin KB üzerine etkisinin araştırıldığı bir sistematik derlemede 20 çalışma değerlendirilmiş, egzersizin KB'yi düşürmede etkili bir faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır (İlgaz ve Özer, 2017).

Stres Yönetimi

Duygusal stres KB'yi akut olarak arttırabilmekle beraber kronik biçimde çevresel ve mesleki strese maruziyet daha yüksek KB seviyeleri ile ilişkilendirilmiştir (Kotchen ve

Kotchen, 2008). Hipertansif bireylerin, transandantal meditasyon, yoga, biofeedback, tai chi ve psikoterapi gibi bilişsel davranışçı terapiler ile KB değerlerinin geçici olarak azaldığı gösterilmiştir (Anderson ve ark., 2008; Nejati ve ark., 2015; Rainforth ve ark., 2007). TKD, hipertansif bireylerin stres yönetimini sağlayabilmeleri için davranışların düzenlenmesi ve gevşeme teknikleri hakkında önerilerde bulunulmasını önermektedir (Aydoğdu ve ark., 2019).

2.8.2. İlaç Tedavisi

Antihipertansif ilaç tedavisine başlarken bireylerin SKB ve DKB düzeyleri, KVH risk düzeyleri ve eşlik eden hastalık durumları belirlenmekte, tedavileri buna göre planlanmaktadır (Aşık ve ark., 2019; Aydoğdu ve ark., 2019). Kılavuzlarda, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, anjiyotensin reseptör blokerleri, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve diüretikler olmak üzere beş ana antihipertansif ilaç sınıfı önerilmektedir (Bell ve ark., 2015; Williams ve ark., 2018). KB kontrolü bazı hastalarda tek ilaçla sağlanabilirken, hipertansif bireylerin yarısından fazlasında etkin bir şekilde KB kontrolünün sağlanabilmesi için birden fazla ilaca gereksinim duyulmaktadır. Bu durumda kombinasyon tedavisi de uygulanabilmektedir (Kılıçkiran Avcı, 2015).

JNC8 kılavuzuna göre;

- 60 yaş altındaki hipertansif bireylere KB 140/90 mmHg üzerindeyse,
- 60 yaş ve üzerindeki bireylere ise KB 150/90 mmHg üzerindeyse,
- Hipertansif bireylerde KBH (kronik böbrek hastalığı) veya diyabet varlığında da KB 140/90 mmHg ve üzerindeyse antihipertansif ilaç tedavisi başlanmalı,
- Bir aylık ilaç tedavisi sonucunda KB değerlerinde hedeflenen seviyeye ulaşılamazsa kombinasyon tedavisi önerilmektedir (Bell ve ark., 2015).

ACC ve AHA kılavuzuna göre;

- Geçirilmiş KVH öyküsü olmayan ve 10 yıllık KVH riski %10'un altında olan bireylere SKB ve DKB değerleri 140/90 mmHg ve üzerindeyse,
- 10 yıllık KVH riski %10 ve daha fazla olan bireylere ise SKB ve DKB değerleri 130/80 mmHg ve üzerindeyse,

- Evre I HT (130-139/80-89 mmHg) olan bireylere 10 yıllık KVH riski % 10 ve üzerindeyse,
- Evre II (>140/90 mmHg) ve üzerinde KB değerine sahipse, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla birlikte KB'yi düşürücü ilaçlar önerilmektedir (Whelton ve ark., 2018).

ESC ve ESH kılavuzuna göre;

- Yüksek-normal (130-139/85-89 mmHg) KB değerine sahip olup, çok yüksek KVH riski, özellikle koroner arter hastalığı bulunan bireylere,
- Evre I HT (140-159/90-99 mmHg) olup, yüksek ya da çok yüksek KVH riskine sahip, böbrek hastalığı ya da hedef organ hasarı olan bireylere,
- Evre II (160/100 mmHg) ve üzerinde KB değerine sahip bireylere,
- 65 yaşından büyük 80 yaşından küçük olan hipertansiflerde, tedavinin iyi tolere edilmesi koşuluyla SKB 160 mmHg ve üzerinde ise sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla birlikte antihipertansif tedavi uygulanması önerilmektedir (Williams ve ark., 2018).

TEMED HT Tanı ve Tedavi Kılavuzuna göre;

- Herhangi bir KVH risk düzeyinde olup evre II ve evre III HT'si olan bireylere,
- Evre I HT'li, toplam KVH riskinin yüksek olan bireylere,
- 80 yaşından büyük SKB değeri 150 ve üzerinde olan hipertansif bireylere, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla birlikte antihipertansif ilaç tedavisine başlanması önerilmektedir (Aşık ve ark., 2019).

2.9. Hipertansiyon Tedavisine Uyum

DSÖ tarafından 'bir kişinin ilaç kullanma, diyetine uyma, yaşam biçimi değişikliklerini sürdürme ve sağlık profesyonellerinin önerilerine uyma davranışları uzun süreli tedaviye uyum' olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2003). Hipertansif bireylerde ilaçların düzenli kullanımı ve yaşam biçimi değişikliklerini uygulamada uyumsuzluk çok sık görülmektedir, tedavinin ilk yılında hastaların %50'si ilaç tedavisini kesmekte, yaklaşık %10'u ise gün içerisinde ilacını içmeyi unutmaktadır. Oysa ki KB değerlerini kontrol altında tutmak için en etkili faktörlerden biri bireylerin tedaviye uyum sağlamasıdır (Aşık ve ark., 2019).

Tedaviye uyum; hastaya, hastalığa, hekime ve sağlık sistemlerine ilişkin faktörlerden etkilenmektedir (Hacıhasanoğlu Aşılar, 2016). Hastanın tedavi yönetimindeki uyumsuzluğu, daha yüksek kardiyovasküler morbidite ve mortalite riski ile ilişkilidir (Qu ve ark., 2019). Bu uyumsuzluğu anlamada ilk adım ise uyumu doğru ölçmek ve değerlendirmektir (Morisky ve ark., 2008).

Hipertansif bireylerin tedaviye uyumunun değerlendirildiği bazı araştırmalar incelendiğinde, Vatansever ve Ünsar (2014)'ın yapmış olduğu çalışmada hastalığa uyum sağlayan bireylerin sağlıklı beslenme, sigarayı bırakma, egzersiz yapma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmelerinin daha kolay olduğu ve buna bağlı olarak ilaç tedavilerine uyumlarının da arttığı üzerinde durulmuştur. Buna paralel olarak başka bir çalışmada sigara kullanan bireylerin ilaç tedavisine uyum gösterme durumlarının kullanmayanlara göre daha zor olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tümer ve ark., 2016). KB kontrolü ve ilaç uyumu belirleyicilerinin incelediği bir diğer çalışmada, diyetini takip eden HT hastalarının ilaç uyumlarının diyetini takip etmeyenlere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kes, 2019).

Çin'de yapılan bir çalışmada uzayan hastalık süresinin KB kontrolünü azaltıcı etkisi tespit edilmiş ve zayıf KB kontrolü, hastaların öz yönetim becerilerinin (özellikle kendi kendine KB ölçümü, ilaç uyumu, doktor ziyaretleri gibi) düşük olması ile ilişkili bulunmuştur (Qu ve ark., 2019). Odusola ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, iyileştirilmiş ilaç uyumunun, ilaca bağlı endişelerde azalma yarattığı ve ilaç öz etkililiğini iyileştirdiği görülmüştür (Odusola ve ark., 2015).

2.10. Kan Basıncı Kontrolünü Sağlamada Halk Sağlığı Hemşiresinin Sorumlulukları

Birinci basamakta birey, aile ve toplum sağlığını koruma, sürdürme, geliştirme ve hastalıkların önlenmesine odaklanan hemşirelik uygulamalarında bireyleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilgilendirme ihtiyacı eğitim, danışmanlık ve rehberlik rollerini ön plana çıkarmaktadır (Tas ve Buyukbese, 2013). Hemşirelerin sahada bilinmeyen HT olgularının teşhis edilmesinin yanında takip ve tedavi sürecinde de sorumlulukları vardır. Hemşireler HT yönetimindeki rolünü deneyim ve eğitim aracılığı ile sağlamaktadır (Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses' Association of Ontario, 2005). Hasta ve sağlık ekibi arasındaki iletişim, bakımın kalitesini

ve tedaviye uyum sürecini doğrudan etkilediğinden hastanın tedavi sürecine aktif katılımı hemşireler tarafından desteklenmelidir (Aminoff ve Kjellgren, 2001). Hipertansif bireylere uygulanan eğitim programları, hastaların ilaç tedavisindeki öz yeterliliklerini geliştirerek ve tedaviye uyumları önündeki bireysel, toplumsal kültürel inanç ve endişelerinden oluşan engelleri ortadan kaldırarak bireylerin tedaviye uyumlarını arttırmaktadır (Odusola ve ark., 2015). Bireylerin hastalıkla ilgili daha fazla bilgiye sahip olması, tedaviye daha iyi uyum sağlamaları ve hastalığın daha iyi kontrol edilmesi ile ilişkilidir (Han ve ark., 2011).

HT tanılı bireylerin takibinde, yan etkisiz bir biçimde KB'yi düşürmek ve kontrol altında tutmak esastır. Bunu sağlayabilmek için hemşire; terapötik iletişim teknikleri aracılığıyla bireylerin HT yönetimi ile ilgili inanç ve beklentilerini keşfederek iş birliğine dayalı bir HT yönetim planı oluşturmaktadır. Bireylerin hastalık yönetimini etkileyecek yaşam tarzı faktörlerini belirlemeli, değişim alanlarını tespit edebilmeli ve kendine uygun yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirebilme durumunu değerlendirerek bu yönde gelişimini desteklemelidir. Buna ek olarak ziyaretlerde HT'nin veya ilaçların yaratabileceği komplikasyonları gözlemlemesinin yanı sıra, hastaların önerilen tedavi programına uyup uymama durumunu değerlendirmeli ve bireyleri hedef KB değerleri, bu hedefe ulaşma ve sürdürmenin önemi, evde kendi kendine KB izlemi yapmasına yardımcı olacak ekipmanlar hakkında eğitimler vermelidir (Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses' Association of Ontario, 2005; Enç vd., 2007). Evde KB takibi, hasta merkezli bakımı teşvik etmesiyle KB kontrolünü kolaylaştırarak hasta sonuçlarını iyileştirmektedir (Breaux-Shropshire ve ark., 2015).

Hipertansiyonlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, verilen eğitimin bireylerde SYBDÖ puan ortalamalarında ve tuz kısıtlı diyet uygulamalarında anlamlı derecede artışa sebep olduğu görülmüştür (Erciyes, 2013). Yapılan bir diğer çalışmada hemşirelerin yüz yüze görüşmeyi takiben telefon aracılığıyla bireylerin tedavi yönetimini desteklediği grubunun ofis KB değerlerinde, hemşirelik girişimi uygulanmayan grubun ofis KB değerlerine göre belirgin bir düşüş gözlenmiştir (Rudd ve ark., 2004). Hacıhasanoğlu'nun yapmış olduğu bir çalışmada hemşire tarafından verilen eğitimin ve evde izlemin,

bireylerin ilaca uyumunu arttırdığı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiğini buna bağlı olarak da KB seviyelerini anlamlı biçimde düşürdüğü sonucuna ulaşılmıştır (Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2011).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Kantitatif tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Antalya İli Konyaaltı İlçesi'nde bulunan Siteler Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) yürütülmüştür. T.C. Sağlık Bakanlığı Konyaaltı Siteler Aile Sağlığı Merkezi 08:30- 12:30/ 13:30-17:30 saatleri arasında hizmet vermektedir. ASM'de 4 aile hekimi, 4 aile sağlığı çalışanı ile birlikte bir hemşire ve bir temizlik personeli çalışmaktadır. Çalışmanın verileri Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Siteler ASM'ye kayıtlı 40 yaş ve üzerindeki HT tanılı bireyler oluşturmaktadır. Sistemde birincil tanısı HT olan 40 yaş ve üzerinde 1243 birey kayıtlı bulunmaktadır. Bu doğrultuda çalışma için örneklem büyüklüğü belirlenirken kitledeki

birey sayısı bilinen örneklem hesabı için $n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1)+t^2.p.q}$ formülü kullanılmıştır.

Literatürde primer HT hastalarında KB kontrolü ve ilaç uyumu belirleyicilerinin incelendiği bir çalışmada (Kes, 2019), bireylerin %37.7'sinin KB değeri kontrol altında çıkmamıştır, örneklem hesabı yapılırken bu veri kullanılmıştır. Örnek büyüklüğü hesaplamasında %95 güvenilirlik ile gerçek popülasyondan %5 düşük veya yüksek olma ihtimali de kabul edildiğinde tahmin edilecek bağımlı değişken yüzdesine ulaşabilmek için 280 bireyin çalışmaya dâhil edilmesi gerektiği belirlenmiştir. Tam veri sağlanmasında kayıp olasılığı dikkate alınarak belirlenen sayıya %15 eklenerek 322 bireye ulaşılması planlanmıştır. Çalışmada olasılıklı bir örnekleme yöntemi kullanılmamış, Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında çalışmaya dâhil edilme kriterlerini taşıyan 323 kişi çalışma kapsamına alınmıştır. ASM'de yapılan ön uygulamada günde 7 - 10 arasında antihipertansif ilaç kullanan HT hastasının herhangi bir nedenle ASM'ye başvuruda bulunduğu gözlemlenmiştir. Bu nedenle araştırmaya başlamadan önce günde ortalama 8 bireyle görüşülmesi ön görülmüş ve veri toplama süreci planlanan şekilde gerçekleşmiştir.

Bireylerin Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- Siteler ASM'ye kayıtlı olması
- 40 yaş ve üzerinde olması
- En az altı aydır HT tanısı bulunması
- Antihipertansif ilaç tedavisi alıyor olması
- Araştırmaya katılmak için gönüllü olması
- Hamile olmaması
- Soruları yanıtlamayacak düzeyde bilişsel işlev bozukluğu olmaması

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılığı; araştırma bir aile sağlığı merkezi ve belirlenen tarihler arasında bu ASM'ye gelen bireylerle sınırlıdır. SYBD II ölçeğinin beslenme, stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiler alt boyutlarının güvenilirliğinin 0.70'den daha az olması bu parametrelerin dikkatli yorumlanmasını gerektirmektedir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

- Kan basıncı kontrol düzeyi

Bağımsız Değişkenler

- Antihipertansif tedaviye uyum düzeyi (İlaç Tedavisine Bağlılık Uyum/ Öz Etkililik Ölçeği Kısa Formu ile değerlendirilmiştir.)
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyum düzeyi (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları ile değerlendirilmiştir.)
- Sosyo-demografik özellikler
- Hastalık Özellikleri

3.6. Veri Toplama Araçları ve Ölçümler

Veriler, araştırmacı tarafından kan basıncı, boy ve kilo ölçümü yapılarak, ölçekler ise yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkeni olan kan basıncı

değeri için ofis ve ev kan basıncı ölçümleri yapılmıştır. Ofis ölçümü araştırmacı tarafından, evde kan basıncı ölçümü ise katılımcılara öğretilerek kendileri tarafından ölçülmüştür. Verilerin toplanması aşamasında; bireylerin sosyo- demografik özellikleri ve hastalık özelliklerini içeren “Hasta Özellikleri Tanıtım Formu”, “İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz- Etkililik Kısa Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” kullanılmıştır.

3.6.1. Ölçümler

3.6.1.1. Kan basıncı Ölçümü

Hipertansif bireylerin KB’sinin kontrol altında olma durumunu en doğru şekilde belirleyebilmek amacıyla ilk olarak araştırmacı tarafından oskültatuar yöntem ile üç defa ASM’de ofis KB ölçümü yapılmıştır. Farklı ölçüm yöntemleri sonucunda elde edilen KB sonuçlarının tutarlılığının değerlendirildiği bir çalışmada intraarteriyel KB değerine en yakın değerin oskültatuar yöntemle elde edildiği sonucuna ulaşılmıştır (Babadağ ve Zaybak, 2021). Bu sebeple klinik ölçümde oskültatuar yöntem tercih edilmiştir. Bireylerin ofis KB ölçümleri yapılırken Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği’nin 2019 yılında yayınlanan Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu’ndaki KB ölçüm standartları temel alınmıştır (Aşık ve ark., 2019). Buna göre; ölçümden 30 dakika öncesinde sigara, çay, kahve içme, kafein alma ve yemek yeme durumu sorgulandıktan sonra bireylerin 5 - 10 dakika sessiz bir ortamda dinlenmesi sağlanmış ve KB ölçümleri her iki koldan beşer dakika ara ile üç ölçüm olacak şekilde yapılmıştır. Ölçüm esnasında bireylerin arkasına yaslanarak oturması, konuşmaması ve bacak bacak üzerine atmaması sağlanmış ve evde KB ölçümü yaparken de aynı standartlara uyması gerektiği konusunda bilgilendirilmiş ve ofis KB sonuçları kayıt edilmiştir.

Beyaz önlük etkisini dışlamak ve daha güvenilir KB değerleri elde edebilmek için bireylerden evde KB ölçümü yapmaları istenmiştir. ASM’de araştırmacı tarafından yapılan üç ofis KB ölçümünün ardından bireylere tutanakla beraber evde kullanacağı otomatik KB ölçüm cihazı verilmiştir. Cihazın kullanımı ve KB sonuçlarının kayıt edilme şekli öğretilerek KB ölçümlerini tamamladıktan sonra cihazı başka bir hastanın kullanabilmesi için dördüncü gün cihazı ve sonuçları getirmesi istenmiştir. Ev ölçümleri için hastalara standart ölçüm kuralları anlatılmış, bireylere tansiyon aletiyle birlikte

kullanma kılavuzu verilmiştir. Evde üç gün boyunca elde edilen sabah ve akşam ölçüm ortalamalarının evde KB sonucunu yeterince doğru bir değerlendirmeye verebileceği üzerinde durulmuş, minimum 3 gün izlem yapılması tavsiye edilmiştir (Muntner ve ark., 2019). Çalışmamızda bu öneri dikkate alınarak izlem süresi üç gün tercih edilmiştir. Her katılımcıya elektronik KB ölçüm cihazı ve tansiyon takip kartı verilerek üç gün boyunca sabah ve akşam KB ölçümlerini yapıp kayıt etmeleri ve üç günün sonunda tansiyon aletini ve ölçüm sonuçlarını teslim etmeleri istenmiştir. Ev kan basıncı değeri olarak altı ölçümün ortalaması alınmıştır.

Ofis KB ölçüm sonuçları değerlendirilirken, ofiste araştırmacı tarafından yapılan üç ölçümün ortalaması 140/90 ve üzerindeyse kontrolsüz HT kabul edilmiştir. Evde KB ölçüm sonuçları değerlendirilirken evde yapılan altı KB ölçüm sonucunun ortalaması 135/85 ve üzerinde ise kontrolsüz HT kabul edilmiştir (Arıcı ve ark., 2015; Williams ve ark., 2018). *Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Takip ve Tedavi Kılavuzu'nda* kan basıncı ölçümünde kullanılan cihazların altı ayda bir kalibre edilmesi önerilmektedir https://tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103. Ofis ve evde kan basıncı ölçümü için kalibrasyonu olan cihazlar kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan tansiyon cihazlarının alım sözleşmesinde kalibrasyonu olma şartı mevcut olup cihazlar sadece bu araştırma için satın alınmış daha öncesinde kullanılmamıştır. Bu çalışmanın verileri üç ayda toplandığı için başlangıçta kalibrasyonu olan tansiyon aletlerinin yeniden kalibrasyonuna gerek duyulmamıştır.

3.6.1.2. Boy ve Kilo Ölçümü

Bireylerin boy ölçümü, aile sağlığı merkezinde bulunan boy ölçer kullanılarak araştırmacı tarafından yapılmıştır. Ölçüm esnasında bireylerden ayakkabılarını çıkartmaları ve dik bir şekilde durmaları istenmiştir. Boy ölçümü sonuçları santimetre (cm) cinsinden hasta özellikleri tanıtım formuna kayıt edilmiştir. Kilo ölçümü yapılırken yine aile sağlığı merkezinde bulunan baskül kullanılmıştır. Bireylerden ayakkabılarını ve dış giysilerini çıkartması istenmiştir. Ölçüm sonuçları araştırmacı tarafından hasta özellikleri tanıtım formuna kilogram (kg) cinsinden kayıt edilmiştir. Yapılan boy ve kilo ölçümlerinden sonra bireylerin beden kitle indeksleri hesaplanmış ve sınıflandırması yapılmıştır. Beden kitle indeksi ' $BKİ=Ağırlık\ (kg)/\ Boy\ (m^2)$ ' formülü ile hesaplanmıştır. Obezite tanı ve

tedavi kılavuzuna göre BKİ değeri 18,50'nin altında olan bireyler zayıf, 18,5- 24,99 arası normal, 25,00- 29,99 arası fazla kilolu, 30,00- 34,99 arası hafif obez, 35,00- 39,99 orta derece obez, 40 ve üzeri morbid ve süper obez olarak tanımlanmıştır (TEMD, 2019).

3.6.2. Veri Toplama Araçları

Hasta Özellikleri Tanıtım Formu (Ek 3)

Bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve hastalık özelliklerini içeren bu form 20 sorudan oluşmaktadır. İlk beş soru bireylerin sosyo-demografik bilgilerini; yaş, boy/ kilo, cinsiyet, eğitim durumu ve çalışma durumunu içermektedir. Hastalık özellikleri ise HT tanısı alma süresi, ek kronik hastalık varlığı, tansiyon aleti varlığı, tansiyon ölçme becerisi, tansiyon ölçme sıklığı, ideal KB seviyesini bilme, kullandığı antihipertansif ilaç sayısı, kullandığı ilaçların adı ve dozunu bilme durumu, ilaçlarda doz değişikliği yapılma durumu, HT için doktora gitme sıklığı, sigara ve alkol kullanma durumu, antihipertansif ilaç tedavisi hakkında bilgi alma, sağlıklı yaşam biçimi davranışı önerisi alma ve bitkisel/geleneksel bir yöntem kullanma durumunu içeren 15 sorudan oluşmaktadır.

İlaç Tedavisine Bağlılık Uyum/ Öz Etkililik Kısa Formu (İBÖS- KF)(Ek 4)

İlaç Tedavisine Bağlılık Uyum/ Öz Etkililik Ölçeği, Ogedegbe ve arkadaşları tarafından 2003 yılında hipertansif hastalarda ilaç tedavisine uyum ve öz etkililiği değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş ve 2008 yılında Fernandez ve arkadaşları tarafından revize edilmiştir (Ogedegbe ve ark., 2003; Fernandez ve ark., 2008). Türkiye’de 2012 yılında Hacıhasanoğlu, Gözüm ve Çapık tarafından 150 hipertansif hastada ölçeğin geçerlik güvenirliği yapılmıştır. Ölçek dördümlü likert tipte olup her bir soru için ‘hiç emin değilim (1)’, ‘biraz eminim (2)’, ‘eminim (3)’ ve ‘çok eminim (4)’ şeklinde puanlanan 13 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınacak en düşük puan 13, en yüksek puan 52’dir. Ölçekten alınan toplam puan değeri arttıkça bireylerin ilaca uyum öz etkililik düzeyleri artmaktadır. Türkçeye uyarlanmış olan İBÖS- KF ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0.94 bulunmuştur (Hacıhasanoğlu ve ark., 2012). Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0.98 bulunmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek 5)

Walker ve arkadaşları tarafından Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak 1987 yılında 48 maddeden oluşan 'Sağlığı Geliştirme Yaşam Stili Ölçüm Aracı' geliştirilmiştir. Bu ölçüm aracı 1996 yılında yine Walker ve arkadaşları tarafından revize edilerek 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)' şeklinde adlandırılmıştır ("Excerpted from: Walker, S.N., ve Hill-Polerecky, D.M. (1996).", 1996). SYBDÖ II'nin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması 2007 yılında Bahar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu ölçek; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi şeklinde altı alt boyutu içeren toplam 52 sorudan oluşmaktadır. Ölçek her bir soru için 'hiçbir zaman (1)', 'bazen (2)', 'sık sık (3)', 'düzenli olarak (4)' şeklinde puanlandırılmış olup ölçekten alınacak en düşük puan 52, en yüksek puan 108'dir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri toplamda 0.92, alt boyular için 0.64-0.80 arasında bulunmuştur (Bahar ve ark., 2008).

Bu çalışmada manevi boyutu içeren dokuz soru ele alınmamıştır, SYBD puanı sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutlarına göre değerlendirilmiştir. Sağlık sorumluluğu alt boyutu dokuz sorudan (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), fiziksel aktivite alt boyutu sekiz sorudan (10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17), beslenme alt boyutu dokuz sorudan (18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26), kişilerarası ilişkiler alt boyutu dokuz sorudan (27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35), stres yönetimi alt boyutu sekiz sorudan (36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43) oluşmaktadır. Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri toplamda 0,84, alt boyutlarda; sağlık sorumluluğu 0,78, fiziksel aktivite 0,84, beslenme 0,47, kişilerarası ilişkiler 0,68, stres yönetimi 0,58 bulunmuştur.

3.7. Ön Uygulama

Araştırma öncesinde, veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirilmek amacıyla araştırmacı tarafından 30 kişi ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya alınan hastaların verileri çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 20) paket programı kullanılmıştır. İstatistik testin etki büyüklüğü (Cohen's d) ve gücü Gpower programında hesaplanmıştır.

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

Normallik Dağılımları	Skewness ve Kurtosis Değerleri + 1.0 ile – 1.0 aralığında olduğu için bağımlı değişkenin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Hair ve ark., 2013).	
	Normal Dağılan Ölçümlerde	Normal Dağılmayan Ölçümlerde
Tanımlayıcı özellik, hastalık ve tedaviye ilişkin özelliklerin kan basıncı kontrol durumuna etkisinin değerlendirilmesi, önerilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları uygulama durumları	Pearson Chi Square	
Hipertansiyon tanısı alma süresi, KB izlemi yapma sıklığı, KB sınırını doğru bilme durumu, kullanılan tansiyon ilacı sayısı, doz değişikliği yapılma durumu, ilaç eğitimi alma durumu, yaş, BKİ, eğitim durumu, sigara/ alkol kullanma durumu, kontrole gitme sıklığı	Oneway ANOVA testi	Kruskall Wallis
Cinsiyet, çalışma durumu, tansiyon aleti varlığı, tansiyon ölçme pozisyon bilgisi, KB sınır bilgisi, kullanılan ilaç adı/dozu bilme durumu, ilaç dışı yöntem kullanma durumu	Independent Sample t- test	Mann Whitney U
Ofis kan basıncı değeri ile ev kan basıncı değeri arasındaki ilişkinin incelenmesi	Pearson Korelasyon Analizi	
Değişkenlerin kan basıncı üzerindeki etkisinin incelenmesi	Lojistik Regresyon Analizi	

3.9. Araştırmanın Etiği

Araştırmanın etik uygunluğu için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan 28/ 07/ 2019 tarihli 70904504/ 339 sayılı yazılı etik izin (EK 6), Antalya İl Sağlık Müdürlüğü’nden 19/ 09/ 2019 tarihli 50913635-799-E.119740 sayılı kurum izni (EK 7) alınmıştır. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz Etkililik Kısa Formu (EK 8) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK 9) kullanım izinleri alınmıştır. Araştırmaya dâhil edilen bireylere veri toplama öncesi araştırmanın konusu, amacı anlatılmış ve bilgilendirilmiş onamları imzalı alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4. 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı

	ort	Ss	Min	Max
Yaş	62.19	9.70	40	88
	Sayı		Yüzde	
Yaş				
40-49	35		10.8	
50-59	93		28.8	
60-69	115		35.6	
70-79	71		22.0	
80-89	9		2.8	
Cinsiyet				
Kadın	201		62.2	
Erkek	122		37.8	
BKİ				
18.50 - 24.99	30		9.3	
25.00 - 29.99	129		39.9	
30.00 - 34.99	90		27.9	
35.00 - 39.99	57		17.6	
> 40.00	17		5.3	
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	39		12.1	
Çalışmıyor	284		87.9	
Eğitim Durumu				
Okur- yazar değil	13		4.0	
Okuryazar	11		3.4	
İlk-ortaokul mezunu	137		42.4	
Lise mezunu	75		23.2	
Ön lisans-lisans-lisansüstü mezunu	87		26.9	
Sigara				
İçiyor	55		17.0	
İçmiyor	170		52.6	
Bırakmış	98		30.3	
Alkol				
İçiyor	39		12.1	
İçmiyor	252		78.0	
Bırakmış	32		9.9	

Araştırmaya katılan katılımcıların yaş ortalaması 62.19 ± 9.70 olup, katılımcıların minimum yaşı 40 maksimum yaşı ise 88'dir. Katılımcıların %35.6'sı 60-69 yaş grubunda,

%62.2'si kadın, %39.9'u hafif kilolu, %87.9'u çalışmıyor, %34.7'si ilkokul mezunu olup, %52.6'sı sigara kullanmadığını, %78'i alkol tüketmediğini belirtmiştir (Tablo 4.1.).

Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	Sayı	Yüzde
Tanı Alma Süresi		
< 5 yıl	67	20.7
5- 10 yıl	85	26.3
> 10 yıl	171	52.9
Eşlik Eden Kronik Hastalık Varlığı		
Var	231	65.9
Yok	110	34.1
Eşlik Eden Kronik Hastalık*		
Diyabet	187	42.2
KOAH	3	0.9
Kanser	19	5.9
KVH	40	12.4
KBY	7	2.2
Diğer	81	25.1
Tansiyon Aleti Varlığı		
Var	265	82.0
Yok	58	18.0
Tansiyon Ölçme Bilgisi		
Biliyor	229	70.9
Bilmiyor	94	29.1
Kan Basıncı İzlemini Yapma Sıklığı		
Her gün	26	8.0
Haftada 1	33	10.2
Ayda 1	10	3.1
Rahatsızlandıkça	208	64.4
Hiç	46	14.2
Kan Basıncı Sınır Değeri Bilgisi		
Biliyor	291	90.1
Bilmiyor	32	9.9

Tablo 4.2. Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Dağılımı-devamı

	Sayı	Yüzde
Kan Basıncı Sınır Bilgisi		
140/ 90 mm Hg’nın Altında	302	93.5
140/ 90 mm Hg ve Üzerinde	11	3.4
Bilmiyor	10	3.1
Kullanılan Tansiyon İlacı Sayısı		
1 adet	234	72.4
2 adet	75	23.2
3 veya daha fazla	14	4.3
Kullanılan İlaç Adı Bilgisi		
Biliyor	225	69.7
Bilmiyor	98	30.3
Kullanılan İlaç Dozu Bilgisi		
Biliyor	190	58.8
Bilmiyor	133	41.2
İlaçlarda Doz Değişikliği Durumu		
Yapılmadı	225	69.7
Arttırıldı	72	22.3
Azaltıldı	26	8.0
Kontrole Gitme Sıklığı		
Ayda bir	12	3.7
3 Ayda bir	86	26.6
6 Ayda bir	48	14.9
Yılda bir	104	32.2
Hiç	73	22.6
İlaç Eğitimi Alma Durumu		
Evet	288	88.2
Hayır	35	10.8
İlaç Eğitimi Veren (n=288)**		
Hekim	283	98.2
Hemşire	5	1.8
İlaç Dışı Yöntem Kullanma Durumu		
Evet	101	31.3
Hayır	222	68.7

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Sadece evet diyenlerin sayı ve yüzdesi yazılmıştır.

Tablo 4.2.’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan katılımcıların %20.7’sinin tanı alma süresi 5 yılın altında iken %52.9’unun 10 yılın üzerindedir, %65.9’unun HT’ye eşlik eden kronik rahatsızlığı bulunmaktadır, %42.2’si diyabet hastası olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %82'si kendi tansiyon aletine sahip olup, %70.9'u tansiyon ölçmeyi bildiğini belirtmiştir. Bireylerin %64.4'ü rahatsızlandıkça kan basıncı izlemi yapmaktadır. Katılımcıların %90.1'i kan basıncının ideal sınırını bildiğini belirtmiş, %93.5'i ofis kan basıncı sınırını doğru aralıkta ifade etmiştir.

Katılımcıların %72.4'ü 1 adet tansiyon ilacı kullanmakta olup, %69.7'si kullandığı ilaç/ilaçların adını, %58.8'i kullandığı ilaç dozunu bilmektedir. Katılımcıların %8'i kullandığı ilaç/ilaçların dozunun arttırıldığını belirtirken %69.7'si doz değişikliği yapılmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %32.2'si 6 ayda bir kontrole gittiğini, %88.2'si ilaç eğitimi aldığını, %98.2'si ilaç eğitimini hekimden aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %31.3'ü kan basıncını kontrol etmek için ilaç dışı yöntem kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Kan Basıncı Kontrolü Dağılımı

	Kontrol Altında		Kontrol Altında Değil	
	n	%	n	%
Ofis Kan Basıncı (140/ 90 mmHg)	231	71.5	92	28.5
Evde Kan Basıncı (135 /85 mmHg)	216	66.9	107	33.1
Ofis ve Evde Kan Basıncı*	182	56.3	141**	43.7

*Ofis (140/90 mmHg) veya evde (135/85mmHg) yapılan ölçüm ortalamalarının herhangi birinde veya her ikisinde kontrol altında olmayanları tanımlamaktadır.

**58 katılımcının hem evde hem de ofis ölçümlerinde kan basıncının kontrol altında olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan bireylerin kan basıncı değerlerinin kontrol altında olan ve kontrol altında olmayan sayı ve yüzdeleri verilmiştir. Ofis ölçümlerinde katılımcıların %28.5'inin, ev ölçümlerinde %33.1'inin kan basıncı kontrol altında çıkmamıştır. Katılımcıların ofis ve ev kan basıncı ölçümleri birlikte değerlendirildiğinde %43.7'sinin (141) herhangi birinde kan basıncı kontrol altında bulunmamıştır. Elli sekiz (%18) katılımcının hem ev hem de ofis ölçümlerinde kan basınçlarının kontrol altında olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.).

Tablo 4.4. Katılımcıların Ofis ve Evde Yapılan Kan Basıncı Ölçüm Ortalamaları

	Toplam (n=323)	Kontrol Altında (n=182)	Kontrol Altında Değil (n=141)
	ort ± ss	ort ± ss	ort ± ss
Ofis Ölçümü (3 ölçüm)			
Sistolik Kan Basıncı	131.86±13.77	124.33±9.17	141.57±12.61
Diastolik Kan Basıncı	81.96±7.38	78.58±5.67	86.31±7.07
Evde Ölçüm (6 ölçüm)			
Sistolik Kan Basıncı	129.24±14.42	121.06±8.21	139.81±13.84
Diastolik Kan Basıncı	76.4±9.18	72.44±6.76	81.65±9.31
Ofis ve Ev Ölçümü (9 ölçüm)			
Sistolik Kan Basıncı	130.11±12.81	122.15±7.28	140.40±10.96
Diastolik Kan Basıncı	78.29±7.57	74.49±5.36	83.21±7.17

Tablo 4.4. incelendiğinde, 323 katılımcının ofis ölçümlerinde sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamasının evde yapılan ölçümlerinden daha yüksek olduğu (SKB: 2.62 mmHg, DKB: 5.56 mmHg) görülmüştür. Ofis ölçümleri ile ev ölçümleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Pearson korelasyonu hesaplanmıştır. Yapılan analiz sonucunda ofis SKB ile evde SKB arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür $r=.58$, $p=.000$. Ofis DKB ve evde DKB arasında pozitif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür $r=.46$, $p=.000$.

Tablo 4.5. Katılımcıların İBÖS-KF Toplam Puan ve SYBDÖ II Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımı

	n	min	max	ort (ss)	Madde puan ort
İBÖS-KF Toplam Puan	323	13	52	47.66 (8.42)	3.66
SYBDÖ II Alt Boyutları					
Sağlık Sorumluluğu	323	9	36	20.20 (5.17)	2.24
Fiziksel Aktivite	323	8	32	13.40 (5.16)	1.65
Beslenme	323	17	36	29.47 (3.25)	3.27
Kişiler Arası İlişkiler	323	18	36	30.00 (3.97)	3,33
Stres Yönetimi	323	11	32	21.46 (4.04)	2.68

Tablo 4.5.'te araştırmaya katılan katılımcılara uygulanan İBÖS-KF ile SYDBÖ II alt boyutlarının n, minimum, maksimum, ortalama ve standart değerleri verilmiştir. Katılımcıların İBÖS-KF ölçeğinden aldıkları minimum değer 13, maksimum değer 52, ortalama 47.66, standart sapma 8.42 olarak tespit edilmiştir. İBÖS-KF madde puan ortalaması alınabilecek tam 4 puan üzerinde 3.66 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların SYBDÖ II'nin alt boyutlarına ilişkin aldıkları madde puan ortalamaları 4 puan üzerinden değerlendirildiğinde en düşük puanın 1.65 ile fiziksel aktivite davranışı alt boyutunda olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Önerisi Alma ve Uygulama Dağılımları

	Öneri Alan		Öneri Almayan		Uyum Sağlayan		Uyum Sağlamayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sigara Bırakma	135	89.5	16	10.5	95	63.4	55	36.6
Tuz Kısıtlaması	278	86.1	45	13.9	275	85.1	48	14.9
Sağlıklı Beslenme	285	88.2	38	11.8	281	87.0	42	13.0
Kilo Kontrolü	264	81.7	59	18.3	164	50.8	159	49.2
Düzenli Egzersiz	257	79.6	66	20.4	123	38.1	200	61.9
Stres Yönetimi	262	81.8	61	18.9	133	41.2	190	58.8

*İki ayrı soru üzerinden veriler alınmış, yüzdeler ona göre yazılmıştır.

Tablo 4.6.'da görüldüğü gibi katılımcıların sağlık davranışlarına ilişkin öneri alma oranları %79.6 (düzenli egzersiz) ile %89.5 (sigarayı bırakma) arasında değişmektedir. Verilen önerilere uyum sağlama oranları tuz kısıtlaması ve sağlıklı beslenme dışında düşük bulunmuştur. Düzenli egzersiz %38.1 ve stres yönetimi %41.2 en az uyum sağlanan sağlık davranışlarıdır.

Tablo 4.7. Kan Basıncının Kontrol Altında Olma Durumuna Göre İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol Altında (n=182)	Kontrol Altında Değil (n=141)	Test ve Önemlilik		Etki Büyüklüğü ve Güç	
	(ort ± ss)	(ort ± ss)	t	P	Cohen's d	Güç
İBÖS- KF 1	3.43 ± 0.80	3.22 ± 0.91	2.222	0.027*	0.25	0.71
İBÖS- KF 2	3.75 ± 0.62	3.56 ± 0.83	2.297	0.022*	0.26	0.75
İBÖS- KF 3	3.78 ± 0.59	3.63 ± 0.83	1.720	0.087		
İBÖS- KF 4	3.76 ± 0.64	3.49 ± 0.97	2.814	0.005*	0.33	0.90
İBÖS- KF 5	3.80 ± 0.54	3.60 ± 0.80	2.495	0.013*	0.30	0.85
İBÖS- KF 6	3.67 ± 0.67	3.47 ± 0.87	2.192	0.029*	0.24	0.69
İBÖS- KF 7	3.80 ± 0.53	3.62 ± 0.80	2.331	0.021*	0.27	0.78
İBÖS- KF 8	3.78 ± 0.55	3.65 ± 0.79	1.631	0.104		
İBÖS- KF 9	3.82 ± 0.54	3.61 ± 0.82	2.646	0.009*	0.30	0.85
İBÖS- KF 10	3.82 ± 0.55	3.60 ± 0.83	2.627	0.009*	0.31	0.87
İBÖS- KF 11	3.78 ± 0.65	3.50 ± 0.98	2.945	0.004*	0.34	0.92
İBÖS- KF 12	3.85 ± 0.52	3.62 ± 0.83	2.843	0.005*	0.33	0.90
İBÖS- KF 13	3.77 ± 0.58	3.46 ± 0.89	3.516	0.001*	0.41	0.98
İBÖS- KF TOPLAM	48.86 ± 6.58	46.10±10.14	2.806	0.005*	0.32	0.89

Tablo 4.7.'de katılımcıların, İBÖS-KF ölçek sorularından aldıkları puan ortalamaları, kan basıncının kontrol altında olup olmama durumuna göre incelenmiştir. Kan basıncı kontrol altında olanlar, kontrol altında olmayanlarla karşılaştırıldığında üç ve sekiz dışında tüm maddeler ve toplam puan ortalamaları küçük etki büyüklüğünde yüksektir ($p<0.05$). Kan basıncı kontrol altında olanların İBÖS-KF toplam puan ortalaması 48.86 (± 6.58), kan basıncı kontrol olmayanların İBÖS-KF toplam puan ortalaması 46.10 (± 10.14) olup bu fark küçük etki büyüklüğünde anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 4.8. Kan Basıncının Kontrol Altında Olma Durumuna Göre SYBD II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Kontrol Altında (n=182)	Kontrol Altında Değil (n=141)	Test ve Önemlilik		Etki Büyükliği ve Güç	
	(ort ± ss)	(ort ± ss)	t	p	Cohen's d	Güç
1 Sağlık Sorumluluğu	3.17 ± 0.82	3.04 ± 0.86	1.409	0.160		
2 Sağlık Sorumluluğu	2.38 ± 1.02	2.47 ± 1.06	-0.773	0.440		
3 Sağlık Sorumluluğu	3.08 ± 0.78	2.91 ± 0.91	1.790	0.075		
4 Sağlık Sorumluluğu	2.46 ± 1.21	2.34 ± 1.21	0.891	0.373		
5 Sağlık Sorumluluğu	2.95 ± 0.90	2.22 ± 0.97	1.260	0.209		
6 Sağlık Sorumluluğu	2.30 ± 1.18	2.25 ± 1.16	0.398	0.691		
7 Sağlık Sorumluluğu	1.58 ± 1.02	1.27 ± 0.71	3.149	0.002*	0.35	0.93
8 Sağlık Sorumluluğu	1.29 ± 0.75	1.16 ± 0.44	1.983	0.048*	0.21	0.59
9 Sağlık Sorumluluğu	1.42 ± 0.91	1.29 ± 0.76	1.474	0.141		
Sağlık Sorumluluğu Toplam	20.68 ± 5.32	19.58 ± 4.91	1.903	0.058		
10 Fiziksel Aktivite	1.89 ± 1.24	1.91 ± 1.22	-0.139	0.889		
11 Fiziksel Aktivite	1.76 ± 1.13	1.59 ± 1.02	1.392	0.165		
12 Fiziksel Aktivite	1.95 ± 1.24	1.88 ± 1.23	0.500	0.618		
13 Fiziksel Aktivite	1.41 ± 0.82	1.42 ± 0.84	-0.143	0.886		
14 Fiziksel Aktivite	1.10 ± 0.50	1.07 ± 0.37	0.656	0.512		
15 Fiziksel Aktivite	2.98 ± 1.05	3.02 ± 1.04	-0.274	0.785		
16 Fiziksel Aktivite	1.25 ± 0.72	1.19 ± 0.62	0.780	0.436		
17 Fiziksel Aktivite	1.18 ± 0.59	1.09 ± 0.41	1.581	0.115		
Fiziksel Aktivite Toplam	13.56 ± 5.26	13.20 ± 5.04	0.612	0.541		
18 Beslenme	3.01 ± 0.93	2.78 ± 0.94	2.187	0.029*	0.25	0.72
19 Beslenme	2.88 ± 0.96	2.51 ± 1.05	3.270	0.001*	0.36	0.94
20 Beslenme	3.30 ± 0.78	3.32 ± 0.80	-0.271	0.787		
21 Beslenme	3.56 ± 0.72	3.42 ± 0.85	1.563	0.119		
22 Beslenme	3.70 ± 0.67	3.72 ± 0.58	-0.205	0.838		
23 Beslenme	3.59 ± 0.71	3.66 ± 0.67	-0.939	0.348		
24 Beslenme	3.72 ± 0.64	3.82 ± 0.46	-1.689	0.092		
25 Beslenme	2.14 ± 1.30	1.87 ± 1.19	1.941	0.053		
26 Beslenme	3.92 ± 0.35	3.84 ± 0.49	1.599	0.111		
Beslenme Toplam	29.85 ± 3.37	28.97 ± 3.03	2.457	0.015*	0.27	0.78

Tablo 4.8. Kan Basıncının Kontrol Altında Olma Durumuna Göre SYBD II Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması- devamı

	Kontrol Altında (n=182)	Kontrol Altında Değil (n=141)	Test ve Önemlilik		Etki Büyüklüğü ve Güç	
	(ort ± ss)	(ort ± ss)	t	p	Cohens' d	Güç
27 Kişiler Arası İlişkiler	3.23 ± 1.07	3.27 ± 0.99	-0.393	0.694		
28 Kişiler Arası İlişkiler	3.94 ± 0.27	3.95 ± 0.24	-0.180	0.857		
29 Kişiler Arası İlişkiler	3.93 ± 0.27	3.93 ± 0.27	-0.069	0.945		
30 Kişiler Arası İlişkiler	2.64 ± 1.09	2.70 ± 0.96	-0.576	0.565		
31 Kişiler Arası İlişkiler	3.68 ± 0.65	3.63 ± 0.62	0.675	0.500		
32 Kişiler Arası İlişkiler	3.69 ± 0.63	3.55 ± 0.75	1.838	0.067		
33 Kişiler Arası İlişkiler	2.39 ± 1.21	2.36 ± 1.12	0.206	0.837		
34 Kişiler Arası İlişkiler	2.98 ± 1.09	2.95 ± 1.06	0.318	0.751		
35 Kişiler Arası İlişkiler	3.59 ± 0.73	3.46 ± 0.76	1.562	0.119		
Kişiler Arası İlişkiler Toplam	30.12 ± 4.14	29.85 ± 3.75	0.604	0.546		
36 Stres Yönetimi	3.10 ± 1.00	3.14 ± 0.95	-0.290	0.772		
37 Stres Yönetimi	2.90 ± 1.17	3.07 ± 1.09	-1.282	0.201		
38 Stres Yönetimi	3.69 ± 0.70	3.58 ± 0.70	1.394	0.164		
39 Stres Yönetimi	3.10 ± 0.96	3.24 ± 0.82	-1.410	0.159		
40 Stres Yönetimi	2.82 ± 1.05	2.60 ± 1.63	1.808	0.072		
41 Stres Yönetimi	2.02 ± 1.11	2.18 ± 1.18	-1.223	0.222		
42 Stres Yönetimi	1.29 ± 0.71	1.30 ± 0.74	-0.168	0.867		
43 Stres Yönetimi	2.37 ± 1.18	2.51 ± 1.16	-1.036	0.301		
Stres Yönetimi Toplam	21.32 ± 4.05	21.64 ± 4.02	-0.696	0.487		

Tablo 4.8.'de katılımcıların, SYBD II ölçek maddelerinden aldıkları puan ortalamaları, kan basıncının kontrol altında olup olmama durumuna göre incelenmiştir. Kan basıncı kontrol altında olanların sağlık sorumluluğu alt boyutunda yedi (kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım) ve sekizinci (bireysel sağlık programı ile ilgili eğitim programlarına katılırım) maddelerin puan ortalamaları, kan basıncı kontrol altında olmayanlara göre küçük etki büyüklüğünde farklılaşmaktadır ($p < 0.05$). Kan basıncı kontrol altında olan ve olmayan katılımcıların sağlık sorumluluğu toplam puan ortalamaları arasında bir farklılık bulunmamaktadır. Kan basıncı kontrol altında olanların beslenme alt boyutunda on sekiz (sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim), on dokuz (şekerli ve tatlıyı kısıtlarım) numaralı maddelerin ortalamaları ve beslenme toplam puan ortalaması, kan basıncı kontrol altında olmayanlara göre küçük etki büyüklüğünde farklılaşmaktadır ($p < 0.05$). Katılımcıların kan basıncı kontrol altında olma durumuna göre fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları incelendiğinde puan ortalamalarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.9. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Kan Basıncı Kontrolü ile İlişkisi

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	Kontrol Altında (n=182)		Kontrol Altında Değil (n=141)		Test ve Önemlilik
		n	%	N	%	
Yaş grubu						
40-49 yaş	35	21	11.5	14	9.9	LR=2.316 p=0.678
50-59 yaş	93	51	28.0	42	29.8	
60-69 yaş	115	66	36.3	49	34.8	
70-79 yaş	71	41	22.5	30	21.3	
80-89 yaş	9	3	1.6	6	4.3	
Cinsiyet						
Kadın	201	117	64.3	84	59.6	$\chi^2=0.750$ p=0.386
Erkek	122	65	35.7	57	40.4	
BKİ						
<18.50	0					$\chi^2=3.371$ p=0.498
18.50 - 24.99	30	19	10.4	11	7.8	
25.00 - 29.99	129	77	42.3	51	36.2	
30.00 – 34.99	90	50	27.5	41	29.1	
35.00 - 39.99	57	27	14.8	30	21.3	
> 40.00	17	9	4.9	8	5.7	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	39	22	12.1	17	12.1	$\chi^2= 0.000$ p=0.993
Çalışmıyor	284	160	87.9	124	87.9	
Eğitim Durumu						
Okur- yazar değil	13	6	3.3	7	5.0	$\chi^2=2.389$ p=0.665
Okuryazar	11	5	2.7	6	4.3	
İlk-ortaokul mezunu	137	76	41.8	61	43.3	
Lise mezunu	75	47	25.8	28	19.9	
Ön lisans-lisans-lisansüstü mezunu	87	48	26.4	39	27.7	
Sigara						
Kullanıyor	55	31	17.0	24	17.0	$\chi^2=0.40$ p=0.980
Kullanmıyor	170	95	52.2	75	53.2	
Bırakmış	98	56	30.8	42	29.8	
Alkol						
Kullanıyor	39	23	12.6	16	11.3	$\chi^2=1.342$ p=0.511
Kullanmıyor	252	144	79.1	108	76.6	
Bırakmış	32	15	8.2	17	12.1	

 χ^2 : Pearson Chi-Square, LR=Likelihood Ratio Testi

Tablo 4.9. incelendiğinde; katılımcıların yaşı, cinsiyeti, BKİ değeri, çalışma durumu, eğitim düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumlarının kan basıncı kontrol altında olan ve olmayanlarda farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.10. Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Kan Basıncı Kontrolü ile İlişkisi

Bireylerin Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri	Sayı	Kontrol Altında (n=182)		Kontrol Altında Değil (n=141)		Test ve Önemlilik
		N	%	n	%	
Tanı Alma Süresi						
< 5 yıl	67	37	20.3	30	21.3	$\chi^2=0.045$ p=0.978
5- 10 yıl	85	48	26.4	37	26.2	
>10 yıl	171	97	53.3	74	52.5	
Eşlik Eden Kronik Hastalık Varlığı						
Var	213	120	65.9	93	66.0	$\chi^2=0.000$ p=0.996
Yok	110	62	34.1	48	34.0	
Tansiyon Aleti Varlığı						
Var	265	154	84.6	111	78.7	$\chi^2=1.872$ p=0.171
Yok	58	28	15.4	30	21.3	
Tansiyon Ölçme Bilgisi						
Biliyor	229	135	74.2	94	66.7	$\chi^2=2.171$ p=0.141
Bilmiyor	94	47	25.8	47	33.3	
Kan Basıncı İzlemine Yapma						
Her gün	26	13	7.1	13	9.2	LR=2.720 p=0.606
Haftada 1	33	17	9.3	16	11.3	
Ayda 1	10	7	3.8	3	2.1	
Rahatsızlandıkça	208	122	67.0	86	61.0	
Hiç	46	23	12.6	23	16.3	
Kan Basıncı Sınır Değer Bilgisi						
Biliyor	291	165	90.7	126	89.4	$\chi^2=0.150$ p=0.699
Bilmiyor	32	17	9.3	15	10.6	
Kan Basıncı Sınırını Doğru Bilme Durumu						
140/90 mmHg'nın Altında	302	169	92.9	133	94.3	LR=3.029 p=0.220
140/90 mmHg ve Üzerinde	11	5	2.7	6	4.3	
Bilmiyor	10	8	4.4	2	1.4	

Tablo 4.10. Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerinin Kan Basıncı Kontrolü ile İlişkisi- devamı

Bireylerin Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri	Sayı	Kontrol Altında (n=182)		Kontrol Altında Değil (n=141)		Test ve Önemlilik
		n	%	n	%	
Kullanılan Tansiyon İlacı Sayısı						
1 adet	234	134	73.6	100	70.9	$\chi^2=3.091$ p=0.378
2 adet	75	43	23.6	32	22.7	
3 veya daha fazla	14	5	2.7	9	6.4	
Kullanılan İlaç Adı Bilgisi						
Biliyor	225	133	73.1	92	65.2	$\chi^2=2.304$ p=0.129
Bilmiyor	98	49	26.9	49	34.8	
Kullanılan İlaç Dozu Bilgisi						
Biliyor	190	113	62.1	77	54.6	$\chi^2=1.834$ p=0.176
Bilmiyor	133	69	37.9	64	45.4	
İlaçlarda Doz Değişikliği Durumu						
Yapılmadı	225	130	71.4	95	67.4	$\chi^2=2.802$ p=0.246
Arttırıldı	72	35	19.2	37	26.2	
Azaltıldı	26	17	9.3	9	6.4	
Kontrole Gitme Sıklığı						
Ayda 1	12	3	1.6	9	6.4	LR=15.188 p=0.004
3 Ayda 1	86	56	30.8	30	21.3	
6 Ayda 1	48	34	18.7	14	9.9	
Yılda 1	104	55	30.2	49	34.8	
Hiç	73	34	18.7	39	27.7	
İlaç Eğitimi Alma Durumu						
Almadım	35	20	11.0	15	10.6	LR=0.551 p=0.759
Hekim	283	160	87.9	123	87.2	
Hemşire	5	2	1.1	3	2.1	
İlaç Dışı Yöntem Kullanma Durumu						
Evet	101	50	27.5	51	36.2	$\chi^2=2.797$ p=0.094
Hayır	222	132	72.5	90	63.8	

χ^2 : Pearson Chi-Square., LR=Likelihood Ratio Testi

Tablo 4.10.'da katılımcıların hipertansiyon tedavisine ve bilgisine ilişkin özelliklerinin, kontrole gitme sıklığı dışında kan basıncı kontrol altında olan ve olmayanlarda farklılaşmadığı görülmektedir (p>0.05). Kan basıncı kontrol altında olanlarla, kan basıncı kontrol altında olmayanların kontrole gitme sıklığı karşılaştırıldığında fark anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Kan basıncı kontrol altında olmayan katılımcıların kontrol altında olanlara göre her ay kontrole gitme ya da hiç kontrole gitmeme oranları daha yüksektir. Kontrole altı ayda bir gidenlerin oranı kan basıncı kontrol altında olanlarda daha fazladır.

Tablo 4.11. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Uyum Sağlama Durumlarının Kan Basıncı Kontrolüne Etkisi

	Sayı	Kontrol Altında (n=182)		Kontrol Altında Değil (n=141)		Test ve Önemlilik
		n	%	n	%	
Sigara Bırakma Davranışı						
İçmiyor	172	97	53.3	75	53.2	$\chi^2=0.001$ p=1.000
Uyum Sağlayan	96	54	29.7	42	29.8	
Uyum Sağlamayan	55	31	17.0	24	17.0	
Tuz Kısıtlama Davranışı						
Uyum Sağlayan	275	161	88.5	114	80.9	$\chi^2=3.637$ p=0.057
Uyum Sağlamayan	48	21	11.5	27	19.1	
Sağlıklı Beslenme Davranışı						
Uyum Sağlayan	281	156	85.7	125	88.7	$\chi^2=0.606$ p=0.436
Uyum Sağlamayan	42	26	14.3	16	11.3	
Kilo Kontrolü						
Uyum Sağlayan	164	100	54.9	64	45.4	$\chi^2=2.902$ p=0.088
Uyum Sağlamayan	159	82	45.1	77	54.6	
Düzenli Egzersiz Yapma						
Uyum Sağlayan	123	69	37.9	54	38.3	$\chi^2=0.005$ p=0.944
Uyum Sağlamayan	200	113	62.1	87	61.7	
Stres Yönetimi						
Uyum Sağlayan	133	69	37.9	64	45.4	$\chi^2=1.834$ p=0.176
Uyum Sağlamayan	190	113	62.1	77	54.6	

χ^2 : Pearson Chi-Square., LR=Likelihood Ratio Testi

Tablo 4.11.'de katılımcıların kendilerine önerilen sigara bırakma, tuz kısıtlaması, sağlıklı beslenme, kilo kontrolü, düzenli egzersiz ve stres yönetimi tavsiyelerine uyum sağlama durumlarının kan basıncı kontrolüne etkisi incelenmiştir. Buna göre önerilen sağlık davranışlarına uyum sağlayıp sağlamayanların oranı kan basıncı kontrol altında olanlarda ve olmayanlarda farklı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.12. Kan Basıncı Kontrolü Üzerine, Kontrole Gitme Sıklığı, İBÖS-KF, Sağlık Sorumluluğu ve Beslenme Etkisi Lojistik Regresyonu

Referans değişkeni

Original Value	Internal Value
Kontrol altında	0
Kontrol altında değil	1

Referans kategorimiz kontrol altında olandan kontrol altında değil yönündedir.	n	%
Kontrol Altında Değil	141	43.7
Kontrol Altında	182	56.3
Toplam	323	100.0

	B	SS	Wald	p	Exp(B) (ODDS)	95 % C.L for Exp Lower Upper	
Kontrolle Gitme Sıklığı							
Yılda bir veya daha sık							
Hiç	-.323	.279	1.343	.246	1.381	.800 2.385	
İBÖS-KF							
Toplam	3.797	1.277	8.845	.003	44.564	.939 .995	
SYBD-II							
Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu	-.028	.023	1.417	.234	0.973	.930 1.018	
Beslenme Alt Boyutu	-.066	0.037	3.243	.072	0.936	.871 1.006	
Nagelkerke R ² = 066, Omnibus chi square=16.336, Sd=4, p=.003, Hosmer ve Lemeshow=p>.05							

Araştırma kan basıncı kontrol altında olmayan 141 (%43.7), kan basıncı kontrol altında olan 182 (%56.3) kişiden oluşmaktadır. Modele tek değişkenli analizlerde anlamlı

bulunan dört değişken alınmıştır. Kategorik değişken olan kontrole gitme sıklığı yılda bir veya daha sık “0”, hiç kontrole gitmeme “1” olarak kodlanmıştır. İBÖS- KF, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutları modele sürekli değişken olarak alınmıştır.

Hipertansiyon tanılı bireylerin, kan basıncı kontrolleri üzerinde, kontrole gitme sıklığı, ilaç uyum düzeyleri (İBÖS-KF), sağlık sorumluluğu alt boyutu ve beslenme alt boyutunun etkilerini belirlemeye yönelik uygulanan binomial lojistik regresyon analizi sonucunda ortaya çıkan regresyon modeli istatistiki olarak anlamlı bulundu (Omnibus $\chi^2(4)=16.336$, $p<.05$, Hosmer ve Lemeshow= $p>.05$). Modele alınan bağımsız değişkenler, bireylerin kan basıncı kontrolündeki varyansın %6’sını açıklamaktadır. Bağımsız değişkenlerden kontrole gitme sıklığı, sağlık sorumluluğu alt boyutu ve beslenme alt boyutu anlamlı yordayıcı değil ($p>.05$) iken, İBÖS-KF değişkeni anlamlı yordayıcıdır ($p<.05$). $\text{Exp}(B)$ değerlerine göre; hiç kontrole gitmeyen hipertansiyon tanılı bireylerin kan basıncının kontrol altında olma ihtimali, yılda bir veya daha sık kontrole giden bireylerin kan basıncının kontrol altında olma ihtimalinden 1.381 kat daha azdır. Bu farklılık anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). İBÖS-KF toplam puanı yüksek olan bireylerin kan basıncının kontrol altında olma ihtimali (%98), İBÖS-KF toplam puanı düşük olanlardan (%2) daha fazladır. Sağlık sorumluluğu toplam puanı yüksek (%49) ve düşük (%51) olan bireylerin kan basıncının kontrol altında olma ihtimali benzerdir. Beslenme toplam puanı yüksek (%48) ve düşük (%52) olan bireylerin kan basıncının kontrol altında olma ihtimali benzerdir. Sonuç olarak kan basıncı kontrol altında olma ihtimali yüksek olan bireyler ilaç uyumu iyi olan bireylerdir.

Tablo 4.13. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	İBOS-KF				Test ve önemlilik
		ort.	ss	min.	max.	
Yaş grubu						
40-49 yaş	35	46.28	8.93	13.00	52.00	F=0.618 p=0.650
50-59 yaş	93	47.03	9.97	13.00	52.00	
60-69 yaş	115	48.09	8.22	13.00	52.00	
70-79 yaş	71	48.50	6.29	13.00	52.00	
80-89 yaş	9	47.33	6.51	36.00	52.00	
Cinsiyet						
Kadın	201	47.56	8.78	13.00	52.00	MNU =11582.000 p=0.383
Erkek	122	47.81	7.83	13.00	52.00	
BKİ						
<18.50	0					F=2.637 p=0.034*
18.50- 24.99	30	46.63	9.91	13.00	52.00	
25.00- 29.99	129	48.62	6.74	13.00	52.00	
30.00- 34.99	90	45.50	11.02	13.00	52.00	
35.00- 39.99	57	48.73	6.56	13.00	52.00	
>40.00	17	50.05	3.88	37.00	52.00	
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	39	45.79	10.26	13.00	52.00	MNU = 4972.500 p=0.279
Çalışmıyor	284	47.91	8.13	13.00	52.00	
Eğitim Durumu						
Okur- yazar değil	13	47.23	10.48	13.00	52.00	F=0.243 p=0.974
Okuryazar	11	47.18	6.19	36.00	52.00	
İlkokul mezunu	112	47.52	8.30	13.00	52.00	
Ortaokul mezunu	25	49.00	5.33	28.00	52.00	
Lise mezunu	75	47.90	9.09	13.00	52.00	
Ön lisans mezunu	15	46.73	10.19	13.00	52.00	
Lisans mezunu	68	47.70	8.56	13.00	52.00	
Lisansüstü mezunu	4	44.00	8.75	35.00	52.00	
Sigara						
Kullanıyor	55	46.54	7.97	13.00	52.00	F=0.581 p=0.560
Kullanmıyor	170	47.87	8.17	13.00	52.00	
Bırakmış	98	47.91	9.12	13.00	52.00	
Alkol						
Kullanıyor	39	48.35	7.23	13.00	52.00	F=0.152 p=0.859
Kullanmıyor	252	47.57	8.41	13.00	52.00	
Bırakmış	32	47.50	9.99	13.00	52.00	

*Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı Tukey testi ile analiz edilmiştir.

Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, eğitim düzeyi, sigara ve alkol kullanma durumunun İBÖS-KF puan ortalamaları üzerine etkisi incelemek için yapılan istatistiksel analizler sonucunda, İBÖS-KF ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede, katılımcıların BKİ ortalamasına göre İBÖS-KF puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Yapılan Tukey analiz sonucuna göre, bu farkın hafif obez olanlar (30.00-34.00 BKİ) ile diğer gruplar arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.



Tablo 4.14. Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bireylerin Hastalık ve		İBOS-KF				Test ve önemlilik
Tedaviye İlişkin Özellikleri	Sayı	ort.	ss	min.	max.	
Tanı Alma Süresi						
< 5 yıl	67	43.46	12.81	13.00	52.00	$\chi^2_{KW}=7.619$ p=0.022*
5- 10 yıl	85	49.49	4.97	28.00	52.00	
>10 yıl	171	48.39	7.02	13.00	52.00	
Eşlik Eden Kronik Hastalık Varlığı						
Var	213	48.33	7.30	13.00	52.00	t=-0.034
Yok	110	46.35	10.17	13.00	52.00	p=0.973
Tansiyon Aleti Varlığı						
Var	265	48.14	7.34	13.00	52.00	MNU=7023.000
Yok	58	45.44	12.04	13.00	52.00	p=0.282
Tansiyon Ölçme Bilgisi						
Biliyor	229	47.99	7.98	13.00	52.00	MNU=9512.500 p=0.086
Bilmiyor	94	46.85	9.42	13.00	52.00	
Kan Basıncı İzlemini Yapma Sıklığı						
Her gün	26	49.46	4.58	35.00	52.00	$\chi^2_{KW}=6.705$ p=0.152
Haftada 1	33	46.09	9.81	13.00	52.00	
Ayda 1	10	50.60	2.79	43.00	52.00	
Rahatsızlandıkça	208	48.11	7.62	13.00	52.00	
Hiç	46	45.10	12.06	13.00	52.00	
Kan Basıncı Sınır Değeri Bilgisi						
Biliyor	291	47.96	8.26	13.00	52.00	MNU=3317.000 p=0.005*
Bilmiyor	32	44.87	9.52	13.00	52.00	
Kan Basıncı Sınırını Doğru Bilme Durumu						
140/90 mmHg’nın altında	302	47.62	8.58	13.00	52.00	$\chi^2_{KW}=1.593$ p=0.451
140/90 mmHg ve üzerinde	11	47.45	7.29	31.00	52.00	
Bilmiyor	10	48.90	3.66	40.00	52.00	
Kullanılan Tansiyon İlacı Sayısı						
1 adet	234	47.03	9.48	13.00	52.00	$\chi^2_{KW}=0.259$ p=0.878
2 adet	75	49.37	4.08	13.00	52.00	
3 veya daha fazla	14	48.84	5.16	13.00	52.00	

Tablo 4.14. Katılımcıların Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerine Göre İBÖS-KF Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması- devamı

Bireylerin Hastalık ve Tedaviye İlişkin Özellikleri	Sayı	İBÖS – KF				Test ve Önemlilik
		ort.	ss	min.	max.	
Kullanılan İlaç Adı Bilgisi						
Biliyor	225	48.37	7.17	13.00	52.00	MNU=9204.500 p=0.014*
Bilmiyor	98	46.03	10.62	13.00	52.00	
Kullanılan İlaç Dozu Bilgisi						
Biliyor	190	48.46	7.17	13.00	52.00	MNU=10465.000 p=0.006*
Bilmiyor	133	46.51	9.86	13.00	52.00	
İlaçlarda Doz Değişikliği Durumu						
Yapılmadı	225	47.51	8.93	13.00	52.00	$\chi^2_{KW}=4.127$ p=0.127
Arttırıldı	72	48.30	7.36	13.00	52.00	
Azaltıldı	26	47.19	6.62	22.00	52.00	
Kontrole Gitme Sıklığı						
Ayda 1	12	44.83	11.42	13.00	52.00	F=4.175 p=0.003*
3 Ayda 1	86	48.31	6.01	28.00	52.00	
6 Ayda 1	48	48.75	7.31	13.00	52.00	
Yılda 1	104	49.15	6.18	13.00	52.00	
Hiç	73	44.52	12.23	13.00	52.00	
İlaç Eğitimi Alma Durumu						
Almadım	35	41.42	14.29	13.00	52.00	$\chi^2_{KW}=5.575$ p=0.062
Hekim	283	48.38	7.13	13.00	52.00	
Hemşire	5	50.40	2.30	47.00	52.00	
İlaç Dışı Yöntem Kullanma Durumu						
Evet	101	47.61	9.09	13.00	52.00	MNU=10417.000 p=0.348
Hayır	222	47.68	8.12	13.00	52.00	

*Farkın kaynaklandığı grup LSD analizi ile belirlenmiştir.

Katılımcıların hipertansiyona eşlik eden kronik hastalık varlığı, tansiyon aleti varlığı, tansiyon ölçme pozisyon bilgisi, kan basıncı izlemi yaptırma sıklığı, kan basıncı sınırını doğru bilme durumu, kullandığı tansiyon ilacı sayısı, kullandığı ilaçlarda doz değişikliği yapılma durumu, ilaç eğitimini aldığı sağlık profesyoneli ve kan basıncını düşürmek için ilaç dışı yöntem kullanma durumunun İBÖS-KF puan ortalamaları üzerine etkisi incelenmiştir. Bu değişkenlerin İBÖS- KF puan ortalaması üzerinde anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Katılımcıların tanı alma süresinin İBÖS-KF puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, katılımcıların tanı alma süresine göre İBÖS- KF puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). LSD analiz sonucuna göre, bu farkın 5 yıl altı ile 5- 10 yıl ve 5 yıl altı ile 10 yıl üzeri grupları arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kan basıncı sınır değerini bilen katılımcıların İBÖS-KF puan ortalamasının (47.96), bilmeyenlerden (44.87) anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kullandığı ilaçların adını ve dozunu bilen katılımcıların İBÖS-KF puan ortalamaları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.05$).

Katılımcıların kontrole gitme sıklığının İBÖS-KF puan ortalamaları üzerine etkisi incelendiğinde, en yüksek ortalama yılda 1 kontrole giden grubun sahip olduğu belirlenmiştir. Grupların İBÖS-KF puan ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkı görmek için bonferonni testi uygulanmıştır. Bu farkın kontrole hiç gitmeyenlerle yılda 1 gidenler ve hiç gitmeyenlerle 3 ayda 1 gidenler arasındaki farktan kaynaklandığı belirlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada; hipertansiyon tanısı olan bireylerin kan basıncı kontrol oranları önceki çalışmalardan farklı olarak hem ofis hem de ev ölçümlerini içeren çoklu değerlendirmeye belirlenmiştir. Daha önceki çalışmalarda (Hacıhasanoğlu Aşilar ve Gözüm, 2017; Kara Söylemez, 2018; Kes, 2019; Chin ve ark., 2021) kan basıncının kontrol altında olup olmaması ofiste iki kez yapılan ölçümle değerlendirilirken bu çalışmada, hipertansiyon tanısı olan bireylerin kan basıncının kontrol altında olup olmaması, üç kez ofis kan basıncı ölçümü ve altı kez evde kan basıncı ölçümü değerlerine göre belirlenmiştir. Bu yönü ile çalışmada, ofis kan basıncı değerlerinde beyaz gömlek etkisi ve ev ölçümlerinde kabul edilen sınır değerleri dikkate alan güvenilir bir sonuç elde edilmiştir. Bu çalışmayı diğer çalışmalardan farklı kılan bir diğer yaklaşım, tedaviye uyumun hem antihipertansif ilaç tedavisi hem de yaşam biçimi davranışlarını da içerecek şekilde değerlendirilmesidir.

Bulgular bölümünde sunulan Tablo 4.1 ve Tablo 4.2 çalışmanın bağımsız değişkenlerinin sayı ve yüzdelik değerlerini göstermektedir. Buradaki değerler, nasıl bir katılımcı profili ile çalışıldığını ve çalışmanın bağımlı değişkeni olan kan basıncı kontrolü oranlarının karşılaştırılacağı literatürdeki profil ile benzerlik ve farklılıkları görmek amacıyla sunulmuştur. Bu nedenle yaş, cinsiyet, hipertansiyon tanı alma süresi, eşlik eden hastalıklar, HT tedavisi amacıyla kullanılan ilaç sayısı ve kontrole gitme sıklığı dışındaki değişkenler kan basıncı kontrol oranları ve ilaç tedavisine uyum düzeyini etkileyen faktörlerin incelendiği tablolarda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan 323 hipertansiyon tanılı bireyin yaş ortalaması 62.19 bulunmuştur. Bu çalışmaya 40 yaş üzerindeki hipertansiyon tanısı olan bireyler dâhil edildiği için yaş ortalaması benzer diğer araştırmalardan (Odusola ve ark., 2015; Tümer vd., 2016; Katsi ve ark., 2017; Erci ve ark., 2018; Teshome, Demssie ve Zeleke, 2018; Wohlfahrta ve ark., 2020) biraz yüksek veya düşük (Emre, Edirne, Özşahin, Çoban ve Yanık, 2020; Qu ve ark., 2019; Sheppard ve ark., 2020) bulunmuştur. Bununla birlikte, karşılaştırma yapılan çalışmalarda yaş ortalamasının bu çalışmadaki gibi 65 yaş altında, yaşlılık öncesi geç erişkinlik dönemine rastlaması nedeniyle olası benzerlikler ve farklılıklarda yaş etkisinin önemli olmayacağı söylenebilir.

Araştırmamızda katılımcıların %62.2'sini kadınlar oluşturmaktadır. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde benzer şekilde kadın katılımcıların oranındaki fazlalık göze çarpmaktadır. Vatansever ve Ünsar (2014)'ın çalışmasının %53.2'sini, Kes (2019)'ın çalışmasının %55.4'ünü, Qu ve ark (2019)'ın çalışmasının %58.8' ini kadın katılımcılar oluşturmaktadır. Kadın katılımcı oranlarının fazla olması, menapoz sonrası ve 55 yaş üzeri kadınlarda HT prevalansının yüksek olması ile ilişkili olabileceği gibi (Aşık ve ark., 2019) bu çalışmada veri toplama işleminin mesai saatleri içerisinde gerçekleşmesi nedeniyle çalışan erkeklerin araştırmaya katılamaması ile de ilişkilendirilebilir.

Bu çalışmada, katılımcıların yaklaşık yarısının (%52.9) HT tanısı 10 yılı aşkın bir süredir bulunmaktadır. Katılımcıların yarısından fazlasının HT'ye eşlik eden kronik hastalığı vardır ve bunun büyük çoğunluğunu %42.2 ile DM hastalığı oluşturmaktadır. PatenT II'de hipertansif kadınların %22.6'sı, hipertansif erkeklerin %15.7'si DM hastasıdır (Sengul ve ark., 2016). Aydın ilinde yapılan bir çalışmada eşlik eden DM oranı %39.8 olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Koruk, 2019). Ancak Türkiye dışındaki çalışmalarda bu oranın daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Nijerya'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %12.8'i (Odusola ve ark., 2015), Çin'de yapılan bir çalışmada %10.4' ü (Qu ve ark., 2019), Çek Cumhuriyeti'nde yapılan çalışmada %9'u HT'ye ek olarak DM hastası olduğunu belirtmiştir (Wohlfahrta ve ark., 2020). DM' de kan basıncı kontrolünde 5 mmHg düşüş sağlanması durumunda bile toplam mortalite oranı (%27) düşüş göstermektedir, diyabetik hastaların HT takibi daha dikkatli ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020).

Bu çalışmada katılımcıların %72.4'ü bir adet tansiyon ilacı kullanmakta, %69.7'si kullandığı ilaç/ ilaçların adını ve %58.8'i kullandığı ilaç dozunu bilmektedir. Katılımcıların %8'i kullandığı ilaç/ ilaçların dozunun arttırıldığını belirtirken %69.7'si doz değişikliği yapılmadığını belirtmiştir. HT hastalarının tedaviye uyumunun incelendiği bazı çalışmalarda da bir adet tansiyon ilacı kullananlar, katılımcıların yarısından fazlasını oluşturmaktadır (Erci ve ark., 2018; Kes, 2019). Etiyopya'da yapılan bir çalışmada günde üçten az ilaç kullanan hastaların, üç ve daha fazla kullananlara göre optimal KB aralığına sahip olma olasılığı üç kat daha fazla çıkmıştır (Teshome ve ark., 2018). Çoklu ilaç tedavisi, eşlik eden bir hastalık olduğunda ve KB kontrol altına alınamadığı durumlarda

tercih edilmektedir (https://tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_2c93c.htm?wbnum=1107). Ulusal (TEMD) ve uluslararası (ESH/ ESC) HT kılavuzlarına göre günlük kullanılan ilaç sayısının azaltılması ve tedavi rejiminin basitleştirilmesi ile hastaların HT tedavisine uyumu artmaktadır (Aşık ve ark., 2019; Williams ve ark., 2018).

Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu'na göre hipertansiyon tedavisi alan hastanın kan basıncı stabilize olduğunda (hastanın durumuna tabi olarak) 3-6 aylık intervallerle takip edilmesi gerekir (https://tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_31d99.htm?wbnum=1108). Bu çalışma kapsamındaki katılımcıların %26.6'sının üç ayda %14.9'unun altı ayda bir kontrole gittiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.). Hastanın yeni tanı alma aşamasında doğru tedavi seçimi için daha sık, durumu stabilize olduğunda yılda bir kontrole gitmesi düzenli kontrol olarak kabul edilebilir. Buna göre hastaların büyük çoğunluğunun kontrollere gittiği ve önceki bir çalışmada bildirilen düzenli kontrole gitme oranından (%55.9) yüksek olduğu (Atan ve Karabulutlu, 2016) saptanmıştır. Bununla birlikte, bu çalışmadaki katılımcıların %22.6'sının hiç kontrole gitmediği saptanmıştır (Tablo 4.2). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada da (Erci ve ark., 2018), katılımcıların benzer oranda %23.4'ünün kontrole gitmediği belirtilmiştir. Kontrole hiç gitmemek tedaviye iyi bir uyum olmadığını göstermektedir. Nitekim bu çalışmada üç, altı ay ve yılda bir kontrole gidenlere göre hiç kontrole gitmeyen katılımcıların uyum düzeylerinin belirgin derecede düşük olduğu bulunmuştur (Tablo 4.13). Bu görüşü destekler şekilde Akgöl ve arkadaşlarının çalışmasında da altı ayda bir kontrole gidenlerin ilaç tedavisine uyum puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Akgöl, Eser ve Olmez, 2017).

Bu çalışmanın amacı doğrultusunda ilk olarak "Hipertansif bireylerde kan basıncının kontrol altında olma sıklığı nedir?" sorusunun yanıtı aranmıştır. Ofis ortamında araştırmacı tarafından yapılan ölçüme göre değerlendirildiğinde, kan basıncı kontrol oranlarının (%71.5), evde bireyin kendisi tarafından yapılan ölçümlerden (%66.9) daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, kan basıncı kontrol sınır değerinin ofis ölçümlerinde 140/90 mmHg, ev ölçümlerinde 135/85 mmHg'nin altında alınmasıdır. Ofis veya ev ölçüm ortalamalarından herhangi birisi dikkate alınarak değerlendirildiğinde, katılımcıların yarısından biraz fazlasının (% 56.3) kan basıncı kontrol altında saptanmıştır.

Hipertansiyon tedavisinin temel amacı kan basıncını kontrol altına almaktır. Bu nedenle tedaviye rağmen kan basıncı kontrol altında olmayan bireyler için tedavi uyumları kapsamlı bir şekilde değerlendirilmeli ve gerekirse ilaç ve yaşam biçimi düzenlemesi yapılmalıdır. Bu çalışmada ilk sorunun yanıtını gösteren bulgular diğer taraftan değerlendirildiğinde; ofis ölçümlerinde %28.5, ev ölçümlerinde %33.1, ofis ve ev ölçümleri birlikte değerlendirildiğinde herhangi birinde %43.7, hem ev hem de ofis ölçümlerinde %18.0'inin kan basınçlarının kontrol altında olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.3.). Bu oranlar Türkiye profilini yansıtan PATENT ve TÜRKSAHA çalışmalarından daha düşük bulunmuştur. Kan basıncı kontrol altında olmayanların oranı, 4920 kişi ile yürütülen Patent çalışmasında %91.9 iken, 5437 kişi ile yapılan Patent II çalışmasında düşüş göstererek %71.3 bulunmuştur. Antihipertansif tedavi alan bireyler değerlendirildiğinde kan basıncının kontrol altında olmama oranı Patent' te %79.3, Patent II' de %46.2, (Altun ve ark., 2005; Sengul ve ark., 2016), katılımcı sayısı 15187 olan TURKSAHA araştırmasında bu oran %74.1, TEKHARF çalışmasında %52 olarak bulunmuştur (Abacı ve ark., 2006; Onat ve ark., 2017). Esansiyel HT'si olan bireylerin incelendiği lokal bir çalışmada KB'si kontrol altında olmayanların oranı %21.3 bulunmuştur (Karakuş Açıkgoz, 2014).

Literatürde KB'nin birbirinden farklı ölçüm araçları kullanılarak ve farklı sayılarda ölçüm yapılarak değerlendirildiği birçok çalışma bulunmaktadır. KB ölçümünün elektronik tansiyon aleti ile ölçülerek üç ölçüm ortalamasının değerlendirildiği bir çalışmada KB'si kontrol altında olmayanların oranı %76 bulunmuştur (Odusola ve ark., 2015). Aşilar ve Gözüm'ün çalışmasında KB kontrolü cıvalı tansiyon aleti ile iki ofis ölçümünün ortalaması alınarak değerlendirilmiş ve KB'si kontrol altında olmayanların oranı %37 bulunmuştur (Hacıhasanoğlu Aşilar ve Gözüm, 2017). Bir başka çalışmada 407 hipertansif bireyin KB verileri sfigmomanometre ile ofis ortamında yapılan iki ölçümün ortalaması alınarak değerlendirilmiş ve kontrol altında olmayan KB oranı %52.1 çıkmıştır (Kara Söylemez, 2018). Karabük'de bir aile sağlığı merkezinde yürütülen çalışmada tansiyon ölçümü otomatik cihaz kullanarak yapılmış, iki ölçümün ortalamasına göre 231 hipertansif katılımcıdan %37.7'sinin KB'si kontrol altında çıkmamıştır (Kes, 2019). Bir kan basıncı tarama programında, KB üç defa otomatik cihazla ölçülmüş ve iki ölçümün değerlendirilmesiyle elde edilen sonuçlarda tedaviye uyumu iyi olmayan bireylerin

%50.2'sinde KB kontrol altında olmadığı tespit edilmiştir (Chin ve ark., 2021). TKD Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzunda belirtilen 'yarılar kuralına' göre tanı konulan hipertansif bireylerin yaklaşık yarısı antihipertansif ilaç tedavisi görmektedir, tedavi görenlerin de yaklaşık yarısında KB kontrol altına alınabilmektedir <https://tkd.org.tr/kilavuz/k03/91f3c.htm?wbnum=1115>. Bu çalışmanın bulguları yarılar kuralını destekler niteliktedir. Katılımcılarımızın tümü antihipertansif ilaç tedavisi almaktadır ancak ofis veya ev ölçümlerinden herhangi birisine göre yaklaşık yarısının (%56.3) KB'si kontrol altındadır.

KB'nin kontrol altında olma oranı yapılan çalışmalarda farklılık göstermektedir. Bu farklılıkların oluşmasında diğer faktörlerle birlikte ölçüm araçlarının ve sayılarının ortak olmayışının da etki etmiş olabileceği ve hasta ile tek bir karşılaşmada yapılan ölçüm sonuçlarının doğru kan basıncı kontrol oranlarını yansıtmayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmamızda hem ofis hem ev ölçümleri yapılmış ve sonuçta her bireyin dört farklı günde ölçülmüş dokuz KB değeri elde edilmiştir. Ofis ölçümlerinde sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalama değerinin ev ölçümlerinden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ofis ve ev ölçümleri arasında doğru orantılı, orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. Ofis ölçümleri ile ev ölçümleri arasındaki farklılık, kan basıncı ölçümünün ofiste oskultuar yöntem sfigmomanometre ile evde osilometrik yöntem elektronik cihazla yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Ofis ölçümlerinin daha yüksek çıkmasında beyaz önlük etkisinin rol oynamış olabileceği de düşünülmektedir. İlgili bir çalışmada bireyin kendisi tarafından yapılan gözetimsiz ölçümde kan basıncı değerinin daha düşük çıktığı kanıtlanmıştır. Çek Cumhuriyetinde yapılan bu çalışmada, ilk kan basıncı ölçümü sağlık profesyoneli tarafından oskultuar yöntem sfigmomanometre ile ikinci ölçüm osilometrik yöntem elektronik tansiyon cihazıyla, üçüncü ölçüm ise aynı ortamda gözetimsiz bir şekilde bireylerin kendisi tarafından elektronik tansiyon cihazı ile yapılarak karşılaştırılmıştır. Gözetimsiz yapılan ölçümde SKB değerinin gözetimli osilometrik ve oskultuar yöntemine göre 10 mmHg daha düşük değerde olduğu sonucuna ulaşılmış ve bu nedenle gözetimsiz ölçümlerde kesme değerinin 130/85 mmHg'ya çekilebileceği önerilmiştir (Wohlfahrta ve ark., 2020). Bu çalışmada da gözetimsiz yapılan ev ölçümleri sınıflandırılırken TKD'nin de ev ölçümleri için önerdiği 135/85 mmHg sınır değeri kullanılmıştır (Aydoğdu ve ark., 2019).

Katılımcıların ilaç tedavisine bağlılık/uyum öz-etkililik ölçeğinden aldıkları toplam puanı 52 üzerinden 47.66, madde puan ortalaması 4 üzerinden 3.66 hesaplanmıştır. Buna göre, araştırmanın “Hipertansif bireylerin ilaç tedavisine uyum öz etkililik düzeyleri nedir?” şeklindeki ikinci sorusu “Katılımcıların antihipertansif tedaviye uyumları iyi düzeydedir.” olarak yanıtlanmıştır (Tablo 4.5.). Literatürde, hipertansiyon tedavisi alan bireylerin ilaç tedavisine uyumu farklı ölçüm araçları ile ölçülmüştür. Bu nedenle, karşılaştırma yaparken araştırmacıların ölçüme ilişkin sonuç yorumları kullanılmıştır. Türkiye’de yapılan bazı çalışmalarda (Teke, 2016; Tümer ve ark., 2016; Kara Söylemez, 2018) bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde uyumun iyi düzeyde olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, uyumun daha düşük (Hacıhasanoğlu ve Gözümlü, 2011; Hacıhasanoğlu ve ark., 2012) veya ilaç tedavisine uyumsuzluğun yüksek (%63.7) olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (Deniz Akan ve ark., 2020). İran’da yapılan bir çalışmada KB’ si kontrol altında çıkmayan bireylerin ilaç tedavisine uyum puanları kontrol altında olanlara göre daha düşük bulunmuştur (Saffari ve ark., 2015). Orta Etiyopya’da yürütülmüş bir çalışmada 989 hipertansif bireyin ilaç tedavisine uyumu %31.7’sinde orta, %32.3’ünde düşük düzeyde bulunmuştur (Tsadik ve ark., 2020). ESH/ ESC kılavuzuna göre bireyleri antihipertansif ilaçlara uyum sağlayamaması dirençli HT gelişmesine ve KVH riskinin artmasına sebep olmaktadır (Williams ve ark., 2018).

Katılımcıların İBÖS-KF’de üçüncü (Yaşamınız boyunca ilaç kullanmanız gerektiği konusunda endişelendiğinizde tansiyon ilaçlarınızı her zaman alabileceğinizden emin misiniz?) ve sekizinci (Seyahatlerde tansiyon ilaçlarınızı her zaman alabileceğinizden emin misiniz?) sorulara verdikleri yanıtlar KB’ye göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır. Bunlar haricindeki tüm İBÖS- KF sorularına verilen yanıtlar ve İBÖS- KF toplam puanı KB ye göre anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Kan basıncı kontrol altında olan katılımcıların ilaç tedavi uyumlarının kontrol altında olmayanlardan belirgin derecede iyi olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada “Kan basıncı kontrolü üzerine hangi faktörlerin (yaşam biçimi davranışları, ilaç tedavisine uyumu, kontrole gitme sıklığı vs.) etkisi vardır?” sorusunu yanıtlamak için yapılan tek değişkenli analizler sonucunda lojistik regresyon modeline dâhil edilen bağımsız değişkenlerden yalnızca İBÖS- KF’nin KB kontrolünde anlamlı bir

yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0.05$). İlaç tedavisine uyumu yüksek olan bireylerin KB'sinin kontrol altında olma ihtimali (%98), uyum düzeyi düşük olanlardan (%2) fazladır. Kan basıncı kontrolünün sağlanmasında ilaç tedavisine uyum çok önemli bir belirleyicidir. Bireylerin tedaviye uyumu arttıkça KB değerleri iyileşme göstermektedir. Literatürde, ilaç uyumunun KB kontrolünde önemli olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur (Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2011; Saffari ve ark., 2015; Akgöl ve ark., 2017; Reboussin ve ark., 2018a; Emre ve ark., 2020).

Kan basıncını düşürmek için temel iki stratejiden biri ilaç tedavisi, diğeri yaşam tarzı müdahaleleridir (Williams ve ark., 2018). Bu çalışma kapsamında katılımcıların büyük çoğunluğunun bu stratejiye ilişkin öneri aldığı ve tuz kısıtlaması ve besin düzenlemesine uyum gösterdiği belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları da iyi kabul edilecek düzeydedir. Katılımcıların en az uyum gösterdiği davranış, düzenli fiziksel aktivite yapmaktır. Bu Türkiye'de (Çürük ve ark., 2018; Özkan ve ark., 2019; Yılmaz, 2020) ve uluslararası literatürde (Kemppainen ve ark., 2011; Li ve ark., 2018; Siboni ve ark., 2018) bu yaş grubunun yaşam biçimi davranışlarını inceleyen çalışmalarla benzer bulunmuştur. Yapılan iki sistematik derlemede (İlgaz ve Özer, 2017; Akgöz ve ark., 2021) hızlı yürüme, yüzme, bisiklete binme gibi aerobik orta düzey yaşam biçimi aktivitelerinin kan basıncını düşürmede etkili olduğu bildirilmiştir. Hipertansif bireylere yaşına ve fiziksel durumuna göre haftada en az beş kez olacak şekilde, düzenli fiziksel aktivite önerilmelidir (Aydoğdu ve ark., 2019). Bu çalışma kapsamındaki katılımcıların büyük çoğunluğu buna ilişkin öneri almıştır. Buna karşın hem tek soru ile hem de SYBD II fiziksel aktivite ölçeği ile yapılan değerlendirmede fiziksel aktivite davranışına uyum düzeyi düşük bulunmuştur.

Bu çalışmada ilaç tedavisine uyumun kan basıncı kontrolü üzerinde en önemli yordayıcı olması nedeniyle "Hipertansif bireylerin ilaç tedavisine uyum öz etkililik düzeylerinde hangi faktörler etkilidir" sorusunun yanıtı aranmıştır. Katılımcıların yaşı, cinsiyeti, çalışıp çalışmamasının, eğitim düzeyinin, sigara ve alkol kullanmasının ilaç uyum düzeylerini değiştiren faktörler olmadığı belirlenmiştir. Hafif düzeyde obez (30.00-34.99) olanların ilaç tedavisine uyum düzeyi BKİ değeri bakımından diğer gruplara göre daha düşük bulunmuştur.

Hipertansiyon tanı alma süresi 5 yıldan az olan katılımcıların ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeyi iyi seviyede olmakla birlikte tanı alma süresi 5 yılın üzerinde olan katılımcılardan daha düşük bulunmuştur. Tanı alma süresi 5 yılın üzerinde olan katılımcıların ilaç tedavisine uyumları tama yakın düzeyde bulunmuştur. Hastalık ile geçirilen süre uzadıkça bireylerin tedavi yönetimini öğrendikleri düşünülebilir. Erzincan ilinde yürütülen bir çalışmada, HT tanı ve ilaç tedavisi alma süresi 11 yıl ve üzerinde olan hipertansif bireylerin ilaç tedavisine uyum düzeyleri, 1- 5 ve 6- 10 yıl olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Kara Söylemez, 2018). Aydın’da yapılan başka bir çalışmada 11- 15 yıldır HT tanısına sahip olan hastaların ilaç tedavisine uyum düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Koruk, 2019). Bu yöndeki bulgumuz önceki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.

Kan basıncı sınır değerini, kullandığı ilaçların adını ve dozunu bilmeyen ve her ay veya hiç kontrole gitmeyen katılımcılarda ilaç tedavisine uyumun daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer taraftan, Erzincan’da yürütülen bir çalışmada 6 ay ve daha uzun aralıkla kontrole giden hipertansif bireylerin ilaç uyum düzeyleri kontrole daha sık gidenlerden düşük bulunmuştur (Kara Söylemez, 2018). Katılımcıların hastalık ve tedavi yönetimi konusunda bilgi düzeyi arttıkça antihipertansif ilaç tedavisine uyumu kolaylaşmaktadır. İlaç tedavisine iyi uyum sağlamayan katılımcıların kan basıncı dalgalanmaları nedeni ile her ay kontrole gittiği düşünülebilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

*Ofis ölçümlerinde katılımcıların %28.5'inin, ev ölçümlerinde %33.1'inin, ofis veya ev ölçüm ortalamasının herhangi birinde %43.7'sinin, hem ev hem de ofis ölçümlerinin her ikisinde %18.0' inin kan basıncının kontrol altında olmadığı saptanmıştır.

*Katılımcıların ilaç tedavisine uyumları iyi düzeyde bulunmuştur.

*Katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyumu fiziksel aktivite dışında iyi bulunmuştur.

* İlaç tedavisine iyi uyum sağlamanın kan basıncı kontrolü üzerinde tek ve çok güçlü bir yordayıcı olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda,

*Hipertansiyon tanısı olan bireylerde kan basıncı kontrolünün olup olmadığını değerlendirmek için önerilen rehberler dikkate alınarak çoklu ölçümlerle karara varılması,

*Evde kan basıncı ölçüm değerlerinin karar vermede dikkate alınabilmesi için hastalara doğru ölçüm tekniklerinin nasıl yapılacağına öğretilmesi,

*Hipertansiyon tanısı olan bireylerde kan basıncı kontrolünde önemli bir değişken olduğu için ilaç tedavisine uyumun sürekli değerlendirilmesi ve geliştirilmesi,

*Hipertansiyon hastalarının yaşına ve sağlığına uygun fiziksel aktivite yapmasını sağlayacak girişimler yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abacı A, Oguz A, Kozan O, Toprak N, Senocak H, Deger N, M Sahin, H Sur, F Fici, C Erol. Treatment and control of hypertension in Turkish population: A survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). Journal of Human Hypertension, 2006; 20(5), 355–361.

Adesola Busari O, Olusegun Olanrewaju T, Olumuyiwa Desalu O, George Opadijo O, Kayode Jimoh A, Matthew Agboola S, Ebenezer Busari O, Olalalekan O. Impact of Patients' Knowledge, Attitude and Practices on Hypertension on Compliance with Antihypertensive Drugs in a Resource-poor Setting. TAF Preventive Medicine BulletinResearch Article TAF Prev Med Bull, 9(922), 2010; 87–92.

Akgol J, Eser E, Olmez E. Factors Predicting Treatment Compliance Among Hypertensive Patients in an Urban Area. Medicine Science | International Medical Journal, 2017; 6(3),

Akgöz Dağıstan A, Ozer Z, Gözüm S. Health Care for Women International The effect of lifestyle physical activity in reducing cardiovascular disease risk factors (blood pressure and cholesterol) in women : A systematic review. Health Care for Women International, 2021; 42(1), 4–27.

Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, Ü., Karatan, O., Turgan, Ç, Sindel Ş, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar Ş. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. Journal of Hypertension, 2005; 23(10), 1817–1823.

Altun B, Süleymanlar G, Utaş C, Arinsoy T, Ateş K, Ecder T, Çamsarı T, Serdengeçti K. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in adults with chronic kidney disease in turkey: Results from the CREDIT study. Kidney and Blood Pressure Research, 2012; 36(1), 36–46.

Aminoff, U. B, Kjellgren K I. The nurse - A resource in hypertension care. Journal of Advanced Nursing. 2001,

Anderson, J. W, Liu, C, Kryscio R. J. Blood pressure response to transcendental meditation: A meta-analysis. American Journal of Hypertension, 2008; 21(3), 310–316.

Arıcı, M., Birdane, A., Güler, K., Yıldız, B. O., Altun, B., Ertürk, S., Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz H, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi, 2015; 43(4), 402–409.

Aşık M, Aydoğdu A, Bayram F, Bilen H, Can S, Cesur M, Çakır İ, Dikbaş O, Elbüken G, Ilıksu Gözü H, Haymana C, Kılıçlı F, Küçüksaraç Kıyıcı S, Meriç C, Özkan Ç, Özkaya M, Sabuncu T, Sancak S, Sönmez A, Şahin İ, Tütüncüoğlu P, Ukinç K, Usluoğulları A, Üçler R, Yılmaz M. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 1. Baskı, Ankara; 2019.

Aslan A, Ergene O, Berilgen R. Dünya Hipertansiyon Günü, Kılavuzlar Hipertansiyon JNC 8– ESC/ESH 2013. Kardiyovasküler Akademi Derneği, 2015; website: <http://cardiovascularacademy.com>

Atan G, Karabulutlu E. Y. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Hastaların Yaşam Biçimi, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumunun İncelenmesi. 2016; 8(1).

Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, Tükek T, Sabuncu T, Arıcı M, Erdem Y, Özın B, Şahin İ, Ertürk Ş, Bitigen A, Tokgözoğlu L. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Türk Kardiyoloji Derneği, 2019; 47(6), 535–546.

Babadağ K, Zaybak A. Comparing Intra-Arterial, Auscultatory, and Oscillometric Measurement Methods for Arterial Blood Pressure. 2021; Florence Nightingale Journal of Nursing, doi: 10.5152/FNJJN.2021.19103.

Babalık E. Hipertansiyon Patofizyolojisi. Klinik Gelişim, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, 2005; 18(2) - (25-32).

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 12(1), 1–13.

Bell K, Twigg J, Olin B. R. Hypertension: The silent killer: Updated JNC-8 guideline recommendations. Alabama Pharmacy Association. 2015.

Birdane A, Uyarel H, Barçın C, Erdoğan D, Ertaş F. S. Güncel kılavuzlar ışığında hipertansiyon tanı ve tedavisi. HT bülteni,hipertansiyon çalışma grubu, 2014; 1(1), 123–165.

Black, H. R., & Elliott, W. J. Hypertension : a companion to Braunwald's heart disease. 1st ed. Philadelphia. 2007, Saunders Hardcover in English.

Bora Başara B, Dirimeşe V, Özkan E, Varol Ö. Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması. 2006. Ankara, Türkiye.

Bowman T. S, Gaziano J. M, Buring J. E, Sesso H. D. A Prospective Study of Cigarette Smoking and Risk of Incident Hypertension in Women. Journal of the American College of Cardiology, 2007; 50(21), 2085–2092.

Breaux-Shropshire T. L, Judd E, Vucovich L. A, Shropshire T. S, Singh S. Does home blood pressure monitoring improve patient outcomes? A systematic review comparing home and ambulatory blood pressure monitoring on blood pressure control and patient outcomes. Integrated Blood Pressure Control. 2015.

Çakmak H. A. Güncel Hipertansiyon. (Keleş İ, Ed.), 3. Baskı. Ema Tıp Kitabevi Yayıncılık. İstanbul: 2015; s: 220–223.

Chin Y, Frcp C, Kumar N, Mooi Ching S, Boon Ooi P, Nah Chew B, Mohamed M, Min Lim H, Chin Beh H, Shahril Othman A, Saadah Husin H, Mohamad Gani A.H, Hamid D, San Kang P, Li Tay C, Foo Wong P, Hassan H. Relationship of an adherence score with blood pressure control status among patients with hypertension and their determinants : Findings from a nationwide blood pressure screening program. 2021; 638–645.

Chow C. K, Teo K. K, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, Bahonar A, Chifamba J, Dagenais G, Diaz R, Kazmi K, Lanas F, Wei L, Lopez-Jaramillo P, Fanghong L,

Fanghong N.H, Puoane T, Rosengren A, Szuba A, Temizhan A, Wielgosz A, Yusuf R, Yusufali A, McKee M, Liu L, Mony P, Yusuf S. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. JAMA - Journal of the American Medical Association, 2013; 310(9), 959–968.

Cornelissen V. A, Smart N. A. Exercise Training for Blood Pressure : A Systematic Review and Meta- analysis. Journal of the American Heart Association, 2012; 1–9.

Çürük G. N, Bayındır S. K, Oğuzhan A. Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hasta ve Hasta Yakınlarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018; 27 (1).

Deniz Akan D, Dedeli Çaydam Ö, Çınar Pakyüz S. Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 2020; 23(2), 240–248.

Eddouks M, Hebi M, EL Bouhali B, Zeggwagh N. International Journal of Diabetology & Vascular Disease Research ISSN: 2328-353X Pathophysiologic Aspects of Hypertension Regulation of Arterial Blood Pressure. 2015; 3, 76–82.

Emre N, Edirne T, Özşahin A, Çoban N, Yanık A. The Relationship Between Adherence to Medication and Quality of Life and Health Perception in Hypertensive Patients. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2020; 14(3), 436–442.

Enç N, Yiğit Z, Oğuz S, Özer S, Şenuzun F. Kalp yetersizliği, akut koroner sendromlar, hipertansiyon hemşirelik bakım klavuzu, Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuz Yayınları, 2. Baskı, 2007, ISBN 9944-5914-0-8

Erci B, Avcı Aydın İ, Aylaz R, Çevirme A, Güngörmüş Z, Kılıç D, Tanrıverdi G, Hacıoğlu N, Adıbelli D, Bilgin S, Öztürk S, Yalçınöz Baysal H, Yıldız E. Halk Sağlığı Hemşireliği (Erci B, Ed.). 2. Basım. Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri. ISBN: 978-605-83928-6. 2016; s: 333 – 335.

Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Evaluation of Correlation Between Adherence to the Treatment of Hypertensive Patients and Their Life Quality. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 2018; 26(2), 79–92.

Erciyes Y. Hipertansiyonlu Hastalarda Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman Doç.Dr. S ÇINAR).

Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Sengül S, Ertürk S, Ulusoy S, Altun B, Arıcı M. Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey : SALTURK II. 2017; 1–10.

Erdem Y, Arıcı M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, Derici U, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar S. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Pressure*, 2010; 19(5), 313–318.

Excerpted from: Walker, S.N., & Hill-Polerecky, D.M. (1996). (1996). *Development*, 1987–1988.

Fernandez S, Chaplin W, Schoenthaler A. M, Ogedegbe G. Revision and validation of the medication adherence self-efficacy scale (MASES) in hypertensive African Americans. *Journal of Behavioral Medicine*, 2008; 31(6), 453–462.

Grim, C. M., Grim, C. E. Hypertension Primer : The Essentials of High Blood Pressure : basic science, population science and clinical management içinde Part C Clinical Management, Section I General Diagnostic Aspects. American Heart Association. 4th ed., Dallas, Texas: 2008; ss. 335–338.

Hacıhasanoğlu Aşıl R. Medication Adherence and Self-care Management in Hypertension. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016; 6(3), 151–159.

Hacıhasanoğlu Aşıl R, Gözüm S. Hypertensive Individuals' Use of Complementary Health Approaches and its Effect on Adherence with Antihypertensive Medication Treatment. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2017; 11(4), 235–244.

Hacıhasanoğlu R, Gözüm S. The Effect of Patient Education and Home Monitoring on Medication Compliance, Hypertension Management, Healthy Lifestyle Behaviours and BMI in a Primary Health Care Setting. *Journal of Clinical Nursing*, 2011; 20, 692–705

Hacıhasanoğlu R, Gözüm, S, Çapık C. Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg*, 2012; 12(8), 241.

Hair J. F, Black W. C, Babin B. J, Anderson R. E, Tatham R. L. *Multivariate Data Analysis*. Pearson Education Limited (UK). 2013.

Han H, Chan K, Song H, Nguyen T, Lee J.E, Kim T. M. Development and Evaluation of a Hypertension Knowledge Test for Korean Hypertensive Patients. 2011; 13(10).

He F. J, Li J, Macgregor G. A. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013 (4).

Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses' Association of Ontario. *Nursing Best Practice Guideline; Shaping the future of Nursing; Nursing Management of Hypertension*. 2005. Toronto, Canada.

İktimur B. Güncel Hipertansiyon içinde Yaşam Tarzı, Sigara ve Hipertansiyon. (Keleş İ. Ed.) EMA Tıp Kitabevi, 3.Baskı. İstanbul. 2015; ss. 24–27. [ISBN: 978-605-84699-4-5](#).

Ilgaz A, Özer Z. Hipertansiyonlu Bireylerde Egzersizin Kan Basıncına Etkisi : Sistemik Derleme Effect of Exercise on Blood Pressure in Hypertensive Individuals : A Systematic. *MN Kardiyoloji*, 2017; 31–41.

James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland D.T, LeFevre M.L, MacKenzie T.D, Ogedegbe O, Smith Jr S.C, Svetkey L.P, Taler S.J, Townsend R.R, Wright Jr J.T, Narva A.S, Ortiz E. The interpretation of 2014 evidence-based guidelines for the management of high blood pressure in adults. 2014; 53(4), 259–261.

Kara Söylemez, G. Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Hipertansiyon Bakımını Değerlendirmeleri ile Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumlari Arasındaki İlişki. Erzincan Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2018. Erzincan (Danışman: Prof. Dr. R Hacıhasanoğlu Aşılar).

Karaaslan D, Ural D, Altun B. Prevalence of Hypertension and Blood Pressure Data in Turkey: Systematic Review, Meta-analysis and Meta-regression of Epidemiological Studies on Cardiovascular Risk Factors. Turk Kardiyoloji Dernegi Arsivi - Turk Kardiyoloji Derneginin Yayin Organidir. 2018; 46(7), 525–545.

Karadağ N. Güncel Hipertansiyon içinde Antihipertansif İlaçlar. (Keleş İ, Ed). EMA Tıp Kitabevi, 3. Baskı. İstanbul. 2015; s: 47–54. [ISBN: 978-605-84699-4-5](#).

Karakuş Açıkgoz G. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumlari Arasındaki İlişki. Mersin Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2014. Mersin (Danışman: Doç. Dr. M Altıok).

Katsi V, Kallistratos M. S, Kontoangelos K, Sakkas P, Souliotis K, Tsioufis C, Nihoyannopoulos P, Papadimitriou G.N, Tousoulis D. Arterial hypertension and health-related quality of life. Frontiers in Psychiatry, 8(DEC), 2017; s: 1–7.

Keleş İ. Güncel Hipertansiyon içinde Beyaz Önlük Hipertansiyonu. (Keleş İ, Ed). EMA Tıp Kitabevi, 3. Baskı. İstanbul. 2015; s: 224–229. [ISBN: 978-605-84699-4-5](#).

Kemppainen J, Bomar P. J, Kikuchi K, Kanematsu Y, Ambo H, Noguchi K. Health promotion behaviors of residents with hypertension inIwate, Japan and North Carolina, USA. 2011; s: 20–32.

Kes D. Predictors of Blood Pressure Control and Medication Adherence among Primary Hypertensive Patients. 2019; 12(1), s: 483–491.

Kılıçkiran Avcı B. Güncel Hipertansiyon içinde Hipertansiyonda Kombinasyon Tedavisi. (Keleş İ, Ed). EMA Tıp Kitabevi, 3. Baskı. İstanbul. 2015; s: 55–60. [ISBN: 978-605-84699-4-5](#).

Kolcu M, Ergün A. Yaşlılarda Hipertansiyon. Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2017; 1(1), 17–23.

Koruk E. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Tedaviye Uyumu ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi. Yüksek Lisans Tezi. 2019. Aydın. (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi N Erdem)

Kotchen T.A, Kotchen J.M. Lifestyle Modifications. İçinde Hypertension Primer: The Essentials of High Blood Pressure : Basic Science, Population Science and Clinical Management. 4th, Dallas, Texas: American Heart Association. 2008; s: 406–410.

L.Joseph I.J, Domenic A.S, Black H.R. Hypertension primer : the essentials of high blood pressure : basic science, population science, and clinical management. 4th, Dallas, Texas: American Heart Association. 2008.

Li J, Yu J, Chen X, Quan X, Zhou L. Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China. 2018.

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, Christiaens T, Cifkova R, De Backer G, Dominiczak A, Galderisi M, Grobbee D.E, Jaarsma T, (İsveç), Kirchhof P, Kjeldsen S.E, Laurent S, Manolis A.J, Nilsson P.N, Ruilope L.M, Schmieder R.E, Sirnes P.A, Sleight P, Viigimaa M, Waeber B, Zannad, F. 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, 2013; 31(7), 1281–1357.

Mert H. A multidisciplinary special study module research: treatment compliance of patients with hypertension. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2014; 15(1), 7–12.

Morisky D. E, Ang A, Krousel-wood M, Ward H. J. Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2008; 10(5).

Muntner P, Shimbo D, Carey R.M, Charleston J.B, Gaillard T, Misra S, Myers M.G, Ogedegbe G, Schwartz J.E, Townsend R.R, Urbina E.M, Viera A.J, White W.B.Wright, J. T. Measurement of blood pressure in humans: A scientific statement from the american heart association. İçinde *Hypertension* 2019; (C. 73).

Nejati S, Zahiroddin A, Afrookhteh G, Rahmani S, Hoveida S. Effect of group mindfulness-based stress-reduction program and conscious yoga on lifestyle, coping strategies, and systolic and diastolic blood pressures in patients with hypertension. *Journal of Tehran University Heart Center*, 2015; 10(3), 140–148.

Neter J. E, Stam B. E, Kok F. J, Grobbee D. E, Geleijnse J. M. Influence of Weight Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension*, 2003; 42(5), 878–884.

NHLBI. DASH Eating Plan. 2019. Tarihinde 18 Şubat 2020, adresinden erişildi National Heart, Lung and Blood Institute website: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/dash-eating-plan>.

Odusola A. O, Nelissen H, Hendriks M, Schultsz C, Wit F, Bolarinwa O. A, Akande T, Agyemang C, Ogedegbe G, Agbede K, Adenusi P, Osibogun A, Stronks K, Haafkens J. How Group-Based Cardiovascular Health Education Affects Treatment Adherence and Blood Pressure Control among Insured Hypertensive Nigerians: A Pre-Test, Post-Test Study. *World Journal of Cardiovascular Diseases*, 2015; 05(07), 181–198.

Ogedegbe G, Mancuso C. A, Allegrante J. P, Charlson M. E. Development and evaluation of a medication adherence self-efficacy scale in hypertensive African-American patients. *Journal of clinical epidemiology*, 56(6), 2003; 520–529.

Omar T. B, Mutlu H. Güncel Hipertansiyon içinde Kan Basıncı Ölçümü ve Ölçüm Metodları. (Keleş İ, Ed). EMA Tıp Kitabevi, 3. Baskı. İstanbul. 2015; s: 18–23. [ISBN: 978-605-84699-4-5](#).

Onat A, Can G. Erişkinlerimizde Kalp Hastalıkları Prevalansı, Yeni Koroner Olaylar ve Kalpten Ölüm Sıklığı. Adresinden erişildi: <http://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf>

Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Erginel Ünaltuna N, Kaya A, Altay S. TEKHARF 2017: Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. Logos Yayıncılık. İstanbul. 2017. ISBN: 978-975-349-081-8.

Onat A, Şenocak M, Ender Ö, Gözükara Y, Şurdum-Avcı G, Karaaslan Y, Özışık U, İşler M, Taşkın V, Tabak F, Öz Ö, Özcan R. Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması : 5. Hipertansiyon ve Sigara İçimi. Türk Kardiyoloji Derneği, 1991.

Özkan Ö. P, Büyükünäl S. K, Yiğit Z, İnci Y, Şakar F. Ş, Ersü D. Ö. Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Almış Hastaların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2019; 12(1), 22–31.

Pi-Sunyer F. X, Kokkoris P. Hipertansiyon, Braunwald’ın Kalp Hastalıkları Ek Kitabı içinde Hipertansiyonda Obezite. (Ed. Erol Ç.) Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara. 2009. s: 370–383.

Pickering T. G. Hypertension Primer: The Essentials of High Blood Pessure: basic science population science and clinical management içinde Section III Lifestyle Factors and Blood Pressure . American Heart Association. 4th ed., Dallas, Texas: 2008; ss: 289–291.

Pickering T. G. Hipertansiyon, Braunwald’ın Kalp Hastalıkları Ek Kitabı içinde Evde Kan Basıncı Takibi (Ed. Erol Ç.) Güneş Tıp Kitabevleri. Ankara. 2009. S: 69–84.

Piper M, Evans C, Burda B, Smith N. Screening for High Blood Pressure in Adults: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services. 2014.

Qu Z, Parry M, Liu F, Wen X, Li J, Zhang Y, Wang D, Li X. Self-management and blood pressure control in China: A community-based multicentre cross-sectional study. BMJ Open, 2019; 9(3), 1–11.

Rainforth M. V, Schneider R. H, Nidich S. I, Gaylord-King C, Salerno J. W, Anderson J. W. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: A systematic review and meta-analysis. *Current Hypertension Reports*, 2007, 9(6), 520–528.

Reboussin D. M, Allen N. B, Griswold M. E, Guallar E, Hong Y, Lackland D. T, Miller E, Polonsky T, Thompson-Paul A. M, Vupputuri S. Systematic review for the 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2018;71:2176–98.

Rubattu S, Pagliaro B, Pierelli G, Santolamazza C, Di Castro S, Mennuni S, Volpe M. Pathogenesis of target organ damage in hypertension: Role of mitochondrial oxidative stress. *International Journal of Molecular Sciences*, 2015; 16(1), 823–839.

Rudd P, Houston-Miller N, Kaufman J, Kraemer H, Greenwald G, Debusk R. Nurse Management for Hypertension. *American Journal of Hypertension*, 2004; 17(10), 921–927.

Saffari M, Zeidi I. M, Fridlund B, Chen H, Pakpour A. H. A Persian Adaptation of Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES) in Hypertensive Patients: Psychometric Properties and Factor Structure. *High Blood Pressure and Cardiovascular Prevention*, 2015; 22(3), 247–255.

Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N, Karsidag K, Genc S, Telci A, Canbaz B, Turker F, Yilmaz T, Cakir B, Tuomilehto J. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European Journal of Epidemiology*, 2013; 28(2), 169–180.

Sawicka K, Szczyrek M, Jastrzębska I, Prasał M, Zwolak A, Daniluk J. Hypertension—The Silent Killer. 2011; 5(2), 43–46.

Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, Karatan O, Turgan Ç, Hasanoğlu E, Caglar S, Erturk S. Changes in hypertension prevalence, awareness,

treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of Hypertension*, 34(6), 2016; 1208–1217.

Sheppard J. P, Burt J, Lown M, Temple E, Lowe R, Fraser R, Allen J, Ford G. A, Henegan C, Hobbs F.D.R, Jowett S, Kodabuckus S, Little P, Mant J, Mollison J, Payne R.A, Williams M, Yu L.M, McManus R.J. Effect of Antihypertensive Medication Reduction vs Usual Care on Short-term Blood Pressure Control in Patients with Hypertension Aged 80 Years and Older: The OPTIMISE Randomized Clinical Trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 2020; 323(20), 2039–2051.

Siboni F. S, Alimoradi Z, Atashi V. Health-Promoting Lifestyle: A Considerable Contributing Factor to Quality of Life in Patients With Hypertension. 2018; 15(2), 191–199.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. 2014; s. 91-504.

T.C. Sağlık Bakanlığı. Hipertansiyon Klinik Protokolü. Ankara, Türkiye: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. 2020.

Tas F, Buyukbese M. Hypertension Awareness and Role of the Nurse. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013; 12(6), 729.

Teke N. Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyon Tanılı Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri. Selçuk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Konya. 2016. (Danışman: Yrd. Doç. Dr. S Arslan).

TEMED Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2019. İçinde BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti.

Teshome D. F, Demssie A. F, Zeleke B. M. Determinants of blood pressure control amongst hypertensive patients in Northwest Ethiopia. *PLoS ONE*. 2018.

Tsadik D. G, Berhane Y, Worku A. Adherence to antihypertensive treatment and associated factors in central Ethiopia. *International Journal of Hypertension*, 2020; 10–13.

Tümer A, Subaşı Baybuğa M, Dereli F, Demir Uysal D. The Compliance Level of Treatment of Hypertensive Patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2016; 7(13), 105–113.

Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı. Ankara. 2018; s: 33.

Uzun Ş, Kara B, Yokuşoğlu M, Arslan F, Yılmaz M. B, Karaeren H. The assessment of adherence of hypertensive individuals to treatment and lifestyle change recommendations Hipertansiyonlu bireylerin tedavi ve yaşam biçimi değişimine uyumlarının değerlendirilmesi. 2009; 102–109. Adresinden erişildi: www.anakarder.com

Vatansever Ö, Ünsar S. Determination Of Medical Treatment Adherence, Self-Efficacy Levels Of Patients With Essential Hypertension And Affecting Factors. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2014; 5(2), 66–74.

Viera A. J, Neutze D. M. Diagnosis of secondary hypertension: An age-based approach. *American Family Physician*, 2010; 82(12), 1471–1478.

Weber M. A, Schiffrin E. L, White W. B, Mann S, Lindholm L. H, Kenerson J. G, Flack J. M, Carter B. L, Materson B. J, Ram C.V.S, Cohen D. L, Cadet J. C, Jean-Charles R. R, Taler S, Kountz D, Townsend R. R, Chalmers J, Ramirez A. J, Bakris, G. L, Wang J, Schutte A. E, Bisognano J. D, Touyz R. M, Sica D, Harrap S. B. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Comm. *Journal of Clinical Hypertension*, 2014; 16(1), 14–26.

Whelton P.K, Carey R.M, Aronow W.S, Casey D.E Jr, Collins K.J, Dennison Himmelfarb C, DePalma S.M, Gidding S, Jamerson K.A, Jones D.W, MacLaughlin E.J, Muntner P, Ovbiagele B, Smith S.C Jr, Spencer C.C, Stafford R.S, Taler S.J, Thomas R.J, Williams K.A Sr, Williamson J.D, Wright J.T Jr. 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. J Am Coll Cardiol 2018;71:2199–269.

WHO. Adherence To Long - Term Therapies, Evidence For Action. World Health Organization, 2003; 1–211.

WHO. World Health Organization, Cardiovascular disease. 2019a; Adresinden erişildi https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/

WHO. World Health Organization/ Home/ Newsroom/ Fact sheets/ Detail/ Hypertension. 2019b; Adresinden erişildi <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.

WHO Salt Reduction. 30.01.2020 tarihinde, adresinden erişildi <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement D. Coca A, De Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen S, Kreutz R, Laurent S, Lip G. Y.H, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder R, Shlyakhto E, Tsioufis K, Aboyans V, Desormais I. 2018 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC). İçinde *Blood Pressure* (C. 27).

Wohlfahrta P, Cifkova R, Krajcoviechova A, Sulc P, Bruthans J, Linhart A, Filipovsky J, Mayer O, Widimsky J. Comparison of three office blood pressure measurement techniques and their effect on hypertension prevalence in the general population. 2020; 38(4), 656–662.

World Health Organization. A global brief on Hyper - tension World Health Day. World Health Organization, 2013; 1–40.

World Health Organization. World Health Organization, Global Health Observatory (GHO) data, blood pressure. 2015. 18. 06. 2019 tarihinde, adresinden erişildi https://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/en/

Xin X, He J, Frontini M. G, Ogden L. G, Motsamai O. I, Whelton P. K. Effects of alcohol reduction on blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension.2001.

Yılmaz C. K. Yaşlı bireylerin yaşlılığa uyum düzeyi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi Evaluation of the relationship between older people ' s adaptation to old age and healthy life style behaviors : A descriptive study. 2020; 13(3), 305–317.

Zhou B, Bentham J, Di Cesare M, Bixby H, Danaei G, Cowan M. J, ... Eggertsen, R. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19·1 million participants. The Lancet, 2017; 389(10064), 37–55.

Zungur M, Yıldız A. Hipertansif Hastaya Yaklaşım. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2004; cilt 13, sayı 8 ss: 297–304.

EKLER

EK 1. Hasta Bilgilendirme ve Onam Formu

Bu çalışma antihipertansif tedavi alan hipertansiyon tanılı bireylerin kan basıncı kontrol düzeylerinin belirlenmesi ve tedaviye uyumu gösteren faktörlerin (yaşam biçimi davranışları, ilaç uyumu, kontrole gitme sıklığı vs.) kan basıncı kontrolü üzerindeki etkisini ortaya çıkarmak amacıyla yapılmaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar kimlik bilgileriniz tamamen gizli tutularak sadece bilimsel amaçla Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans tez çalışmasında sunulacak ve bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır, katılımınız bilime katkı sağlayacaktır. Tedaviye uyumun en iyi şekilde değerlendirilebilmesi için tüm anket sorularının eksiksiz bir şekilde yanıtlanması çok önemlidir.

Sude GENÇTÜRK

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

Yukarıda bulunan açıklamayı araştırma öncesinde okudum. Araştırmaya katılmayı kendi rızam ile kabul ediyorum. Elde edilen sonuçların adımın saklı tutularak ulusal ve uluslararası kullanımına, sunumuna ve bilimsel dergilerde yayınlanmasına izin veriyorum.

Ayırdığınız zaman için şimdiden teşekkür ederim.

Tarih:

Katılımcının

Adı Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Araştırmacının

Adı Soyadı: Sude GENÇTÜRK

İmzası:

EK 2. Kan Basıncı Takip Formu

Kan Basıncı takip kartı ve ölçüm cihazı:	Verildi ☐	Teslim alındı ☐
Ofis Kan Basıncı Ölçüm Değerleri		
1. Ölçüm:		
2. Ölçüm:		
3. Ölçüm		
Evde Kan Basıncı Ölçüm Değerleri	Sabah	Akşam
1. Gün:		
2. Gün:		
3. Gün		

EK 3. Hasta Tanıtım Formu

1.Yaş/ Doğum Yılı:		
2. Boy:	Kilo:	BKİ:
3.Cinsiyet:	1. ☐ Kadın	2. ☐ Erkek
4.Çalışma durumu:	1. ☐ Çalışıyor	2. ☐ Çalışmıyor
5. Eğitim durumunuz (En son bitirdiğiniz okul):		
1. ☐ Okur- yazar değil	2. ☐ Okuryazar	
3. ☐ İlkokul mezunu	4. ☐ Ortaokul mezunu	
5. ☐ Lise mezunu	6. ☐ Meslek Yüksekokulu mezunu	
7. ☐ Üniversite/ Yüksekokul mezunu	8. ☐ Lisansüstü mezunu	
6. Ne kadar süredir yüksek tansiyon hastalığınız var?		
1. ☐ 5 yıl altı	2. ☐ 5- 10 yıl	3. ☐ 10 yıl üzeri
7. Hipertansiyona ek başka kronik hastalığınız var mı?		
1. ☐ Evet	2. ☐ Hayır	
Cevabınız evet ise hastalığınızı yazın.....		
8. Tansiyon aletiniz var mı?		
1. ☐ Evet	2. ☐ Hayır	
9. Tansiyonunuzu hangi pozisyonda ve nasıl ölçmeniz gerektiğini biliyor musunuz?		
1. ☐ Evet	2. ☐ Hayır	
10. Tansiyonunuzu ne sıklıkla ölçer veya ölçtürsünüz?		
1. ☐ Her gün	2. ☐ Haftada 1	3. ☐ Ayda 1
4. ☐ Rahatsızlandıkça	5. ☐ Hiç	
11. Kan basıncının normal sınırlarını biliyor musunuz?		
1. ☐ Evet	2. ☐ Hayır	
Sizce normal kan basıncı değeri hangi değerde olmalı?		
1. ☐ 140/ 90 mm Hg'nın altında		
2. ☐ 140/ 90 mm Hg'nın üzerinde		
12. Hipertansiyon için kaç ilaç kullanıyorsunuz?		
1. ☐ 1 adet	2. ☐ 2 adet	3. ☐ 3 adet
13. Kullandığınız ilaçların adı ve dozu nedir?		
Adı	/	Dozu
1		
2		
3		

14. Tedaviniz sürecinde ilaç dozunda değişiklik yapıldı mı? 1. ☐ Hayır 2. ☐ Arttırıldı 3. ☐ Azaltıldı Neden?.....		
15. Hipertansiyon kontrolü için ne sıklıkla kontrole gidiyorsunuz? 1. ☐ Ayda 1 kez 2. ☐ 3 Ayda 1 kez 3. ☐ 6 Ayda 1 kez 4. ☐ Yılda 1 kez 5. ☐ Hiç, Kontrole gitmememe nedeniniz nedir?.....		
16. Sigara kullanıyor musunuz? 1. ☐ Evet Evet ise miktarı.....paket/ gün yıldır 2. ☐ Hayır 3. ☐ Bıraktım		
17. Alkol kullanıyor musunuz? 1. ☐ Evet Evet ise miktarı..... adet/ gün.....yıldır 2. ☐ Hayır 3. ☐ Bıraktım		
18. Hipertansiyonda ilaç tedavisi hakkında eğitim/ bilgilendirme aldınız mı? 1. ☐ Hayır 2. ☐ Evet Cevabınız evet ise kimden? 1. ☐ Hekim 2. ☐ Hemşire 3. ☐ Eczacı		
19. Aşağıdaki sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında;	Öneri aldınız mı?	Uyum sağladınız mı?
Sigara Bırakma	Evet / Hayır	Evet / Hayır
Tuz kısıtlaması yapma	Evet / Hayır	Evet / Hayır
Sağlıklı beslenme ilkelerine uyma	Evet / Hayır	Evet / Hayır
Kilo verme	Evet / Hayır	Evet / Hayır
Düzenli egzersize başlamak		
ya da daha fazla yapmak	Evet / Hayır	Evet / Hayır
Stres yönetimi	Evet / Hayır	Evet / Hayır
20. Yükselmiş kan basıncınız için herhangi bir bitkisel veya geleneksel yöntem kullanıyor musunuz?		

EK 4. İlaç Tedavisine Uyum/ Bağlılık Öz- Etkililik Ölçeği Kısa Formu

Tansiyon ilaçlarınızı her zaman alabileceğinizden ne kadar emin olabilirsiniz?

	Hiç Emin Değilim	Biraz Eminim	Eminim	Çok Eminim
1. Evde meşgul olduğunuzda	1	2	3	4
2. Size hatırlatacak birisi olmadığında	1	2	3	4
3. Yaşamınız boyunca ilaç kullanmanız gerektiği konusunda endişelendiğinizde	1	2	3	4
4. Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde	1	2	3	4
5. Ailenizle beraber olduğunuzda	1	2	3	4
6. Ev dışı sosyal ortamlarda bulunduğunuzda	1	2	3	4
7. Öğünler arasında almanız gerektiğinde	1	2	3	4
8. Seyahatlerde	1	2	3	4
9. Günde birden fazla almanız gerektiğinde	1	2	3	4
10. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde	1	2	3	4
11. Kendinizi iyi hissettiğinizde	1	2	3	4
12. Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda	1	2	3	4
13. Aşağıdaki işlemi her zaman yapabileceğinizden ne kadar emin olabilirsiniz? İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağınızdan	1	2	3	4

EK 5. 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.	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
<i>SAĞLIK SORUMLULUĞU</i>				
1.Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım	1	2	3	4
2.Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	1	2	3	4
3.Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım	1	2	3	4
4.Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
5.Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
6.Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	1	2	3	4
7.Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
8.Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	1	2	3	4
9.Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	1	2	3	4
<i>FİZİKSEL AKTİVİTE</i>				
10.Düzenli bir egzersiz programı yaparım	1	2	3	4
11.Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	1	2	3	4
12.Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm	1	2	3	4
13.Boş zamanlarımda yüzmeye, dans etmeye, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım	1	2	3	4
14.Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	1	2	3	4
15.Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	1	2	3	4
16.Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	1	2	3	4
17.Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	1	2	3	4

BESLENME				
18.Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim	1	2	3	4
19.Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	1	2	3	4
20.Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim	1	2	3	4
21.Her gün 2-4 öğün meyve yerim	1	2	3	4
22.Her gün 3-5 öğün sebze yerim	1	2	3	4
23.Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	1	2	3	4
24.Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	1	2	3	4
25.Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	1	2	3	4
26.Kahvaltı yaparım	1	2	3	4
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER				
27.Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım	1	2	3	4
28.İnsanları başarıları için takdir ederim	1	2	3	4
29.İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm	1	2	3	4
30.Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	1	2	3	4
31.Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	1	2	3	4
32.Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	1	2	3	4
33.Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	1	2	3	4
34.Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	1	2	3	4
35.Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	1	2	3	4
STRES YÖNETİMİ				
36.Yeterince uyurum	1	2	3	4
37.Her gün rahatlamak için zaman ayırırım	1	2	3	4
38.Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim	1	2	3	4
39.Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	1	2	3	4
40.Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	1	2	3	4
41.İş ve eğlence zamanımı dengelerim	1	2	3	4
42.Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	1	2	3	4
43.Yorulmaktan kendimi korurum	1	2	3	4

EK 6. Klinik Araştırmalar Etik Kurul İzni



**T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu**

28.../07/2019

Sayı : 70904504/339
Konu :

Sayın
Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz,
“Hipertansiyon tanısı olan bireylerde kan basıncının kontrol altında olma sıklığı ve ilişkili
faktörler” adlı çalışmaya ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Ek: Etik Kurul Kararı

Adres : Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat ANTALYA
Tel : (242)249 69 54
Faks : (242) 249 69 03
e-posta : etik@akdeniz.edu.tr

EK 7. İl Sağlık Müdürlüğü İzni

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hipertansiyon tanısı olan bireylerde kan basıncının kontrol altında olma sıklığı ve ilişkili faktörler
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 682	Tarih: 10.07.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

EK 7. İl Sağlık Müdürlüğü İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 19/09/2019-E.119740



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı



Sayı : 50913635-799-E.119740
Konu : Sude GENÇTÜRK'ün Tez Çalışması

19/09/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü'nün, Enstitünüz Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sude GENÇTÜRK'ün "Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerde Kan Basıncının Kontrol Atında Olma Sıklığı ve İlişkili Faktörler" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Kişisel verilerin Korunması Kanunu'nun hasta mahremiyetinin korunması ve gizliliğine yönelik ilgili maddelerinin dikkate alınarak ilgili Aile Sağlığı Merkezinde yapabilmesinin uygun görüldüğüne ilişkin 16.09.2019 tarih 341 sayılı yazısı Ek'te gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır

Prof.Dr. Ahmet ÖGKE
Rektör Yardımcısı

Ek:

- 1- Antalya İl Sağlık Müd.'nün yazısı
- 2- Komisyon Kararı

Adres: Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü Kampüsü / Antalya
Telefon: 0242 227 44 00 / 0242 242 100 15 09
e-Posta: iletisim@akdeniz.edu.tr Elektronik Ajr: <http://adib.akdeniz.edu.tr>

Bilgi için: Arzu Etiler
Ünvanı: Bilgi İşleri Uzmanı
Tel No: 2422274480 (1334)

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa E. Maddeye göre belge gözetim elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
ANTALYA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 83299781-799
Konu : Sude GENÇTÜRK'ün Tez Çalışması

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 21/08/2019 tarihli ve 12394646-50913635-302.14.03.04.01-E.24191 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden, Müdürlüğümüzün 18.05.2018 tarih ve 69174694 sayılı oluru ile oluşturulan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde 13.09.2019 tarihinde toplanmış ve söz konusu çalışma yapılırken **Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun** hasta mahremiyetinin korunması ve gizliliğe yönelik ilgili maddeleri dikkate alınarak "Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerde Kan Basıncının Kontrol Altında Olma Sıklığı ve İlişkili Faktörler" konulu bilimsel çalışmanın yapılması onay kararı oy birliği ile alınmış olup, Komisyon Onayı ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hacer NUR YÜCE
Başkan

Ek: Sude GENÇTÜRK Komisyon Onayı

KOMİSYON KARARI

Müdürlük Makamı'nın 18.05.2018 tarih ve 69174694 sayılı oluru ile oluşturulan "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Çalışmalarını Değerlendirme Komisyonu" Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde 13.09.2019 tarihinde toplanmış ve söz konusu çalışma yapılırken Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'nun hasta hakkı emiyetinin korunması ve gizliliğine yönelik ilgili maddelerinin dikkate alınarak ilgili Aile Sağlığı Merkezinde "Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerde Kan Basıncının Kontrol Altında Olma Sıklığı ve İlgili Faktörler" konulu bilimsel çalışmanın yapılması onay kararı, oy birliği ile alınmıştır.

1- Prof.Dr. Sebahat GÖZÜM (Yardımcı araştırmacı Sude GEN, TÜRK)

EK 8. İlaç Tedavisine Bağlılık/ Uyum Öz Etkililik Kısa Formu Ölçek Kullanım İzni



Sude Gencturk

Sayın Prof. Dr. Sebahat GÖZÜM Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi

13:05 (1 saat önce)



Sebahat GOZUM

Alıcı: ben

13:15 (54 dakika önce)



Sevgili Sude,

tez çalışmada "İlaç Uyum Öz- Etkililik Ölçeği Kısa Formu"nu kullanmana izin veriyorum.

Yararlı olması dileğiyle,

*Prof.Dr.Sebahat Gözüm
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı
Antalya*

Kimden: Sude Gencturk

Gönderildi: 01 Temmuz 2019 Pazartesi 13:05

Kime: Sebahat GOZUM

Konu: Ölçek Kullanım İzni

EK 9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Kullanım İzni

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II - Kullanım İzni

Gelen Kutusu x

Sude Genc Turk 26 Haziran Çar 17:57 (21 saat önce) ☆

Sayın Prof. Dr. Zühal BAHAR; Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi

Zuhal Bahar 11:36 (3 saat önce) ☆ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

Sayın Genc Turk,
Ölçeğimizi çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Kolay gelsin,sevgiler
Zuhal Bahar

iPhone'umdan gönderildi

Sude Genc Turk [Redacted] şunları yazdı (26 Haz 2019 17:57):

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Sude	Uyruğu	T.C.
Soyadı	GENÇTÜRK	Tel no	
Doğum tarihi		e-posta	

Eğitim Bilgileri

Mezun olduğu kurum		Mezuniyet yılı
Lise	Konyaaltı Anadolu Lisesi	2013
Lisans	Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2018
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği	

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Hemşire	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2020-..

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	Yök- Dil Sağlık Bilimleri	62,50