



**T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARDA KARDİYOVASKÜLER
HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE TEDAVİYE UYUMUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ülkü Nur KARAKUŞ

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR**

AKSARAY-2023



**T.C.
AKSARAY ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARDA KARDİYOVASKÜLER
HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE TEDAVİYE UYUMUN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Ülkü Nur KARAKUŞ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR

AKSARAY-2023

ONAY SAYFASI

Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Ülkü Nur KARAKUŞ tarafından savunulan hipertansiyonu olan hastalarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi isimli çalışma, jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

İmza

Jüri Başkanı: Doç. Dr. Emine KARAMAN

Ege Üniversitesi

Onaylıyorum

☐

Onaylamıyorum

☐

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Kadriye Sayın KASAR

Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum

☐

Onaylamıyorum

☐

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Üye: Doç. Dr. Cemile KÜTMEÇ YILMAZ

Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum

☐

Onaylamıyorum

☐

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Üye:

Aksaray Üniversitesi

Onaylıyorum

☐

Onaylamıyorum

☐

Bu tez, Aksaray Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Sevilay USLU DİVANOĞLU

Enstitü Müdürü V.

DOĞRULUK BEYANI

Hipertansiyonu olan hastalarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi başlıklı yüksek lisans tezinin içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm. Beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara katlanacağımı bildiririm.

Ülkü Nur KARAKUŞ

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi sürecimde ve bu araştırmanın her aşamasında bilgi ve tecrübesi ile bana yol gösteren, desteğini ve yardımını esirgemeyen kıymetli hocam Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR'a

Çalışmamı Niğde Çamardı Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmesine izin veren Niğde İl Sağlık Müdürlüğü'ne ve Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan hekimlere,

Çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü hastalarımıza,

Çalışmamı yürüttüğüm Aile Sağlığı Merkezinde görev yapan meslektaşlarıma,

Eğitim süresince beni destekleyen ve sabır gösteren, hayatımın her aşamasında yanımda olan, sevgi ve sabırla bana yol gösteren, eğitim hayatımı destekleyen babam Fahrettin KARAKUŞ, annem Serpil KARAKUŞ, kardeşlerim Kürşat Kaan KARAKUŞ ve Ravza Hilal KARAKUŞ'a

Yollarımızı tezimin son aşamasında birleştirsek de daha gidecek çok yolumuz olan, varlığıyla bana güç veren, desteğini ve sevgisini benden eksik etmeyen yol arkadaşım Ahmet KARATAŞ'a teşekkürlerimi sunarım.

Ülkü Nur KARAKUŞ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Hipertansiyon.....	4
2.1.1. Hipertansiyonun tanımı.....	4
2.1.2. Hipertansiyonun epidemiyolojisi.....	4
2.1.3. Hipertansiyonun etiyolojisi.....	5
2.1.4. Hipertansiyonun sınıflandırılması.....	6
2.1.5. Hipertansiyon risk faktörleri.....	7
2.1.6. Hipertansiyon belirti ve bulguları.....	9
2.1.7. Hipertansiyon komplikasyonları.....	9
2.1.8. Hipertansiyon tanısı.....	10
2.1.9. Hipertansiyon tedavisi.....	12
2.1.10. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü.....	15
2.2. Tedaviye Uyum.....	16
2.2.1. Hipertansiyonda tedaviye uyum.....	16
2.2.2. Tedaviye uyumda hemşirenin rolü.....	17
2.3. Kardiyovasküler Risk.....	18
2.3.1. Kardiyovasküler risk tanımı.....	18
2.3.2. Hipertansiyon hastalarında kardiyovasküler risk.....	19
2.3.3. Kardiyovasküler risk tanılamada hemşirenin rolü.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.3.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri.....	22
3.3.2. Araştırmanın dışlanma kriterleri.....	22
3.4. Veri Toplama Araçları.....	22
3.4.1. Kişisel bilgi formu.....	23
3.4.2. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği.....	23
3.4.3. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği.....	24
3.5. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması.....	25
3.6. Verilerin Değerlendirmesi.....	25
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	26

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	26
4.BULGULAR.....	27
4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri.....	27
4.2. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	31
4.3. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulgular.....	41
4.4. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği ile Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği arasındaki Korelasyon Analiz	50
5.TARTIŞMA.....	53
5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	53
5.2. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Kardiyovasküler Risk Farkındalığına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	55
5.3. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	59
5.4. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği İle Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması.....	64
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
6.1. Sonuç.....	65
6.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar.....	65
6.1.2. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Kardiyovasküler Risk Farkındalığına İlişkin Sonuçlar.....	65
6.1.3. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Sonuçlar.....	66
6.1.4. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği İle Hill-Bone İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkinin Sonuçları.....	67
6.2. Öneriler.....	67
7.KAYNAKLAR.....	68
EKLER.....	77
EK-1 Etik Kurul Onay Formu.....	77
EK-2 Tez Öneri Kabul Formu.....	78
EK-3 Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Başvurusu İzni.....	79
EK-4 Kurum İzni.....	80
EK-5 Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzin Mili.....	81
EK-6 Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Kullanım İzin Mili.....	82
EK-7 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	83
EK-8 Kişisel Bilgi Formu.....	84

EK-9 Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği.....	87
EK-10 Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği.....	93
ÖZGEÇMİŞ.....	94



YÜKSEK LİSANS TEZİ

HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARDA KARDİYOVASKÜLER HASTALIK RİSK FARKINDALIĞI VE TEDAVİYE UYUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ülkü Nur KARAKUŞ

Aksaray Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İç Hastalığı Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR

ÖZET

Bu araştırma; hipertansiyonu olan hastalarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ve tedaviye uyumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, Nisan – Ağustos 2022 tarihleri arasında Niğde Çamardı Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş ve üzeri, araştırma dâhil edilme kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 412 hipertansiyon hastası ile yürütülmüştür. Araştırma verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ)” ve “Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ)” ile yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; normal dağılımın sağlanmadığı durumlarda, Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi, normal dağılım sağlandığında ise Anova test ve ölçekler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Sperman's rho analizi kullanılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $52,56 \pm 11,43$ olup, %67,96'sı kadındır. Çalışmaya katılan hipertansiyon hastalarının KHRFDÖ puan ortalaması $33,35 \pm 7,27$; HBHTUÖ puan ortalaması $18,35 \pm 8,43$ olup, KHRFDÖ ve HBHTUÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($r=0,06$; $p=0,22$). Katılımcıların alkol kullanma ve egzersiz yapma durumu hipertansiyon hastası olma süresi, birinci derece akrabalarında kardiyovasküler hastalık bulunması ve açlık plazma glukozunun KHRFDÖ toplam puanlarını etkilediği; gelir durumu, yemeklerde tuz kullanımı ve ilaç kullanma düzeninin HBHTUÖ toplam puanlarını etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$). Katılımcıların eğitim durumu, mesleği ve kullandıkları ilaç sayısı ise KHRFDÖ ve HBHTUÖ puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma sonucunda hipertansiyonu olan bireylerin kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ile tedaviye uyumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü olduğundan kardiyovasküler riskler konusunda hastaların farkındalığının oluşturulması için eğitimlerin yapılmasının hem farkındalığı arttıracak hem de tedaviye uyumu etkileyeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Hemşirelik, Kardiyoasküler Risk Farkındalığı, Tedaviye Uyum

Haziran, 2023; 94 sayfa

M.Sc. THESIS

**EVALUATION OF CARDIOVASCULAR DISEASE RISK AWARENESS
AND COMPLIANCE WITH TREATMENT IN PATIENTS WITH
HYPERTENSION**

Ülkü Nur KARAKUŞ

Aksaray University

Health Sciences Institute

Department of Internal Medicine Nursing

Supervisor: Doç. Dr. Kadriye SAYIN KASAR

ABSTRACT

This research aims to study and evaluate cardiovascular disease risk awareness and patients' compliance to treatment with hypertension. This descriptive and cross-sectional study was conducted with 412 hypertension patients aged 18 years and older, who met the inclusion criteria and accepted to participate in the study, who applied to Niğde Çamardı Family Health Center between April 2022 and August 2022. Research data were collected through face-to-face interviews, Personal Information Form, Cardiovascular Disease Risk Awareness Assessment Questionnaire (ABCD), and Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale (HBTS). In the evaluation of the data; the Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used in cases where normal distribution was not provided, and Anova test was used when normal distribution was provided, and Sperman's Rho analysis was used to evaluate the relationship between the scales. The mean age of the individuals who are participating in the study was 52.56 ± 11.43 , and 67.96% of them were women. The mean ABCD score of the hypertension patients participating in the study was 33.35 ± 7.27 ; The mean score of HBTS was 18.35 ± 8.43 , and no statistically significant correlation was found between the mean scores ABCD and HBTS ($r=0,06$; $p=0,22$). It was found that the alcohol use of participants, exercise status, the duration of hypertension, the presence of cardiovascular disease in first-degree relatives, and fasting plasma glucose affected the total scores of ABCD. On the other hand income status, salt use in meals, and drug use patterns affected the total scores of HBTS ($p<0.05$). Besides all these, educational status, profession and the number of medications used by the participants affected the mean scores of ABCD and HBTS ($p<0.05$). As a result of the study, there is no statistically significant relationship between cardiovascular disease risk awareness and treatment compliance of individuals with hypertension. Hypertension is an important risk factor for cardiovascular diseases, it is believed that conducting training to create awareness of patients about cardiovascular risks will both increase awareness and affect compliance with treatment.

Keywords: Cardiovascular Risk Awareness, Compliance with Treatment, Hypertension, Nursing

June, 2023; 94 page

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa

Çizelge 2.1. Etiyolojilerine göre hipertansiyonun sınıflandırılması.....	6
Çizelge 2.2. JNC 7 kan basıncı sınıflandırılması.....	6
Çizelge 2.3. ESC/ESH göre kan basıncı sınıflandırılması.....	7
Çizelge 2.4. Klinik ve klinik dışı ölçümlerde kan basıncı sınır değerleri.....	11
Çizelge 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri.....	27
Çizelge 4.2. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özellikleri	29
Çizelge 4.3. Katılımcıların sağlık özellikleri.....	30
Çizelge 4.4. Katılımcıların KHRFDÖ toplam ve alt boyut toplam puan ortalamaları.....	31
Çizelge 4.5. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı.....	32
Çizelge 4.6. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklere göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı.....	36
Çizelge 4.7. Katılımcıların sağlık özelliklerine göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımları.....	39
Çizelge 4.8. Katılımcıların HBHTUÖ ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları.....	41
Çizelge 4.9. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre HBHTUÖ ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımı.....	42
Çizelge 4.10. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklere göre HBHTUÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı.....	45
Çizelge 4.11. Katılımcıların sağlık özelliklerine göre HBHTUÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımları.....	48
Çizelge 4.12. KHRFDÖ toplam ve alt boyutları ile HBHTUÖ toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki.....	52

SİMGELER VE KISALTMALAR

BKİ	Beden Kitle İndeksi
DASH	Dieraty Approachesto Stop Hypertension/ Hipertansiyonu Önlemek için Diyet Yaklaşımları
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ENCORE	Kardiyovasküler Sağlık İçin Beslenme ve Egzersiz Müdahaleleri
ESC	European Society Of Cardiology/ Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	European Society Of Hypertension/ Avrupa Hipertansiyon Derneği
HBHTUÖ	Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği
HT	Hipertansiyon
JNC7	Ulusal Komitenin Raporu
KAHARBİ	Kalp Hastalığı Bilgi Ölçeği
KARRİF-BD	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Bilgi Düzeyi
KHRFDÖ	Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği
PATENT T	Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması
SALTURK	Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması
SKB	Sistolik Kan Basıncı
SPSS	Statiscial Package For Social Sciences/Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi
SYBDÖ II	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TEKHARF	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması
TEMD	Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği
TURDEP II	Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması II
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	World Health Organization / Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Hipertansiyon (HT), Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporuna göre; 18 yaş üzerindeki bireylerde tekrarlı klinik ölçümlerle elde edilen kan basıncı değerlerinde, sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olmasıdır (Aydoğdu vd., 2019). Dünya sağlık örgütü (DSÖ) verilerine göre; dünya genelinde 1.13 milyar insanda bulunmakta olan hipertansiyon, her 4 erkekten 1'i ile her 5 kadından 1'ini etkilemektedir (DSÖ, 2021). Bununla birlikte, 2030 yılına gelindiğinde 23 milyon olarak öngörülen kardiyovasküler hastalığın, hipertansiyon temelli oluşacağı belirtilmektedir (TÜİK, 2016). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II), hipertansiyon prevalansını %31,4 olarak rapor etmektedir (Satman vd., 2013). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğine (TEMED) göre ise, bu oran %36,5 olarak bildirilmektedir (TEMED, 2022).

Günümüzde ölüm nedenleri incelendiğinde ilk sırada kardiyovasküler hastalıklar yer almaktadır. Kardiyovasküler risk faktörleri incelendiğinde, değiştirilebilen önemli kardiyovasküler hastalık risk faktörlerinden biri de hipertansiyondur (TEMED, 2022). Türk Erişkinlerde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre; 50-59 yaş grubundaki kişilerin %50'sinde HT bulunurken, 60 yaş ve üzerinde bu rakam %75'e çıkmaktadır (Onat vd., 2017). Hipertansiyon için, çeşitli risk faktörleri bulunmaktadır. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğine göre; kadınlarda yaş ilerledikçe erkeklere oranla hipertansiyon görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir (TEMED, 2022). Yapılan bir çalışmada ise, anne ya da babasının herhangi birinde hipertansiyon olan çocuklarda ilerde hipertansif olma oranının iki kat arttığı belirtilmektedir (Carretero, 2000). Stres düzeyi yüksek olan bireylerde, düşük olan bireylere göre hipertansiyon gelişme oranının sekiz kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Rutledge, 2002). Obezite ile doğrudan bağlantılı olan beslenme ve fiziksel aktivite de hipertansiyon için önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (DSÖ, 2010).

Hipertansiyon hastalarında kan basıncının kontrol altına alınamadığı durumlarda birçok sistem ve organ bu durumdan olumsuz etkilenmektedir. Aynı zamanda, kalp hastalıklarının yarısı ve inmelerin üçte ikisinin nedeni de hipertansiyondur (Umemura vd., 2019). Özellikle, 40-69 yaş grubundaki hastalarda sistolik kan basıncındaki her 20

mmHg artış (ya da diastolik kan basıncındaki her 10 mmHg artış) inmeye bağlı ölüm oranında iki kattan fazla artışa neden olurken, iskemik kalp hastalıklarına ve diğer vasküler hastalıklara bağlı ölüm oranında da iki kat artışa neden olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Hipertansiyon tedavisinde amaç, kan basıncını normal sınırlar içinde tutmak, kardiyovasküler komplikasyonları önlemek, mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır. Hedefe ulaşabilmede ve hastalığın yönetiminde tedaviye uyum büyük önem arz etmektedir. Tedaviye uyum ile, kan basıncı normal sınırlar içinde tutulmakta ve kardiyovasküler problemlere bağlı morbidite %15-20 oranında azalmaktadır (Ma vd., 2015). Tedaviye uyum sağlayan bireylerde stroke (inme) riski %35-40 oranında azalırken, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliği riski %20-25 oranında azalmaktadır (Moran, 2016). Hastaların %50'si tedavinin ilk yıllarında ilaç tedavisini kesmekte, %10'u ise ilacını içmeyi unutmaktadır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019). Alsolami ve ark., (2015) yaptığı çalışmada eğitim, hasta-doktor ilişkisi ve komorbiditenin tedaviye uyumu etkilediği saptanmıştır. Gün ve Korkmaz (2014) ise, ülkemizde hastaların yalnızca %15.8'inin beslenme ve ilaç tedavisine uyum gösterdiğini, yaş arttıkça beslenmeye uyumun azaldığını, hipertansiyon sınıflandırmasında derece arttıkça medikal ve genel uyumun azaldığını, kan basıncı ölçüm sıklığı arttıkça ve tedavi süresi uzadıkça uyumun arttığını belirtmektedir.

Kardiyovasküler hastalıklar için hipertansiyonun önemli bir risk faktörü olduğu ve 2030 yılına gelindiğinde, 23 milyon bireyin hipertansiyon temelli kardiyovasküler hastalığının olacağı belirtilmektedir (TÜİK, 2016). Hastaların tedaviye uyumu, kardiyovasküler problemlere bağlı morbiditeyi %15-20 oranında azaltmaktadır (Ma vd., 2015). Literatürde hipertansiyon tanılı bireylerde kardiyovasküler risk farkındalığı ile ilgili bir çalışmaya ulaşılammış olmakla birlikte, literatürde tedaviye uyumla ilgili çalışmalar bulunmaktadır (Çataldeğirmen, 2021; Çalışkan, 2018; Gün, 2012; Sarıhan, 2020; Demir, 2021). Hipertansiyon hastalarında gelişebilecek en önemli komplikasyonlardan birinin kardiyovasküler hastalıklar olduğu göz önüne alındığında, hipertansiyon hastalarının bu konudaki farkındalıklarının artırılmasının büyük önem taşıdığı düşünülmektedir. Bununla birlikte ülkemizde hipertansiyon hastalarında kardiyovasküler risk farkındalığı ve tedaviye uyumun birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya ulaşılammıştır. Bu çalışma hipertansiyon hastalarında kardiyovasküler

hastalık risk farkındalığını ortaya koymak ve tedaviye uyumlarını değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon

2.1.1. Hipertansiyonun tanımı

Kanın kalp tarafından vücuda pompalanırken arter duvarına yapmış olduğu basınca kan basıncı denilmektedir. Kan basıncı milimetre civa (mmHg) cinsinden ölçülmekte olup, sistolik ve diyastolik olmak üzere iki bileşenle ifade edilmektedir. Sistolik kan basıncı (SKB); kalbin kasılma anında damar duvarında oluşturduğu maksimum basınçtır. Diyastolik kan basıncı (DKB) ise; kalbin gevşemesi sırasında damar duvarında oluşturulan minimum basıncı ifade etmektedir (DSÖ, 2013).

Hipertansiyon (HT) tanımı, kılavuzlara bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporuna göre; 18 yaş üzerindeki bireylerde tekrarlanan klinik ölçümlerde sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Aydoğdu vd., 2019). Yayınlanan Amerikan Kardiyoloji Derneği kılavuzlarında ise; sistolik kan basıncı en az 130 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı en az 80 mmHg olması hipertansiyon olarak tanımlanmıştır (Whelton vd., 2018).

2.1.2. Hipertansiyonun epidemiyolojisi

Dünya genelinde yaklaşık olarak 1 milyar insanı etkisi altına alan hipertansiyon, morbidite ve mortalite oranı yüksek küresel bir sağlık sorunudur (Uysal vd, 2016; Duncan vd., 2011). Küresel hastalık yükü 1990-2015 verilerine göre; hipertansiyon 211.8 milyon yıl kaybedilen sağlıklı yaşa, (DALYs) aynı zamanda da 10.7 milyon ölüme sebep olmuştur. Bu veriler 1990 yılı verileriyle karşılaştırıldığında ise %50 artış gösterdiği kayıt edilmiştir (GBD 2015 Risk Factors Collaborators, 2016). Avrupa da 2013 yılında hipertansiyon ile ilgili yayınlanmış kılavuzlarda ise; dünyadaki hipertansiyon prevalansının %30-45 olduğu, bu rakamın 2025 yılında %60'larda olacağı belirtilmektedir (Williams vd., 2018).

Dünya genelinde 1.13 milyar hipertansiyon tanılı birey bulunmakta ve her 4 erkekten 1'i ile her 5 kadından 1'ini hipertansiyon etkilemektedir (DSÖ, 2021). Hipertansiyon prevalansının ırk, gelir düzeyi, coğrafi bölge gibi birçok faktöre göre değişkenlik

gösterdiği belirtilmektedir. Bölgelere ve ülkelerin gelir gruplarına göre değişen hipertansiyon prevalansının üçte ikilik kısmını düşük ve orta gelirli toplumlar oluşturmaktadır. Afrika bölgesi %27 ile en yüksek prevalansa sahipken, Amerika bölgesi %18 ile en düşük prevalansa sahiptir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki artışın fazla olmasının sebebinin, hipertansiyon risk faktörlerinin artışından kaynaklandığı bilinmektedir (DSÖ, 2021).

Ülkemizde hipertansiyon sıklığını ortaya koymak için yapılan ilk geniş kapsamlı çalışma TEKHARF çalışmasıdır. Bu çalışmada hipertansiyon prevalansı %33,7 olarak saptanmış ve yaş ilerledikçe hipertansiyon prevalansının arttığı belirlenmiştir (Onat vd., 2017). Ülkemizde yakın zamanda yapılan diğer bir çalışma Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması (Prevalence awareness and treatment of hypertension in Turkey, Pantet T)'dir. Çalışma, ülkemizdeki hipertansiyonun sıklığı, dağılımı, farkındalığı, tedavi ve kontrol oranları konusunda kapsamlı güncel veriler sunmaktadır. Kadınlarda %36,1, erkeklerde %27,7 olarak tespit edilen hipertansiyon prevalansı; tüm toplumda %31,8'dir. Ayrıca hastaların %40,7'sinin hastalığın farkında olduğu ve %31,1'i antihipertansif tedavi aldığı, antihipertansif tedavi alanların ise %20,7'sinin kan basıncının kontrol altında tutulduğu tespit edilmiştir (Arıcı vd., 2015). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) çalışmasında ise hipertansiyon prevalansı %31,4 olarak rapor edilmiştir (Satman vd., 2013). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğine (TEMĐ) göre %36,5, Türk Kardiyoloji Derneğine göre %33 ve Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneğine göre de %30,3 olarak HT prevalansları bildirilmiştir (TEMĐ, 2022).

2.1.3. Hipertansiyonun etiyolojisi

Hipertansiyon; etiyolojilerine göre, primer (birincil) ve sekonder (ikincil) hipertansiyon olmak iki şekilde üzere sınıflandırılmaktadır. Primer hipertansiyon hastalarında neden belli olmaz iken, sekonder hipertansiyonu olan hastalarda neden bellidir. Primer hipertansiyon tüm hastalık olgularının %95'ini, sekonder hipertansiyon ise %5'lik kısmını oluşturmaktadır. TEMĐ'nin 2019 yılında yayınladığı Hipertansiyon Tanı ve Tedavi kılavuzuna göre, HT'nin etiyolojisine yönelik sınıflandırması Çizelge 2.1'de gösterilmiştir (Demir, 2021; TEMĐ, 2019).

Çizelge 2.1. Etiyolojisine göre hipertansiyonun sınıflandırılması.

Primer Hipertansiyon	Sekonder Hipertansiyon
Genetik yatkınlık	Oral kontraseptifler
Aşırı tuz tüketimi	Adrenokortikal hiperfonksiyon
Sempatik sinir sisteminin fazla aktivasyonu	Cushing sendromu
Obezite-insülin direnci	Uyku-apne sendromu
Renin-anjiyotensin sisteminin rolü	Konjenital adrenal hiperplazi
Aşırı alkol tüketimi	Feokrositoma
Sigara kullanımı	Akromegali
Sedanter yaşam	Hipotiroidi-hipertiroidi
Stresli kişilik yapısı	Bilateral arter darlığı

2.1.4. Hipertansiyonun sınıflandırılması

Hipertansiyon tanı ve tedavisinde kolaylık sağlanabilmesi için çeşitli kılavuzlarda kan basıncı düzeylerine göre sınıflandırmalar yapılmıştır. Ulusal komite raporunda (JNC 7), Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology (ESC)) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği'nin (European Society of Hypertension (ESH)) kılavuzları incelendiğinde; kan basıncı düzeylerine göre sınıflandırmalar yapıldığı görülmektedir (Williams vd., 2018).

Ulusal komite raporuna (JNC 7) göre, en az iki kez ölçümle elde edilmiş ortalama kan basıncına göre bir değerlendirme yapılmıştır (Chobanian vd., 2003). Çizelge 2.2'de bu sınıflandırmaya uygun kan basıncı değerleri yer almaktadır.

Çizelge 2.2. JNC 7 kan basıncı sınıflandırılması.

Kategori	Sistolik (mmHg)	Distolik (mmHg)	Yaşam Tarzı Değişiklikleri	İlaç Tedavisi
Normal	< 120	ve < 80	Evet	Tedavi yok
Prehipertansiyon	120–139	ve 80-89	Evet	Evet
Evre 1 Hipertansiyon	140–159	veya 90-99	Evet	Evet
Evre 2 Hipertansiyon	≥160	veya ≥100	Evet	Evet

2018 yılında ESC/ESH kılavuzlarına göre de hipertansiyon sınıflandırması yapılmıştır. Çizelge 2.3'de gösterildiği gibi kan basınçları 18 yaş ve üzeri bireyler için en uygun kan basıncından izole sistolik hipertansiyona kadar olan bir skalada 7 kategoride sınıflandırılmıştır (Williams vd., 2018). Ulusal komite raporu sınıflandırmasından farklı noktaları olan bu sınıflandırmada, izole hipertansiyon ve 3. derece hipertansiyon tanımları ön plana çıkmaktadır.

Çizelge 2.3. ESC/ESH göre kan basıncı sınıflandırılması.

Kategori	Sistolik (mmHg)		Distolik (mmHg)
En Uygun	<120	ve	<80
Normal	120–129	ve/veya	80-84
Yüksek Normal	130–139	ve/veya	85-89
1.Derece Hipertansiyon	140–159	ve/veya	90-99
2.Derece Hipertansiyon	160-179	ve/veya	100-109
3.Derece Hipertansiyon	≥180	ve/veya	≥110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140	ve	<90

ESC/ESH: Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology (ESC)) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (European Society of Hypertension (ESH))

Kan basıncı gün içerisinde değişiklik göstermektedir. Normal bir hasta 24 saat boyunca özel bir cihazla kan basıncı yönünden incelendiğinde (ambulator ölçüm), sabah saatlerinde kişinin kan basıncının en yüksek seviyelerde olduğu, gün içerisinde azalarak ilerlediği, geceleri ise en düşük seviyelerde olduğu izlenmiştir. Elde edilen bu ölçümsel farklılıklar yeni bir sınıflandırma sistemini oluşturmuştur. Ambulator ölçüme göre oluşturulan bu sınıflandırma; dipper ve non-dipper kavramlarıyla açıklanmıştır. Dipper hipertansiyon, gece ölçülen kan basıncı değerinin gündüz ölçülen kan basıncı değerine göre %10 veya %10'dan daha fazla düşme olması; non-dipper hipertansiyon ise, %10'dan daha az düşüş olması şeklinde açıklanmaktadır. Non-dipper hipertansiyonu olan hastaların kardiyovasküler mortalite ve morbidite oranları ile serabrovasküler hastalık geçirme oranlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. İleri yaş, diyabetes mellitus, obezite, fazla tuz alımı, ortostatik hipotansiyon, otonomik disfonksiyon, obstrüktif uyku apnesi ve kronik böbrek yetmezliğinin non- dipper hipertansiyon için risk oluşturduğu belirtilmiştir (TEMD, 2022).

2.1.5. Hipertansiyon risk faktörleri

Hipertansiyon için risk faktörleri incelendiğinde; değiştirilebilen ve değiştirilemeyen olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Yaş, cinsiyet, etnik köken ve aile öyküsü değiştirilemeyen risk faktörlerini; obezite, sigara, alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları, sedanter yaşam, dislipidemi, diyabet, obstrüktif uyku apnesi, ilaçlar ve takviye gıdalar ise değiştirilebilir risk faktörlerini oluşturmaktadır (TEMD, 2022).

Değiştirilemeyen risk faktörlerinden olan ileri yaş, hipertansiyon için önemli bir risk faktörüdür. Yaşla birlikte kalp, damar ve böbrek gibi vücut organ ve yapılarında bir takım fizyolojik değişiklikler ve işlev kayıpları meydana gelmektedir (Nam, 2020).

TEKHARF 2009-14' a göre 50-59 yaş grubundaki kişilerin %50'sinde HT bulunurken, 60 yaş ve üzerinde bu rakam %75'e çıkmaktadır (Onat vd., 2017). Framingham çalışmasına göre; 55-65 yaş aralığında normotansif olan bireylerin 80-85 yaş aralığına geldiklerinde hipertansif olma oranları %90'lara çıkmaktadır (Parikh vd., 2008).

Cinsiyete göre de hipertansiyon olma durumu farklılık göstermektedir. Erkeklerde hipertansiyon riskinin kadınlara göre daha yüksek olduğu ve kadınlarda hamilelik dönemi ve menopoz sonrası dönemde östrojenin azalmasına bağlı olarak hipertansiyon riskinin arttığı belirtilmektedir (Öztürk, 2011; Yurdakul, 2010). Yakın tarihte ülkemizde yayınlanan Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneğinin Çalışmasına (2019) göre; kadınlarda yaş ilerledikçe erkeklere oranla hipertansiyon görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir. Aynı zamanda kadınlarda sistolik kan basıncı 35-44 yaş aralığında erkeklere göre daha düşük iken, 55-64 yaş aralığında ise bu değerin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Genetik faktörler hipertansiyonun ortaya çıkmasında %30-60 oranında etkili olmaktadır (Özerkan, 2000). Araştırmalar anne ya da babasının herhangi birinde hipertansiyon olan çocuklarda, ileri de hipertansif olma oranının 2 kat arttığını ortaya koymuştur (Carretero, 2000).

Hipertansiyon için değiştirilemeyen risk faktörlerinden biri strestir. Stres düzeyi yüksek olan bireylerde düşük olan bireylere göre hipertansiyon gelişme oranının sekiz kat daha fazla olduğu bilinmektedir (Rutledge, 2002). Hipertansiyonda bir diğer önemli risk faktörü de obezitedir. Hipertansiyon hastalarının üçte ikisinden daha fazlasının obez ve aşırı kilolu olduğu bilinmekte ve obezitenin hipertansiyon görülme oranını %20-30 oranında arttırdığı belirtilmektedir (Al-Khaldi,2011; Kaya, 2003). Obezite ile doğrudan bağlantılı olan beslenme ve fiziksel aktivite düzeyi de hipertansiyon için önlenabilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Özellikle aşırı tuz tüketimi, alkol kullanımı, aşırı yağlı besinler tüketmek, meyve ve sebze yönünden fakir beslenmek hipertansiyon için önemli derecede risk oluşturmaktadır (DSÖ, 2014). Fiziksel aktivite ile hipertansiyon arasındaki ilişki incelendiğinde; fiziksel aktivite yapmayanların yapanlara göre %20-50 oranında hipertansiyon hastası olma olasılıkları artmaktadır (DSÖ, 2010).

Bunların yanında; total kolesterolün 240 mg/dl üzerinde veya LDL (Düşük yoğunluklu lipoprotein) kolesterolün 160 mg/dl üzerinde olması; erkek cinsiyette 55, kadın cinsiyette 65 yaşın üzerinde olunması, diyabet varlığı, serebrovasküler olay veya kardiyovasküler hastalık ilgili aile öykülerinin olması hipertansiyon için risk oluşturmaktadır (Karakovan, 2014).

2.1.6. Hipertansiyon belirti ve bulguları

Hipertansiyon sıklıkla hasta bireyler, başka bir şikâyetle sağlık kuruluşuna başvurdıklarında ortaya çıkmaktadır. Belirtiler; sabah erken saatlerde baş ağrısı, burun kanaması, kalp ritimlerinde düzensizlik, görmede değişiklikler, kulaklarda çınlama veya uğultu şeklinde kendini gösterebilmektedir. Hastalık daha da şiddetlendiğinde ise; yorgunluk, mide bulantısı, kusma, kafa karışıklığı, kaygı, göğüs ağrısı ve kas titremeleri oluşabilmektedir (DSÖ, 2022).

2.1.7. Hipertansiyon komplikasyonları

Hipertansiyon hastalarında kan basıncının kontrol altına alınamadığı durumlarda birçok sistem ve organ olumsuz etkilenebilmektedir. Kan basıncının 120/80 mmHg üzerine olmasıyla özellikle kardiyovasküler hastalık ve kronik böbrek hastalığı riskleri artmaktadır. Williams vd., (2018) yaptığı çalışmada, kronik böbrek yetmezliğinin diyabetten sonra en ciddi nedenin hipertansiyon olduğunu saptamıştır. Kalp hastalıklarının yarısının ve inmelerin üçte ikisinin nedenin de hipertansiyon olduğu vurgulanmaktadır (Umemura vd., 2019).

Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür ve dünyada engelliliğin de başlıca nedenlerindendir. Kontrol altına alınamayan hipertansiyon; sol ventrikül hipertrofisi, atrial fibrilasyon gibi kalp aritmileri, kapak hastalıkları gibi farklı kardiyovasküler hastalıklara temel oluşturabilmektedir. Özellikle 40-69 yaş grubundaki hastalarda sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg artış (ya da diastolik kan basıncındaki her 10 mmHg artış) inmeye bağlı ölüm oranında iki kattan fazla artışa neden olurken, iskemik kalp hastalıklarına ve diğer vasküler hastalıklara bağlı ölüm oranında da iki kat artışa neden olduğu belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.1.8. Hipertansiyon tanısı

Hipertansiyon tanısının konulabilmesi için; erişkin bireylerde klinik muayenede kan basıncı ölçümü ve otuz saniyeden daha az olmamak şartı ile nabız değerlendirilmesi yapılmalıdır. (Arıcı vd., 2015). Hipertansiyonun nedenini belirlemek amacıyla; hastalardan ayrıntılı anamnez alınmalı, fizik muayenesi ve gerekli laboratuvar testleri yapılmalıdır (Kılıç ve Üstü, 2012).

2.1.8.1. Kan basıncının ölçülmesi

Hipertansiyon tanısının doğru konulmasında, kan basıncının doğru ölçümü oldukça önemlidir. Hasta her muayeneye geldiğinde en az iki kez kan basıncı ölçümü yapılmalı ve bu ölçümlerin en az iki üç muayene ziyaretinde de tekrarlanması gerekmektedir. Kan basıncı ölçümleri; ofis ya da klinik ölçümler ve klinik dışı ölçümler olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Klinik dışı ölçümler; evde kan basıncı ölçümü ve ambulatuvar ölçüm şeklinde yapılmaktadır (TEMD, 2022).

Klinik kan basıncı ölçümlerinde cihazların standart protokollere uygun olması ve kalibrasyonlarının yapılmış olması gerekmektedir. Hastanın ölçüm yapmadan önce 3-5 dk dinlenmesi, oturur pozisyonda olması ve manşonun üst kola takılı olup kalp hizasında olması gerekmektedir. Ölçümlerin sağ ve sol koldan ayrı ayrı yapılmasının kardiyovasküler riski tanımlamada önemli olduğu belirtilmektedir. Yapılan ölçümlerde 10 mmHg'dan daha fazla ölçüm farkı olursa, takibe kan basıncının yüksek çıktığı koldan devam edilmedir (Whelton vd., 2018).

Amerikan Kardiyoloji Derneği, 2013 yılındaki kılavuzunda tekrarlanan kan basıncı ölçümlerinin üzerinde dururken, 2018 yılında yayınladığı kılavuzunda klinik dışı ölçümler olan evde kan basıncı ölçümü ve ambulatuvar ölçümü de tavsiye etmektedir (Williams vd., 2018). Klinik dışı kan basıncı ölçümleri, endikasyon olması halinde kullanılabilirliğinin yüksek olması ve maliyetinin etkin olması sebebiyle tercih edilmektedir. Kullanılan cihazların protokollere uygun olması, altı ayda bir kalibrasyonlarının yapılması ve hastaya gerekli eğitimlerin sağlanması gerekmektedir (Aydoğdu vd., 2019).

Ambulatuvar ölçüm, özellikli bir cihazın hastanın üzerine yerleştirilmesi ile 24 saat boyunca kan basıncı takibinin yapıldığı ölçüm şeklidir. Hastanın tüm gün aktivitelerini yaparken ve uyurken cihaz hastanın üzerinde olduğu için, kan basıncının değişimi noktasında önemli bilgiler vermektedir (Aydoğdu vd., 2019; Mancia vd., 2013).

Diğer bir kan basıncı takip şekli olan evde kan basıncı ölçümünde ise; hasta bireyin kendisi, aile üyelerinden biri ya da sağlık çalışanı ölçümü gerçekleştirmektedir. Ölçümden önce hasta birey en az 5 dakika dinlendirilmekte ve sabah akşam olmak üzere günde iki kez en az 5 gün tercihen 7 gün kan basınçları takip edilmektedir. Bilekten ölçüm yapan cihazlar kılavuzlarca tercih edilmemekte, sadece obez hastalarda kullanılmaktadır. Otomatik ya da manuel cihazlar ile üst koldan tansiyon ölçümü tercih edilmelidir (Mancia vd., 2013; Aydoğdu vd., 2019; Whelton vd., 2018). Çizelge 2.4’ de kan basıncı ölçümlerinde sınır değerler verilmiştir (TEMD, 2022).

Çizelge 2.4. Klinik ve klinik dışı ölçümlerde kan basıncı sınır değerleri.

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

2.1.8.2. Anamnez alınması

Hastadan anamnez alırken öncelikle geçmişe dönük kan basıncı ölçümleri sorgulanmalıdır. Bununla birlikte; kardiyovasküler hastalık risk faktörleri, eşlik eden veya daha önce geçirilmiş olunan hastalıklar, aile öyküsünde kalp damar hastalığı varlığı, mevcut kullanılan ilaçlar, antihipertansif ilaç kullanım durumu, sekonder hipertansiyona ve organ hasarına yönelik belirtiler sorgulanmalıdır (Mancia vd., 2013; Whelton vd., 2018).

2.1.8.3. Fizik muayene

Fizik muayene ile mevcut kan basıncının ölçülerek tanı konulması ve doğrulanması, ikincil nedenlerin araştırılması ve genel kardiyovasküler riskin hesaplanmasının yapılması amaçlanmaktadır. Hastanın boy, kilo, bel çevresi, kalça çevresi ve kan basıncı her iki koldan en az bir defa ölçülmelidir. Ölçüm sonuçlarından hastanın beden

kitle indeksi ve bel-kalça çevresi oranı hesaplanmalıdır. Bel çevresi ölçümü metabolik sendrom ve diyabet riskini belirlemeye yardımcı olmaktadır. Buna göre kadınlarda 88 cm, erkeklerde 102 cm'den fazla olduğunda risk artmaktadır (Weber vd., 2014).

2.1.8.4. Laboratuvar incelemeleri

Hipertansiyonu olan hastada, tanı koymaktan ziyade; risklerin belirlenmesi, hedef organ hasarı ve diğer klinik tabloları belirleyebilmek için laboratuvar testlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Whelton vd., 2018). Üre, kreatin seviyesi, elektrolitler, lipit değerlerinin (total kolesterol, HDL ve LDL kolesteroller, trigliseridler) değerlendirilmesi tedavi planının oluşturulmasında ve risk faktörlerinin belirlenip yönetilmesi açısından önemlidir (Badır, 2014).

2.1.9. Hipertansiyon tedavisi

Hipertansiyon önlenebilen ve tedavi edilebilen kronik bir hastalıktır. Tedavide ki temel amaç; kardiyovasküler ve renal mortalite ve morbiditeyi azalmaktır (Aydoğdu vd., 2019; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019). Hipertansiyon tedavisinde farmakolojik tedaviler ve non-farmakolojik tedavi olarak adlandırılan yaşam tarzı değişiklikleri kullanılmaktadır. Genellikle düşük risk grubundaki hastalarda non-farmakolojik tedavi ilk tedavi seçeneği olmaktadır. Non-farmakolojik tedavi yöntemlerinin yerini tutacak farmakolojik tedavi yoktur. Non-farmakolojik tedaviler farmakolojik tedaviler uygulandığında da uygulanması gereken önemli girişimlerdir. Tedaviyle hedeflenen kan basıncı değerleri 65 yaşın altındaki hastalarda, 120-30/70-80 mmHg; 65 yaşından büyük hastalarda ise 130-140/70-80 mmHg'dır (TEMD, 2022). Tedaviyle birlikte kan basıncında oluşan düzelmeler hastaların yaşam kalitelerini etkilemektedir. Sistolik kan basıncında 10 mmHg ya da diyastolik kan basıncında 5 mmHg azalma hipertansiyon nedeniyle oluşan mortaliteyi %10-15 azaltırken; majör kardiyovasküler olaylarda %20, inmelerde %35, koroner arter hastalıklarında %20, kalp yetersizliğinde %40 oranında azalma sağlamaktadır (Whelton vd., 2018; Williams vd., 2018).

2.1.9.1. Farmakolojik tedavi

2013 yılında ESC/ESH'nin yayımladıkları kılavuzda hipertansiyon kan basıncına göre sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflandırmaya göre; ikinci ve üçüncü derece hipertansiyonlu hastalara antihipertansif tedavinin başlanması önerilmektedir. Eğer hastada diyabet, kronik böbrek yetmezliği ve organ hasarı gibi durumlar varsa hipertansiyonun derecesi bir bile olsa antihipertansif tedaviye başlanması gerektiği belirtilmektedir (Mancia vd., 2013).

Antihipertansif tedavi olarak 5 grup ilaç kullanılmaktadır. Bu ilaçlar; anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE inhibitörü), anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), beta blokörler, kalsiyum kanal blokörleri ve diüretiklerdir (Williams vd., 2018).

2.1.9.2. Non-farmakolojik tedavi

Gözleme dayanan ya da bilimsel olarak yapılan birçok çalışma göstermektedir ki; kan basıncı toplumun yaşam biçimine özellikle beslenme özelliklerine sıkıca bağlıdır. Bu nedenle kan basıncını optimize etmede non-farmakolojik tedavi olarak bilinen yaşam tarzı değişiklikleri önem kazanmaktadır (TEMD, 2022). İlaç tedavisi ile birlikte uygulanan ya da ilaç tedavisine başlamadan önce düşük risk gruplarında tek başına uygulanabilen yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyon tedavisinde önemli rol oynamaktadır. 2013 yılındaki ESC/ESH kılavuzunda yaşam tarzı değişikliğinin kan basıncını düşürdüğü, antihipertansif tedavinin etkinliğini arttırdığı ve kardiyovasküler riski azalttığı belirtilmektedir (Mancia vd., 2013). Önerilen yaşam tarzı değişiklikleri şunlardır;

Kilo verme: TURDEP-II verilerine göre Türkiye de obezite sıklığı %31,4'dür (Satman vd., 2013). Beden kitle indeksi (BKİ) 27 ve üzerinde olması ile kan basıncı yüksekliği arasında ilişki bulunmaktadır. Neter ve arkadaşlarının (2003) yayınladıkları meta analizde; 5,1 kg verildiğinde SKB ortalama 4,4 mmHg, DKB ise 3,6 mmHg azaldığı tespit edilmiştir (Neter vd., 2003).

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği'nin 2022 yılında yayınladığı kılavuzda ise kilolu yetişkinlerde her 1 kg azalmanın hipertansif bireyler SKB değerini 5 mmHg azalttığı belirtilmektedir (TEMD, 2022).

Sağlıklı beslenme: Hipertansiyonu olan bireylerin beslenmesinde; yağ içeriği düşük olan süt ürünleri, sebze (özellikle köklü ve yapraklı besinler), meyve ve tam tahıllı ürünler tercih edilmektedir. Şeker ve yağlar azaltılmalıdır. Hipertansiyonu Önlemek için Diyet Yaklaşımları (DASH) diyeti olarak da bilinen bu diyetin prehipertansiyondan tansiyona geçişi de önlediği belirtilmektedir. Kardiyovasküler Sağlık için Beslenme ve Egzersiz Müdahaleleri (ENCORE) çalışması, DASH diyetinin etkinliğini araştıran bir çalışmadır. Bu çalışmada kan basıncı yüksek olup kendi beslenme düzeyine devam eden bireyler ile DASH diyetini uygulayanlar karşılaştırılmıştır. DASH diyetini uygulayanlarda SKB ve DKB düşmeler belirgin düşmeler gözlemlenmiştir (Blumenthal vd., 2010). Günde 2 fincanı geçmeyecek şekilde kafeinsiz kahve ve çay tüketilebilmektedir (TEMD, 2022).

Egzersiz: Düzenli egzersiz yapan bireylerde, hareketsiz bireylere oranla hipertansiyon gelişme olasılığı % 20-50 daha az görülmektedir. Bu nedenle; hipertansiyon hastalarının haftada 5-7 gün en az 30 dk orta düzeyde aerobik egzersiz (hafif koşu, yüzme, yürüyüş, bisiklete binme) önerilmektedir. Buna ek olarak tüm gün boyunca da hareketli yaşam önerilmektedir (Fagard, 2011). Egzersizin kan basıncı üzerine etkisinin çalışıldığı araştırmalarda, hipertansiyon tanılı olan ve düzenli egzersiz yapan hastaların SKB değerlerinde, 4-8 mmHg düşüş olduğu tespit edilmiştir (Drevenhorn vd., 2007).

Sigara tüketimi: Sigara içilmesi sempatik sinir sistemini aktive ederek miyokardın oksijen ihtiyacını ve kan basıncını artırmaktadır. Bu nedenle hipertansiyon hastaları sigara kullanıyorsa, kan basıncının kontrol altında tutulabilmesi için sigarı bırakmaları önerilmektedir (TEMD, 2022).

Alkol tüketimi: Günlük 28-55 gr etil alkol kullananlarda hipertansiyon prevelansının fazla olduğu bilinmektedir. Bu bireylerde kan basıncı akut olarak yükselebilmektedir. Eğer alkol kullanılıyorsa erkeklerde 20-30 g/gün, kadınlarda 10-20 g/gün etanolden daha fazla kullanılmamalıdır (Arıcı vd., 2015).

Tuz kısıtlaması: Tuz tüketimi ile kan basıncı arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Günlük 5 gr'dan fazla yani bir çay kaşığından fazla tuz tüketmenin artmış prevelansla ilgili olduğu bilinmektedir. Tuz tüketiminin azaltılmasının kan basıncını azalttığı yönde çalışmalar bulunmaktadır (Williams vd., 2018). Ülkemizde yapılan Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması (SALTURK) çalışmalarında günlük tuz tüketiminin 15 gr olduğu belirtmiş bunun da hipertansiyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Arıcı vd., 2015).

Yapılan alışmalar doğrultusunda tuz tüketiminin 1 çay kaşığı yani 5-6 gr düzeyinde kısıtlanması önerilmektedir. Tuz kısıtlamasının SKB’de 5 mmHg düşüş, DKB’de ise 6 mmHg düşüş sağlayacağı bilinmektedir (TEMD, 2022).

Stresin azaltılması: Kronik stres ile kan basıncı arasında ilişki bulunmaktadır. Günlük 15 dakika yavaş düzenli yapılan nefes egzersizinin kan basıncının kontrolünde önemli olduğu bilinmektedir. Yoga ve akupunktur gibi yöntemler ise Amerikan Kalp Derneği (AHA) kılavuzunda önerilmemektedir (Flack, 2020)

Gıda takviyesi ürünleri: Diyetle alınan sarımsağın kan basıncını düşürdüğü belirtilmektedir. Ancak kan basıncını kontrol etmedeki etkisi yetersizdir (TEMD, 2022).

2.1.10. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü

Bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi hastalık halinde en kısa sürede sağlığına kavuşturulmasında hemşirenin hasta bireyler üzerinde sorumlulukları bulunmaktadır. Bu özellikleri dolayısıyla da hipertansiyon hastası bireylerde; tanılama, ilaç kullanımı yönetimi, hasta eğitimi, danışmanlık ve beceri geliştirme, bakımın koordinasyonu, toplum sağlığı yönetimi, performans ölçümü ve kalite iyileştirme gibi hemşirenin bir takım sorumlulukları bulunmaktadır. Hemşireler kan basıncı ölçümü sırasında hipertansiyonu tespit eden sağlık profesyonelleridir (Himmelfarb vd., 2016).

Hasta tedavilerinin planlanmasında, düzenlenmesinde, uygulanmasında ve bu süreçte hem hastalarla hem de diğer sağlık profesyonelleriyle iletişimde önemli rolleri bulunmaktadır. (Himmelfarb vd., 2016). Hemşireler uzun vadede hastalık kaynaklı oluşan tedavi rejiminin günlük yaşama entegre edilmesinde hastalara yardımcı olmakta, eğitimler düzenlemekte ve birey merkezli sonuç odaklı tedavi stratejileri geliştirmektedirler. Bu doğrultuda hastalara verdikleri bakımın ve eğitimin hedeflerini izleyen hemşireler, uygulamalar yönünden de hastaları cesaretlendirmektedirler (Kolcu ve Ergün, 2016). Kılıç ve Uzunçakmak, (2016)’ın yaptıkları bir çalışmada hemşirelerin hipertansiyon hastalarına verdikleri eğitimin hipertansiyonun kontrolünde etkili olduğu belirtilmektedir (Kılıç ve Uzunçakmak, 2016).

2.2. Tedaviye Uyum

Uyum, bireyin değişen durumlara göre davranış değişikliği yapabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Uyum, tedavi girişimlerinde başarının temel unsuru olarak kabul edilmektedir. Bireyler hastalık durumu söz konusu olduğunda, hem hastalığa hem de hastalığın getirdiği tedaviye uyum sağlamakta güçlük yaşayabilmektedirler. Özellikle kronik hastalığa sahip bireylerde; yaşam tarzında değişiklik yapmak zorunda kalmak, çok yönlü kayıp yaşamak ve başkalarına bağımlı olabilmek tedaviye ve hastalığa uyumu zorlaştırabilmektedir (Tel vd., 2010).

Tedaviye uyum, aynı zamanda sağlık profesyonellerinin önerilerini kabul etmek ve sağlık önerilerine uymak olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımla ortaya konulmaktadır ki tedaviye uyum yalnızca reçete edilen ilaç düzenine uymak değil, hastaların sağlık profesyonellerinin önerilerine uyması olarak da tanımlanmaktadır. Hastaların verilen randevu programlarına uyması, tedavi programına başlayıp devam ettirmeleri, reçete edilen ilaçları önerildiği şekliyle kullanmaları, varsa hastalığa ait diyetle uymaları tedaviye uyumun birer ögeleridir (Abel vd., 2017; Chudiak vd., 2017).

2.2.1. Hipertansiyonda tedaviye uyum

Hipertansiyon tedavisinde amaç, kan basıncını normal sınırlar içinde tutmak, kardiyovasküler komplikasyonları önlemek, mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır. Tedaviye gösterilen uyum kan basıncını normal sınırlar içinde tutmakta, kardiyovasküler problemlere bağlı morbiditeyi %15-20 oranında azaltmaktadır (Ma vd., 2015). Tedaviye uyum sağlayan bireylerde inme riski %35-40, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliği riski ise %20-25 oranında azalmaktadır (Moran, 2016).

Hipertansiyon hastaları tedaviye uyum yönünden incelendiğinde, hastaların çoğunluğunun yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisinde uyumda yetersiz oldukları bildirilmektedir. Tedavinin ilk yıllarında %50'si ilaç tedavisini kesmekte %10'u ise ilacını içmeyi unutmaktadır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019). Tedaviye uyumsuzluk gösteren hastaların davranışları incelenmiştir. alışmalara göre hastaların; düzenli şekilde takip ve kontrol yaptırmadıkları, sağlık durumlarını iyi ya da kötü hissettiği zamanlarda bu durumun ilaçla alakalı olmadığını ilacın yararına inanmadıkları, ilaçlarını bilinçli ya da bilinçsiz olarak eksik dozlarda aldıklarını veya

hiç almadıklarını tespit edilmiştir. Bunun yanında; sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite yapma, fazla kalori alma, diyetinde sodyum ve yağı fazla alma gibi sağlıksız davranışları gerçekleştirdikleri bildirmektedir (Hacıhasanoğlu, 2009; Gün ve Korkmaz, 2009).

Tedaviye uyumu etkileyen ve uyumsuzluğu oluşturan faktörlerin neler olduğu doğru bir şekilde ölçülmelidir. Erci vd., (2018) 197 hipertansiyon hastası ile yaptıkları çalışmada; erkeklerde ve evlilerde ki tedaviye uyumun, kadınlardan daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir. Oğuz vd., (2019) çalışmasında, stresin ilaç tedavisine uyumu ve düzenli yapılan egzersizlerin de diyet uyumu azalttığı saptanmıştır. Chudiak vd., (2017) yaptıkları çalışmada da; erkeklerin ve kırılğan yaşlıların uyumunun kötü olduğu, yüksek eğitim düzeyine sahip hastaların uyumunun daha iyi olduğu bulunmuştur. Alsolami vd., (2015) çalışmasında ise; eğitim, doktor hasta ilişkisi ve ko-morbiditenin tedaviye uyumu etkilediği saptanmıştır. Gün ve Korkmaz, (2014) ise ülkemizde hastaların %15.8' inin beslenme ve ilaç tedavisine uyum gösterdiği; yaş arttıkça beslenmeye uyumun azaldığı, hipertansiyon sınıflandırmasında derece arttıkça medikal ve total uyumun azaldığı, kan basıncı ölçüm sıklığı arttıkça ve tedavi süresi uzadıkça uyumun arttığını tespit etmişlerdir.

2.2.2. Tedaviye uyumda hemşirenin rolü

Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunun sağlanmasında hemşirelerin önemli rol sorumlulukları bulunmaktadır (Hacıhasanoğlu, 2009). Hemşireler bu alandaki rol ve sorumluluklarını aldıkları eğitimleri ve deneyimleri aracılığıyla yönetmektedirler (Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses' Association of Ontario, 2005).

Hemşireler terapötik iletişim tekniklerini kullanarak bireylerin hipertansiyon yönetimi ile ilgili inanç ve beklentilerini belirleyerek, hastalarla iş birliği içerisinde tedaviye uyumda bir plan oluşturmaktadırlar. Bireylerin yaşam tarzlarında tedaviye uyumu etkileyen faktörleri belirleyerek, bireylere uygun değişim alanları üzerinden yaşam tarzı değişikliği için bireyleri desteklemektedirler. Hipertansiyonun takip ve tedavi sürecinde kullanılacak ilaçlar ve kan basıncı ölçüm cihazları konusunda hastalara eğitimlerin verilmesinde hemşirenin önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (Enç vd., 2007; Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses' Association

of Ontario, 2005). Hasta eğitimi ve ev ziyaretlerinin ilaca uyum, hipertansiyon yönetimi ve yaşam davranışlarına etkisinin incelendiği bir çalışmada, tedaviye uyumun arttığı ve kan basınçlarında ciddi düzelmelerin olduğu görülmüştür (Hacıhasanoğlu ve Gözüm, 2011). Diğer bir çalışmada da hastalara verilen eğitimin, hastaların düzenli egzersiz yapmalarına katkı sağladığı, diyetle uyumlarını arttırdığı ve hastaların ilaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullanmaya başladıkları tespit edilmiştir (Irmak ve Düzöz, 2007). Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler, hastaların tedaviye uyumda sağlık ekibinin önemli bir üyesi olarak rol ve sorumlulukları üstlenmektedir.

2.3. Kardiyovasküler Risk

2.3.1. Kardiyovasküler risk tanımı

Kardiyovasküler hastalık kavramı kalp ve dolaşım sistemi hastalıklarını kapsayan geniş bir yelpazeden oluşmaktadır. Bu kavram; koroner kalp hastalıkları, serabrovasküler hastalıklar, periferik arter hastalıkları, konjenital kalp hastalıkları, romatizmal kalp hastalıkları, kardiyomiyopatiler ve hipertansiyonu içine almaktadır. Bu hastalıkların hepsi bir halk sağlığı sorunudur ve kardiyovasküler hastalıklar dünya genelinde en sık ölüme yol açan hastalıklardır.

2016 yılında yaklaşık 17,9 milyon kişi kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmiştir. Bu veride göstermektedir ki tüm ölümlerin %31'i kardiyovasküler hastalıklara bağlı gelişmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2021).

Kardiyovasküler risk, yetişkin bir insanın yakın gelecekte kardiyovasküler hastalık yaşama olasılığını tanımlamaktadır. Kardiyovasküler riski oluşturan önlenabilir ve önlenemeyen risk faktörleri bulunmaktadır. Bu risk faktörleri yönünden bireylerin taranıp gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir (TEMD, 2022). Bu risk faktörleri ise şöyledir (National Cholesterol Education Program (US), 2002):

Değiştirilemeyen risk faktörleri;

Yaş

Cinsiyet

Birinci derece akrabalarda kardiyovasküler hastalık öyküsü bulunması

Değiştirilebilen risk faktörleri;

Diabetes mellitus

Hipertansiyon

Dislipidemi

Sigara kullanımı

Obezite

Alkol kullanımı

Sedanter yaşam/fiziksel inaktivite

Psikososyal faktörler

Sağlıksız beslenme

2.3.2. Hipertansiyon hastalarında kardiyovasküler risk

Hipertansiyon önemli bir kardiyovasküler hastalık risk faktörüdür. Son 10 yıldır yayınlanan hipertansiyon kılavuzlarında, kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi konusuna odaklanılmaktadır. Kılavuzlarda hipertansiyon hastası olan her bireyin kardiyovasküler hastalık riskinin hesaplanması gerektiği belirtilmektedir (TEMD, 2022). 2030 yılına gelindiğinde 23 milyon olarak öngörülen kardiyovasküler hastalığın, hipertansiyon temelli oluşacağı belirtilmiştir (TÜİK, 2016).

Kan basıncının yükselmesi kardiyovasküler riski arttırmaktadır. Amerikan Birleşik Ulusal Komitesi'nin (Joint National Committee-JNC) 2003 yılında yayınladığı raporda; sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg'lık, diyastolik kan basıncındaki her 10 mmHg'lık artışın kardiyovasküler riski iki kat daha arttırdığı bildirilmiştir. Eşlik eden klinik durumlardan bağımsız olarak kan basıncın 140/90 üzerine çıkmaya başlamasıyla risk daha da belirginleşmektedir (James vd., 2014). Özellikle 40-69 yaş grubundaki hastalarda sistolik kan basıncındaki her 20 mmHg artış (ya da diastolik kan basıncındaki her 10mmHg artış) iskemik kalp hastalıklarına ve diğer vasküler hastalıklara bağlı ölüm oranında iki kat artışa neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

2.3.3. Kardiyovasküler risk tanılamada hemşirenin rolü

Primer korunma, toplum sağlığı açısından kardiyovasküler hastalıklardan korunmada oldukça önemlidir. Özellikle risk faktörlerine yönelik tarama programlarının sürdürülmesi, var olan risk faktörlerinin erken dönemde fark edilmesi ve tedaviye yönlendirilmesinde hastaların bakımında birinci derece de sorumlu olan hemşirelere etkin roller düşmektedir. Hemşireler, sağlık öyküsü alırken kardiyovasküler risk faktörlerine üzerine odaklanarak dikkatli bir değerlendirme yaptıklarında risk altındaki bireyleri tespit edebilmektedirler. Sağlık öyküsünün ardından fiziksel muayenede de hemşirenin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Kan basıncı, boy, kilo ve bel çevresi ölçümleri, açlık kan şekeri, kolesterol düzeyi ve laboratuvar sonuçlarını değerlendirmede de hemşireye görevler düşmektedir (Karakoç Kumsar, 2017)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, hipertansiyon hastalarında kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ve tedaviye uyumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte anket çalışması olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Nisan - Ağustos 2022 tarihleri arasında Niğde İli Çamardı İlçesi Aile Sağlığına Merkezi'ne başvuran 412 hipertansiyon hastası birey ile yürütülmüştür. Aile sağlığı merkezi beş farklı aile hekimliği biriminden oluşmaktadır. İlçe nüfusuna bağlı 4 mahalle ve 21 köye hizmet verilmektedir. İlçe merkezinde 3408 olmak üzere toplamda 11495 kayıtlı nüfus bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Nisan - Ağustos 2022 tarihleri arasında Niğde İli Çamardı Aile Sağlığı Merkezine başvuran hipertansiyon hastası bireyler oluşturmuştur. Örneklemi ise, çalışmanın yapıldığı tarihlerde Çamardı Aile Sağlığı Merkezine başvuran; 18 yaşından büyük, en az 3 aydır hipertansiyon tanısı olan, bilinen kardiyovasküler hastalığı olmayan, gebe olmayan, iletişim kurabilen ve görüşme için yeterli zamana sahip olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hipertansiyon hastaları oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü, Cochran'ın evrendeki birey sayısının bilinmediğinde örnekleme alınacak birey sayısını belirlemek için uyguladığı formül ($n=t^2 pq/d^2$) kullanılarak belirlenmiştir (Sümbüloğlu, 1998; Cochran, 2007). Bu formüle göre:

n: Örneklem alınacak birey sayısı (n=412)

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (hipertansiyonun Türk toplumunda görülme sıklığı (TEMED 2022)) (%36.5=0.365)

q: İncelenen olayın görülmemesi sıklığı(1-p)(0,635)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma ($\%5=0.05$)'yı göstermektedir.

Hipertansiyonun Türk toplumunda görülme sıklığı literatür kaynakları değerlendirilerek %36,5 olarak alınmıştır (TEMD, 2022). Bu veriler ışığında çalışma için minimum örneklem büyüklüğü 356 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi aşamasında olabilecek kayıplarda göz önüne alınarak çalışmaya 412 hipertansiyon hastası birey dâhil edilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya dâhil edilme kriterleri

- 18 yaşından büyük,
- En az 3 aydır hipertansiyon tanısı olan,
- Bilinen kardiyovasküler hastalığı olmayan,
- Gebe olmayan,
- İletişim kurabilen ve görüşme için yeterli zamana sahip olan,
- Araştırmaya katılmayı kabul eden hipertansiyon hastaları oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın dışlanma kriterleri

- İletişim kurmada sorun yaşayacak bir engeli olan,
- Bilinen bir psikiyatrik hastalığı olan ya da Alzheimer nedeniyle takip edilen,
- En az 3 ay önce kardiyovasküler cerrahi operasyon geçirmiş olan,
- Veri toplandığı anda Covid-19 pozitif olan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, “Kişisel Bilgi Formu” (Bkz. Ek-8), “Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği” (Bkz. Ek-9) ve “Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyumu Ölçeği” (Bkz. Ek-10) kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel bilgi formu

Araştırmacı tarafından konu ile ilişkili literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır (Çataldeğirmen, 2021; Nam, 2020). Bu form; cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, bireyin sağlık güvencesi gibi sosyodemografik değişkenler ile hastalık süreci (yemeklerde tuz kullanımı, tansiyon ölçüm sıklığı, HT süresi (yıl) vb.) ve kardiyovasküler risk farkındalığına yönelik sorulardan oluşmaktadır. Bu formda, hastalara ait laboratuvar ve ölçümsel veriler de olmak üzere toplam 27 soru bulunmaktadır.

Hastaların tansiyon ölçümleri, aile sağlığı merkezinde Omron (kalibrasyon tarihi Nisan 2022) marka elektronik tansiyon aleti ile yapılmıştır. Ölçüm yapılmadan önce hastaların yeterince dinlenmiş olmasına özen gösterilmiştir (en az 15 dk dinlenme). Ek olarak, katılımcıların güncel boy, kilo ve bel çevresi ölçümleri araştırmacı tarafından ölçülmüştür.

Araştırmada katılımcıların laboratuvar verileri (açlık kan glukozu, HDL, LDL, total kolesterol, trigliserid) ELEMENT Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (ELEMENTAHBS) kullanılarak kayıtlı son 6 ay içerisinde herhangi bir nedenle ölçülmüş değerlere bakılarak kaydedilmiştir. (ELEMENTAHBS, kişilerin laboratuvar verileri gibi kişisel sağlık verilerinin yer aldığı bir yazılım programıdır).

3.4.2. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ)

Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği, bireylerin on yıl içerisindeki kardiyovasküler hastalık ve inmeye bağlı gelişebilecek ölüm risk düzeyini belirlemek amacıyla Woringer vd., (2017) tarafından geliştirmiştir. Ölçek düşük, orta, yüksek ve çok yüksek olmak üzere riskleri sınıflandırmaktadır (Woringer vd., 2017). Ölçeğin ülkemizde güvenilirlik ve geçerlik çalışması Vural Doğru vd., (2021) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe uyarlaması yapılırken 9, 22, 23, 26. maddeleri çıkarılmıştır. Ölçek 22 maddeden oluşmaktadır (Vural Doğru vd., 2021).

Ölçek bir bilgi formu ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Buna göre; ölçekte yer alan ilk 8 soru bilgi sorusu olup doğru, yanlış veya bilmiyorum şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekte ilk 7 sorunun cevabı doğru 8. sorunun cevabı ise yanlıştır. Her doğru cevap 1

puan olarak kabul edilmektedir. Alınan puan arttıkça kalp krizi ve inme hakkında bilgi düzeyi de artmaktadır.

Ölçek alt boyutlarından olan algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu 7 sorudan; sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu 5 sorudan ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu ise 2 sorudan oluşmaktadır. Alt boyutların değerlendirildiği 15. ve 16. sorular ters puanlanmaktadır (Vural Doğru vd.,2021).

Ölçek alt boyutu olan; algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutu için puan değeri arttığında kalp krizi ve inme riski hakkında farkındalığın arttığı düşünülmektedir. Sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu için puan değeri arttıkça sağlıklı beslenme niyetleri ile ilgili değişime hazır olunduğunu göstermektedir. Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutunda ise puan değeri arttıkça egzersizin yararlarının daha iyi algılandığını ve egzersiz davranışında değişime daha hazır olunduğunu göstermektedir (Vural Doğru vd., 2021).

Ölçek 4'lü likert tipinde olup, 1 (kesinlikle katılmıyorum) - 4 (kesinlikle katılıyorum) arasında puanlandırılmaktadır. Ölçek toplam puanı ve alt boyutlarının puanı arttıkça, kardiyovasküler hastalıklara yönelik farkındalığın arttığını göstermektedir (Vural Doğru vd., 2021).

Ölçek Cronbach alfa değerleri incelendiğinde; algılanan kalp krizi/inme riski için Cronbach alfa değeri $\alpha=0,91$, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler için cronbach alfa değeri $\alpha=0,79$ ve sağlıklı beslenme niyetleri Cronbach alfa değeri $\alpha=0,68$ 'dir (Vural Doğru vd., 2021). Bu çalışmada; algılanan kalp krizi/inme riski için Cronbach alfa değeri $\alpha=0,92$, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler için Cronbach alfa değeri $\alpha=0,71$ ve sağlıklı beslenme niyetleri Cronbach alfa değeri $\alpha=0,66$ olarak bulunmuştur.

3.4.3. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ)

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği, Kim vd. (2000) tarafından geliştirilmiş ve Karademir vd. (2009) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Hipertansiyonu olan bireylerin ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliğini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek; görüşme, medikal, beslenme olmak üzere üç alt boyut ve ölçek total puanından oluşturulmuştur. Ölçek,

4'lü likert tipindeki 14 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar (3) “Her zaman”, (2) “Çoğu zaman”, (1) “Bazen”, ve (0) “Hiçbir zaman” seçeneklerini içermektedir (Karademir vd., 2009).

Ölçeğin büyük çoğunluğu olumsuz sorulardan oluşmaktadır. Ölçekte 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. sorular medikal alt boyutu; 3, 4 ve 5. sorular beslenme alt boyutunu; 6, 7 ve 8. sorular ise görüşme alt boyutunu oluşturmaktadır. Total puan ve alt boyut puanları hesaplanırken 6. Sorunun ters puanlanmaktadır (Karademir vd., 2009). Türkiye’de randevu sistemi gelişmediği için görüşme alt boyutunda olan 7. ve 8. soru kullanılmamıştır.

Ölçeğin toplam puanı 14 madde üzerinden değerlendirilmesi 0-42 puan arasında değişiklik göstermekteyken; bu çalışmada 12 soru üzerinden değerlendirildiği için 0-36 puan arasında farklılık göstermektedir. Ölçek, negatif eğilimli bir ölçektir ve puan arttıkça ölçekte uyum azalmaktadır. Medikal, beslenme, görüşme ve total puanlarda 0 tam uyumu temsil etmekteyken, puan arttıkça uyumsuzlukta artmaktadır (Karademir vd., 2009). HBHTUÖ için Cronbach alfa değeri (0,83) olarak bulunmuştur (Karademir vd., 2009). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,86 olarak bulunmuştur.

3.5. Veri Toplama Formlarının Ön Uygulaması

Veri toplama formlarının uygulanabilir olup olmadığı değerlendirmek ve buna uygun olan gerekli düzenlemeleri yapmak amacıyla, araştırmanında yapıldığı yer olan Niğde Çamardı Aile Sağlığı Merkezine başvuran 30 hipertansiyon hastası bireye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan 30 hipertansiyon hastası bireyin sonuçları çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.6. Verilerin Değerlendirmesi

Veriler, IBM SPSS Statistics Standard Concurrent User V 26 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler birim sayısı (n), yüzde (%), ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{x} \pm ss$), en küçük değer (min), en büyük değer (max) olarak verilmiştir. Normallik testi için Kolmogoro-Smirnov testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için; gruplar arasındaki gözlem sayıları eşit olmadığı ve normallik varsayımı ihlal edildiğinde Post Hoc testlerinden Games-Howell testi kullanılmıştır. Normallik varsayımı ve varyansın

eşitliği varsayımı kabul edildiği durumda ise, eşit olmayan gözlemler için Bonferronni testi kullanılmıştır. Bağımsız değişken sayısının 2 olduğu durumlarda fark testi için Mann-Whitney testi, 3 ve daha fazla bağımsız değişken olduğu durumda Kruskal-Wallis testi ve One Way Anova Testi yapılmıştır. Sürekli değişkenleri olan ölçeklerin birbirleriyle ilişkisine normallik varsayımı karşılanmadığı için Spearman's rho testi uygulanmıştır. Korelasyon katsayısı(r), 00 ise ilişki yok, 0,01-0,29 arası ise düşük düzeyde, 0,30-0,70 arası orta düzeyde, 0,71-0,91 arası yüksek düzeyde, 1,00 ise mükemmel ilişki olarak değerlendirilmiştir. Anlamlılık seviyesi 0,05 üzerinden değerlendirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırma, Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yürütülebilmesi için, Aksaray Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar No: 2022/03-09, Karar Tarihi: 10/02/2022) etik kurul izni alınmıştır (Bkz. EK-1). Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma ve Çalışmalar Komisyonundan yazılı uygulama izni (Form Adı: ÜLKÜ NUR KARAKUŞ-2021-12-20T21_45_16) alınmıştır (Bkz. EK-3). Çalışmanın yapılabilmesi için ayrıca Niğde İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Başvuru İnceleme Komisyonu'ndan kurum izni (Karar No: 2022/04-02, Karar Tarihi: 24/03/2022) alınmıştır (Bkz. EK-4). Ayrıca, araştırmada kullanılan ölçekler içinde yazarlara mail yolu ile ulaşılarak kullanım izni alınmıştır (Bkz. EK-5, 6). Bunların yanında her bir gönüllüye bu araştırmanın yapılmasının amacı açıklanmış ve onamları alınmıştır (Bkz. Ek-7).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Niğde Çamardı Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmesi, sadece araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hipertansiyon hastalarının çalışmaya dahil edilmesi araştırmanın sınırlılıklarıdır. Ayrıca, araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi nedeniyle araştırmadan elde edilen sonuçların tüm evrene ve ülkeye genellenememesi çalışmanın diğer sınırlılıkları arasındadır.

4.BULGULAR

Araştırma bulguları, araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı özellikleri, tanımlayıcı özelliklere göre Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği (KHRFDÖ) ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (HBHTUÖ) puan ortalamaları ve bazı değişkenlerle karşılaştırılması bulguları ile Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği ve Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği arasındaki korelasyon analizi sonuçları şeklinde sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmaya katılan hipertansiyon hastası bireylerin yaş ortalaması $52,56 \pm 11,43$ (min:23 - max:83)'tür. Katılımcıların %67,96'sı kadın, %76,94'ü evli, %72,09'u ilkokul mezunu ve yarıdan fazlası (%52,43) ev hanımıdır. Katılımcıların %84,95 sigara, %98,79'nun alkol kullanmadığı ve %96,12'sinin ise düzenli egzersiz yapma alışkanlığının olmadığı saptanmıştır (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri.

Değişkenler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	280	67,96
Erkek	132	32,04
Medeni durum		
Evli	317	76,94
Bekar	95	23,06
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	18	4,37
Okuryazar	69	16,75
İlkokul	297	72,09
Lise	23	5,58
Üniversite ve üzeri	5	1,21
Meslek		
Çalışmıyor	15	3,64
İşçi	83	20,15
Memur	9	2,18

Çizelge 4.1 (devam). Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri (n=412).

Değişkenler	N	%
Emekli	89	21,60
Ev hanımı	216	52,43
Gelir durumu		
Gelir giderden az	81	19,66
Gelir gidere denk	312	75,73
Gelir giderden fazla	19	4,61
Sağlık güvencesi		
SGK	16	3,88
Emekli sandığı	127	30,83
Bağ-kur	145	35,19
Özel sigorta	5	1,21
Yok	119	28,88
Sigara kullanımı		
Evet	62	15,05
Hayır	350	84,95
Alkol kullanımı		
Evet	5	1,21
Hayır	407	98,79
Düzenli egzersiz yapma durumu		
Evet	16	3,88
Hayır	396	96,12

N: Kişi Sayısı, %: Yüzde, $\bar{x}$: Ortalama, ss: standart sapma, *min*: en küçük değer, *max*: en büyük değer

Katılımcıların %44,90'u 10 yıldan daha az süredir hipertansiyon hastası olup, %58,98'i yemeklerde tuz kullanımına dikkat etmediğini ifade etmiştir. Bireylerin ikili ilaç kullanım oranı %40,78, ilaçlarını düzenli kullananların oranı ise %56,06'dır. Katılımcıların %61,89'unda hipertansiyonun yanında ek kronik hastalığı ve çoğunluğunun (%88,59) birinci derece yakınında kalp damar hastalığı öyküsü saptanmıştır (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özellikleri.

Değişkenler	N	%
Yemeklerde tuz kullanımına dikkat etme durumu		
Evet	161	39,08
Hayır	243	58,98
Tuz kullanmam	8	1,94
HT süresi (yıl)		
1-9 yıl	185	44,90
10-18 yıl	178	43,20
19-27 yıl	41	9,95
28 yıl ve daha fazla	8	1,94
Bir günde kullanılan ilaç sayısı		
Tekli	102	24,76
İkili	168	40,78
Üçlü	142	34,47
İlaçları düzenli kullanma durumu		
Evet	231	56,06
Hayır	35	8,50
Tansiyonum yükseldiğinde alırım.	146	35,44
Başka kronik hastalık varlığı		
Yok	157	38,11
Var	255	61,89
Ek kronik hastalığı		
Diyabet	195	47,33
Koah	16	3,88
Astım	12	2,91
Diyabet+diğer(koah,astım,kanser,quatr,vb)	25	6,07
Diğer(koah,astım,kanser,quatr,vb)	7	1,69
Birinci derece akrabalarında erken yaşta kalp damar hastalığı öyküsü var mı?		
Evet	365	88,59
Hayır	47	11,41

N: Kişi Sayısı,%: Yüzde

Katılımcıların %31,31'inin beden kitle indeksleri 30-34,99 aralığında olup, %62,62'sinin sistolik kan basıncı 140 mmHg ve üzerinde iken; %24,97'sinin

diyastolik kan basıncı 90 mmHg'den daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların %58,25'inin açlık plazma glukozu 110 mg/dl altında, %64,32'sinin total kolesterolü 200 mg/dl'nin altında, %36,25'nin de HDL kolesterolü 40-50 mg/dl aralığında bulunmuştur (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Katılımcıların sağlık özellikleri.

Değişkenler	N	%
Beden kitle indeksi (kg/m2)		
25 altı	63	15,29
25-29.99	128	31,07
30-34.99	129	31,31
35-39.99	41	9,95
40 ve üzeri	51	12,38
Sistolik kan basıncı (mmHg)		
<140	154	37,38
≥140	258	62,62
Diastolik kan basıncı (mmHg)		
<90	305	74,03
≥90	107	25,97
Açlık plazma glukozu (mg/dl)		
<110(normal)	240	58,25
≥110-<126	72	17,48
≥126	100	24,27
Total kolesterol		
<200	265	64,32
200-239	92	22,33
≥240	55	13,35
Trigliserid (mg/dl)		
<150	217	52,67
150-199	101	24,51
200-499	91	22,09
>500	3	0,73
LDL (mg/dl)		
<130	295	71,6
130-159	68	16,5
>160	49	11,89

Çizelge 4.3 (devam). Katılımcıların sağlık özellikleri.

Değişkenler	N	%
HDL (mg/dl)		
<40	86	20,87
40-50	151	36,65
51-60	123	29,85
60+	52	12,62

4.2. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.4’de katılımcıların KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalaması, Çizelge 4.5’de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre, KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalaması 4.6’da katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklere göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalaması ve Çizelge 4.7’de katılımcıların sağlık özelliklerine göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamasının dağılımları yer almaktadır.

Çizelge 4.4. Katılımcıların KHRFDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları.

Ölçek	$\bar{x} \pm ss$	Medyan	min-max
KHRFDÖ Toplam	33,35 $\pm$ 7,27	34	14-52
Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu	5,66 $\pm$ 1,73	6	0-8
Algılanan kalp krizi riski/inme riski	16,61 $\pm$ 4,71	17	6-27
Sağlıklı beslenme niyetleri	16,74 $\pm$ 3,17	16	7-26
Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	5,34 $\pm$ 1,21	5	0-8

$\bar{x}$:Ortalama, ss: standart sapma, *min*: en küçük değer, *max*: en büyük değer

Çalışmada KHRFDÖ toplam puan ortalaması 33,35 $\pm$ 7,27 olarak saptanmıştır. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği alt boyut puanları değerlendirildiğinde; kalp krizi/inme hakkında bilgi formu puan ortalaması 5,66 $\pm$ 1,73, algılanan kalp krizi riski/inme riski puan ortalaması 16,61 $\pm$ 4,71, sağlıklı beslenme niyetleri puan ortalaması 16,74 $\pm$ 3,17, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puan ortalaması ise 5,34 $\pm$ 1,21’dir.

Çizelge 4.5. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı.

Değişkenler	Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu	Algılanan kalp krizi riski/inme riski	Sağlıklı beslenme niyetleri	Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	Toplam puan
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
Yaş					
50 yaş altı	5,91±1,70	16,04±4,67	16,68±3,00	5,38±1,13	32,71±7,10
50-64 yaş	5,58±1,68	16,80±4,96	16,69±3,10	5,32±1,11	33,49±7,47
65-74 yaş	5,31±1,83	17,33±4,00	17,14±3,71	5,39±1,34	34,47±7,17
75 yaş ve üzeri	4,75±2,55	18,50±1,51	16,63±4,63	4,75±3,06	35,13±5,64
Test	p=0,06**	p=0,13**	p=0,69**	p=0,80**	p=0,27**
	H=7,45	H=5,72	H=1,46	H=1,01	H=3,97
Cinsiyet					
Kadın	5,61±1,66	16,40±4,73	16,57±3,20	5,30±1,24	32,97±7,29
Erkek	5,77±1,89	17,05±4,67	17,10±3,08	5,41±1,13	34,14±7,17
Test	p=0,13*	p=0,17*	p=0,14*	p=0,37*	p=0,14*
	z=-1,53	z=-1,36	z=-1,49	z=-0,89	z=-1,48
Medeni durum					
Evli	5,68±1,70	16,52±4,66	16,68±3,20	5,38±1,19	33,20±7,29
Bekar	5,59±1,84	16,91±4,89	16,95±3,05	5,21±1,25	33,85±7,20
Test	p=0,83*	p=0,73*	p=0,59*	p=0,19*	p=0,68*
	z=-0,22	z=-0,34	z=-0,54	z=-1,32	z=-0,41
Eğitim durumu					
Okuryazar Değil	4,44±2,43	17,17±4,30	16,67±3,83	4,94±2,07	33,83±7,01
Okuryazar	5,01±2,05	17,83±4,53	17,16±3,32	5,51±1,22	34,99±7,23
İlkokul	5,76±1,56	16,35±4,73	16,63±3,10	5,29±1,14	32,98±7,26
Lise	6,91±1,08	15,17±4,67	16,04±2,33	5,30±0,76	31,22±6,30
Üniversite ve üzeri	7,00±0,00	19,80±4,44	20,80±3,70	7,20±0,84	40,60±7,64
Test	p=0,00**	p=0,04***	p=0,03***	p=0,02**	p=0,02***
	H=29,89	F=2,59	F=2,77	H=12,27	F=2,88
Meslek					
Çalışmıyor	5,73±1,98	18,20±5,36	17,73±4,64	5,47±1,96	35,93±9,42
İşçi	5,73±1,63	16,81±4,71	16,76±2,79	5,46±1,11	33,57±6,88
Memur	7,00±0,50	17,00±5,50	18,33±4,72	6,44±1,33	35,33±9,96
Emekli	5,66±1,92	17,63±4,29	17,52±3,16	5,45±1,22	35,15±6,79
Ev hanımı	5,56±1,69	15,98±4,73	16,28±3,04	5,19±1,14	32,26±7,17

Çizelge 4.5 (devam). Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı.

Değişkenler	Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu	Algılanan kalp krizi riski/inme riski	Sağlıklı beslenme niyetleri	Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	Toplam puan
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
Test	p=0,05**	p=0,02**	p=0,01**	p=0,01**	p=0,01***
	H=9,31	H=11,72	H=13,30	H=13,15	F=3,31
Gelir durumu					
Gelirim giderimden az	5,64±1,76	16,74±4,84	16,58±3,21	5,35±1,22	33,32±7,40
Gelirim giderime denk	5,64±1,75	16,51±4,65	16,66±3,12	5,29±1,17	33,17±7,19
Gelirim giderimden fazla	6,05±1,27	17,63±5,28	18,79±3,29	6,16±1,50	36,42±7,64
Test	p=0,77**	p=0,50**	p=0,03**	p=0,03**	p=0,17***
	H=0,53	H=1,38	H=6,83	H=6,77	F=1,80
Sağlık güvencesi					
SGK	6,13±1,26	15,69±3,93	17,06±3,00	5,81±1,17	32,75±6,32
Emekli sandığı	5,54±1,94	17,66±4,37	17,35±3,37	5,40±1,35	35,01±7,04
Bağ-kur	5,88±1,62	16,12±4,81	16,30±3,09	5,30±1,05	32,41±7,43
Özel sigorta	5,60±0,55	14,60±5,41	16,40±3,78	5,40±1,52	31,00±7,52
Yok	5,46±1,70	16,29±4,89	16,61±2,98	5,25±1,22	32,89±7,22
Test	p=0,19**	p=0,03**	p=0,06**	p=0,33**	p=0,02**
	H=6,12	H=10,73	H=9,08	H=4,61	H=11,74
Sigara kullanımı					
Evet	5,60±1,80	17,52±5,04	17,34±3,38	5,56±1,20	34,85±7,74
Hayır	5,67±1,72	16,45±4,64	16,63±3,12	5,30±1,21	33,08±7,16
Test	p=0,95*	p=0,12*	p=0,11*	p=0,07*	p=0,08*
	z=-0,06	z=-1,57	z=-1,60	z=-1,83	z=-1,72
Alkol kullanımı					
Evet	6,60±1,67	22,00±2,92	19,40±4,34	6,40±1,34	41,40±5,32
Hayır	5,65±1,73	16,54±4,69	16,71±3,14	5,32±1,20	33,25±7,24
Test	p=0,20*	p=0,01*	p=0,14*	p=0,08*	p=0,02*
	z=-1,29	z=-2,53	z=-1,48	z=-1,77	z=-2,33
Egzersiz					
Evet	6,25±1,06	21,63±2,87	22,19±2,04	7,31±0,79	43,81±3,67
Hayır	5,63±1,75	16,40±4,66	16,52±3,00	5,26±1,15	32,92±7,06
Test	p=0,24*	p=0,00*	p=0,00*	p=0,00*	p=0,00*
	z=-1,18	z=-4,35	z=-6,01	z=-5,86	z=-5,62

x:Ortalama, ss: standart sapma,* Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis, ***Anova testi,

F: Tek yönlü varyans analiz için test istatistiği, z: Mann-Whitney U testi için test istatistiği, H: Kruskal-Wallis testi için test istatistiği.

Çalışmada katılımcıların eğitim durumu ile KHRFDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kalp krizi/inme hakkında bilgi formuna göre; ilkokul, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların puan ortalaması okuryazar olanlardan daha fazla; lise, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların puan ortalaması okuryazar olmayanlardan daha fazla, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların puan ortalaması da ilkokul eğitim durumuna sahip olanlardan daha fazla olduğu olduğu saptanmıştır. KHRFDÖ toplam puanı, algılanan kalp krizi/inme riski ve sağlıklı beslenme niyeti alt boyutlarına göre eğitim seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuşken ($p<0,05$); kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak fark tespit edilmemiştir. Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutunda; üniversite ve üzeri mezun olanların diğer tüm gruplardan puan ortalamasının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların meslekleri ile KHRFDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). KHRFDÖ toplam puanı, algılanan kalp krizi/inme riski ve sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu için, emekli olanların toplam puanı ev hanımı olanların puanından daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutunda ise; istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuşken ($p<0.05$); kategorik değişkenler arasında anlamlı fark tespit edilememiştir.

Gelir durumu ile algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler ve sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutunda geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması, geliri giderinden az ve geliri giderine denk olanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutunda ise istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmişken ($p<0.05$); kategorik değişkenler arasındaki fark incelendiğinde anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların sağlık güvencesi ile KHRFDÖ toplam puanı ve algılanan kalp krizi riski/inme riski alt boyutunda anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). KHRFDÖ toplam puanı ve algılanan kalp krizi/inme riski alt boyutuna göre; sağlık güvencesi emekli

sandığı olanların puan ortalaması, sağlık güvencesi bağ-kur olanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır.

Sigara kullanım durumuna göre KHRFDÖ'nün ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Alkol kullanım durumuna göre KHRFDÖ toplam puanı ve algılanan kalp krizi riski/inme riski arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve KHRFDÖ toplam puanı ve algılanan kalp krizi riski/inme riski puanı için farkın alkol kullananlar yönünde fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Egzersiz yapma durumuna göre KHRFDÖ toplam puanı, algılanan kalp krizi riski/inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ve puan farkının egzersiz yapanlar yönünden fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Çizelge 4.6. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklere göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı.

Değişkenler	Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu	Algılanan kalp krizi riski/inme riski	Sağlıklı beslenme niyetleri	Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	Toplam puan
	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$	$\bar{X} \pm ss$
Yemeklerde tuz kullanımına dikkat etme durumu					
Evet	5,68±1,66	16,81±4,66	16,85±3,13	5,34±1,32	33,66±6,97
Hayır	5,67±1,79	16,53±4,71	16,65±3,19	5,33±1,13	33,19±7,42
Tuz kullanmam	5,00±1,69	14,88±6,13	17,13±3,72	5,50±1,31	32,00±9,01
Test	p=0,53**	p=0,47**	p=0,74**	p=0,97**	p=0,48**
	H=1,28	H=1,51	H=0,59	H=0,06	H=1,46
HT süresi (yıl)					
1-9 yıl	6,01±1,54	15,68±4,70	16,28±3,14	5,29±1,13	31,96±7,28
10-18 yıl	5,57±1,76	16,96±4,71	16,93±2,97	5,37±1,11	33,89±7,12
19-27 yıl	4,54±1,92	18,80±4,06	17,54±3,90	5,27±1,82	36,34±6,87
28 yıl ve daha fazla	5,38±1,92	18,88±2,85	19,13±1,73	6,13±0,99	38,00±4,41
Test	p=0,00**	p=0,00**	p=0,01**	p=0,18**	p=0,00**
	H=21,57	H=20,00	H=12,25	H=4,91	H=19,19
Bir günde kullanılan ilaç sayısı					
Tekli	6,17±1,36	14,56±4,26	15,54±3,14	5,08±0,99	30,10±6,81
İkili	5,73±1,58	17,09±4,41	16,94±3,00	5,40±1,19	34,03±6,89
Üçlü	5,21±2,02	17,51±4,95	17,37±3,17	5,45±1,34	34,87±7,34
Test	p=0,00**	p=0,00**	p=0,00**	p=0,04**	p=0,00**
	H=12,55	H=27,60	H=19,79	H=6,32	H=28,16
İlaçların düzenli kullanımı					
Evet	5,87±1,64	16,97±4,76	17,00±3,24	5,46±1,28	33,97±7,31
Hayır	5,09±1,88	15,80±4,11	16,09±3,42	5,11±1,23	31,89±7,17
Tansiyon yükseldiğinde	5,47±1,79	16,23±4,75	16,49±2,96	5,20±1,05	32,71±7,16
Test	p=0,02**	p=0,13**	p=0,07**	p=0,05**	p=0,07**
	H=8,38	H=4,12	H=5,31	H=5,82	H=5,24
Ek kronik hastalıklar					
Yok	5,96±1,59	16,09±4,98	16,49±3,40	5,36±1,28	32,58±7,72
Var	5,47±1,79	16,93±4,52	16,89±3,01	5,32±1,16	33,82±6,95
Test	p=0,01*	p=0,07*	p=0,29*	p=0,49*	p=0,06*
	z=-2,68	z=-1,82	z=-1,06	z=-0,69	z=-1,92

Çizelge 4.6 (devam). Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklere göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı.

Değişkenler	Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu	Algılanan kalp krizi riski/inme riski	Sağlıklı beslenme niyetleri	Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	Toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Ek kronik hastalıklar					
Diyabet	5,54±1,77	16,69±4,60	16,64±2,88	5,25±1,15	33,33±6,88
Koah	5,13±1,67	18,69±2,82	17,75±2,62	5,31±1,14	36,44±4,76
Astım	6,08±1,98	15,67±5,43	16,17±3,41	5,25±0,87	31,83±8,58
Diyabet+diğer(koah,astım,kanser,quatr,vb)	5,00±1,91	18,52±3,77	18,80±3,25	6,00±1,35	37,32±6,47
Diğer (koah,astım,kanser,quatr,vb)	5,13±1,81	15,63±4,96	16,38±3,38	5,00±0,76	32,00±7,65
Test	p=0,01**	p=0,10***	p=0,29**	p=0,49**	p=0,02***
	H=7,20	F=1,95	H=1,13	H=0,47	F=2,87
Birinci derece akrabalarda erken yaşta kalp damar hastalığı öyküsü					
Evet	5,63±1,70	16,73±4,74	16,86±3,25	5,38±1,24	33,59±7,37
Hayır	5,85±1,98	15,66±4,42	15,79±2,25	5,04±0,93	31,45±6,16
Test	p=0,15*	p=0,11*	p=0,01*	p=0,04*	p=0,04*
	z=-1,45	z=-1,58	z=-2,49	z=-2,08	z=-2,08

x:Ortalama, ss: standart sapma,* Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis, ***Anova testi,

F: Tek yönlü varyans analiz için test istatistiği, z: Mann-Whitney U testi için test istatistiği, H: Kruskal-Wallis testi için test istatistiği.

Katılımcıların hipertansiyon hastalığı süresi ile KHRFDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). KHRFDÖ toplam puanı, kalp krizi/inme hakkında bilgi formu ve sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutları için 10 yıl ve üzeri hipertansiyon hastalığı süresi olanların puan ortalaması, 10 yıldan daha az olanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin kullandıkları ilaç sayısı ile KHRFDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). KHRFDÖ toplam puanı, algılanan kalp krizi riski/inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutları için 2 ve 3 ilaç kullananların puan ortalaması, 1 ilaç kullananlardan da fazla olduğu saptanmıştır. Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu puanları için ise; 3 ilaç kullananların puan ortalaması, 1 ilaç kullananlardan daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin ilaç kullanım düzeni ile kalp krizi/inme bilgi formu arasında istatistiksel olarak fark bulunmuşken ($p<0.05$), kategorik değişkenler arasındaki fark incelendiğinde anlamlı fark tespit edilmemiştir.

Ek kronik hastalık varlığı ile kalp krizi/inme hakkında bilgi formu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu puan ortalaması ek kronik hastalığı olmayanların, olanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır.

Ek kronik hastalığı olanlar ile KHRFDÖ toplam puanı ve kalp krizi/inme hakkında bilgi formu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kategorik değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde ise değişkenler arasında anlamlı fark tespit edilememiştir.

Birinci derece akrabalarda erken yaşta kalp damar hastalığı öyküsü olma durumuna göre; KHRFDÖ toplam puanı, sağlıklı beslenme niyetleri ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Birinci derece akrabalarında kalp damar hastalığı öyküsü olanların toplam puanı, olmayanlardan daha fazla bulunmuştur.

Çizelge 4.7. Katılımcıların sağlık özelliklerine göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımları.

Değişkenler	Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu	Algılanan kalp krizi riski/inme riski	Sağlıklı beslenme niyetleri	Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	KHRFDÖ toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Beden kitle indeksi (kg/m2)					
25 altı	5,63±1,76	15,44±4,59	16,24±3,27	5,18±1,07	31,68±7,33
25-29.99	5,63±1,84	16,73±4,53	16,71±3,18	5,29±1,32	33,44±7,00
30-34.99	5,65±1,77	16,73±4,79	16,91±3,15	5,39±1,14	33,64±7,33
35-39.99	5,80±1,42	16,76±4,99	16,78±2,90	5,46±1,12	33,54±7,51
40 ve üzeri	5,74±1,24	18,89±4,68	17,47±3,36	5,63±1,57	36,37±7,29
Test	p=0,99**	p=0,04**	p=0,26**	p=0,64**	p=0,07**
	H=0,11	H=9,84	H=5,30	H=2,53	H=8,60
Sistolik kan basıncı (mmgH)					
<140	12,51±2,62	23,57±4,89	16,25±2,19	7,18±1,34	47,01±7,39
≥140	12,55±2,86	23,63±4,61	16,49±2,40	7,43±1,11	47,55±7,20
Test	p=0,96*	p=0,75*	p=0,45*	p=0,06*	p=0,44*
	z=0,05	z=0,31	z=0,76	z=1,92	z=0,78
Diastolik kan basıncı (mmgH)					
<90	12,55±2,66	23,38±4,78	16,35±2,30	7,27±1,23	47,00±7,28
≥90	12,50±3,07	24,26±4,47	16,55±2,39	7,53±1,13	48,35±7,16
Test	p=0,39*	p=0,07*	p=0,37*	p=0,06*	p=0,07*
	z=-0,86	z=1,82	z=0,89	z=1,9	z=1,81
Açlık plazma glukozu (mg/dl)					
<110	5,74±1,67	16,28±4,82	16,65±3,29	5,30±1,21	32,93±7,52
≥110-<126	5,51±1,89	17,90±4,37	17,44±3,03	5,61±1,39	35,35±6,68
≥126	5,56±1,77	16,47±4,57	16,44±2,91	5,24±1,04	32,91±6,88
Test	p=0,49**	p=0,03**	p=0,09**	p=0,08**	p=0,04**
	H=1,41	H=6,96	H=4,76	H=4,96	H=6,61
Trigliserid (mg/dl)					
<150	5,75±1,78	16,40±4,63	16,73±3,21	5,33±1,21	33,13±7,31
150-199	5,61±1,59	16,83±4,93	16,61±3,06	5,24±1,14	33,45±7,19
200-499	5,49±1,77	16,91±4,73	16,96±3,20	5,49±1,29	33,87±7,33
>500	5,67±2,52	15,00±3,46	15,00±2,65	4,67±0,58	30,00±6,08
Test	p=0,43**	p=0,59**	p=0,56**	p=0,54**	p=0,55**
	H=2,75	H=1,91	H=2,06	H=2,15	H=2,09

Çizelge 4.7(devam). Katılımcıların sağlık özelliklerine göre KHRFDÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımları.

Değişkenler	Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu	Algılanan kalp krizi riski/inme riski	Sağlıklı beslenme niyetleri	Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	KHRFDÖ toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Kolestrol(mg/dl)					
<200	5,63±1,76	16,64±4,70	16,81±3,28	5,36±1,24	33,45±7,37
200-239	5,70±1,55	16,21±4,47	16,59±2,84	5,21±1,13	32,79±6,60
>=240	5,71±1,92	17,11±5,17	16,65±3,15	5,45±1,15	33,76±7,87
Test	p=0,90**	p=0,64**	p=0,63**	p=0,24**	p=0,52**
	H=0,22	H=0,89	H=0,93	H=2,89	H=1,33
LDL (mg/dl)					
<130	5,66±1,72	16,76±4,57	16,87±3,11	5,40±1,19	33,62±7,09
130-159	5,57±1,82	15,79±4,75	16,50±2,94	5,22±1,16	32,29±6,93
>160	5,76±1,71	16,84±5,44	16,31±3,75	5,10±1,36	33,14±8,69
Test	p=0,87**	p=0,44**	p=0,45**	p=0,28**	p=0,35**
	H=0,28	H=1,66	H=1,61	H=2,51	H=2,12
HDL (mg/dl)					
<40	5,53±1,83	16,43±4,86	16,49±3,04	5,19±1,20	32,92±7,22
40-50	5,70±1,69	16,75±4,69	16,81±3,19	5,39±1,25	33,56±7,30
51-60	5,68±1,83	16,43±4,79	16,81±3,46	5,40±1,21	33,24±7,77
60+	5,69±1,54	16,81±4,48	16,79±2,67	5,31±1,09	33,60±6,21
	p=0,89**	p=0,98**	p=0,94**	p=0,75**	p=0,91**
	H=0,64	H=0,16	H=0,39	H=1,22	H=0,53

x:Ortalama, ss: standart sapma, * Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis, ***Anova testi,

F: Tek yönlü varyans analiz için test istatistiği, z: Mann-Whitney U testi için test istatistiği, H: Kruskal-Wallis testi için test istatistiği

Çalışmamızda beden kitle indeksi ile algılanan kalp krizi/inme riski arasında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ($p<0,05$). Kategorik değişkenler arasındaki fark incelendiğinde gruplar arasında fark saptanmamıştır.

Açlık kan glukozu ile KHRFDÖ toplam puanı ile algılanan kalp krizi/inme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiş ($p<0,05$) ve açlık kan glukozu ≥ 110 - <126 olan grubun puan ortalaması, <110 olan gruptan daha fazla olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların diğer sağlık verileri (sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, trigliserit, kolesterol, LDL, HDL) ile ölçek toplam puanı, bilgi formu ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.3. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.8’de katılımcıların HBHTUÖ ve alt boyutlarının toplam puan ortalaması, Çizelge 4.9’da katılımcıların HBHTUÖ ve alt boyutlarının toplam puan ortalaması, çizelge 4.10’da katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklere göre HBHTUÖ ve alt boyutlarının toplam puan ortalaması ve çizelge 4.11’de katılımcıların sağlık özelliklerine göre HBHTUÖ ve alt boyutlarının toplam puan ortalamasının dağılımları yer almaktadır.

Çizelge 4.8. Katılımcıların HBHTUÖ ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları.

Ölçek	$\bar{x}\pm ss$	Medyan	min.-max.
HBHTUÖ Toplam	18,35 $\pm$ 8,43	18	0-36
Medikal	9,96 $\pm$ 6,79	9	0-24
Beslenme	6,37 $\pm$ 2,08	6	0-9
Görüşme	2,02 $\pm$ 1,36	3	0-3

Ort.: ortalama; SS: standart sapma; min.: minimum; max.: maksimum.

Çalışmada HBHTUÖ toplam puan ortalaması 18,35 $\pm$ 8,43 olarak saptanmıştır. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği alt boyut puanları değerlendirildiğinde, medikal alt boyut puan ortalaması 9,96 $\pm$ 6,79, beslenme alt boyutu puan ortalaması 6,37 $\pm$ 2,08 ve görüşme alt boyutu puan ortalaması ise 2,02 $\pm$ 1,36’dir.

Çizelge 4.9. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre HBHTUÖ ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımı.

Değişkenler	Medikal	Beslenme	Görüşme	Toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Yaş				
50 yaş altı	10,08±6,84	6,77±1,80	2,04±1,36	18,89±8,30
50-64 yaş	9,74±6,83	6,18±2,21	2,02±1,36	17,94±8,52
65-74 yaş	10,53±6,65	6,00±2,29	2,06±1,32	18,59±8,69
75 ve üzeri	9,50±6,28	5,50±1,07	1,38±1,51	16,38±8,03
Test	p=0,87**	p=0,01**	p=0,56**	p=0,70**
	H=0,72	H=11,44	H=2,08	H=1,43
Cinsiyet				
Kadın	10,08±6,64	6,40±2,10	2,01±1,36	18,49±8,27
Erkek	9,71±7,11	6,31±2,05	2,03±1,35	18,05±8,80
Test	p=0,56*	p=0,68*	p=0,97*	p=0,63*
	z=-0,58	z=-0,41	z=-0,03	z=-0,49
Medeni durum				
Evli	9,95±6,71	6,38±2,01	2,02±1,36	18,35±8,33
Bekar	10,01±7,07	6,34±2,31	2,01±1,36	18,36±8,83
Test	p=0,96*	p=0,95*	p=0,95*	p=0,88*
	z=-0,05	z=-0,06	z=-0,06	z=-0,15
Eğitim durumu				
Okuryazar Değil	9,11±6,63	5,72±2,35	1,56±1,46	16,39±8,34
Okuryazar	11,97±5,99	6,58±1,85	2,52±1,02	21,07±7,01
İlkokul	9,87±6,82	6,32±2,14	1,99±1,37	18,18±8,57
Lise	7,39±7,46	6,91±1,53	1,22±1,44	15,52±9,12
Üniversite ve üzeri	3,00±3,00	6,20±2,68	1,80±1,64	11,00±4,74
Test	p=0,00**	p=0,25**	p=0,00**	p=0,01**
	F=3,84	H=5,37	H=19,18	H=14,46
Meslek				
Çalışmıyor	9,33±7,33	6,20±2,31	2,07±1,33	17,60±8,58
İşçi	10,66±7,37	6,76±2,06	2,06±1,37	19,48±9,28
Memur	2,67±3,50	6,44±2,13	1,33±1,58	10,44±5,73
Emekli	9,78±6,33	6,07±1,71	1,94±1,36	17,79±7,49
Ev hanımı	10,12±6,67	6,36±2,20	2,06±1,35	18,53±8,42
Test	p=0,02**	p=0,05**	p=0,59**	p=0,04***
	H=11,47	H=9,42	H=2,82	F=2,54

Çizelge 4.9 (devam). Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre HBHTUÖ ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımı.

Değişkenler	Medikal	Beslenme	Görüşme	Toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Gelir durumu				
Gelir giderden az	10,98±6,77	6,14±2,29	2,22±1,26	19,33±8,24
Gelir giderim denk	9,97±6,79	6,43±2,03	2,01±1,36	18,41±8,53
Gelir giderden fazla	5,53±5,11	6,47±1,93	1,26±1,41	13,26±5,82
Test	p=0,01**	p=0,41**	p=0,01**	p=0,02***
	H=10,07	H=1,78	H=8,72	F=4,07
Sağlık güvencesi				
SGK	8,81±7,62	6,88±1,41	1,56±1,46	17,25±9,15
Emekli sandığı	9,53±6,52	6,12±1,79	1,93±1,39	17,57±7,88
Bağ-kur	9,67±6,85	6,33±2,23	2,04±1,38	18,04±8,78
Özel sigorta	9,60±7,70	7,60±1,95	1,00±1,41	18,20±9,12
Yok	10,96±6,84	6,57±2,23	2,18±1,26	19,71±8,43
Test	p=0,45**	p=0,13**	p=0,11**	p=0,33***
	H=3,67	H=7,10	H=7,57	F=1,16
Sigara kullanımı				
Evet	9,98±6,59	6,35±2,10	2,19±1,28	18,53±8,54
Hayır	9,96±6,83	6,37±2,08	1,99±1,37	18,32±8,43
Test	p=0,95*	p=0,68*	p=0,30*	p=0,87*
	z=-0,06	z=-0,41	z=-1,05	z=-0,16
Alkol kullanımı				
Evet	12,20±7,66	6,60±2,79	3,00±0,00	21,80±10,26
Hayır	9,94±6,78	6,37±2,07	2,00±1,36	18,31±8,42
Test	p=0,48*	p=0,58*	p=0,09*	p=0,36*
	z=-0,70	z=-0,56	z=-1,71	z=-0,91
Egzersiz				
Evet	10,00±5,72	6,50±1,79	2,31±1,20	18,81±7,38
Hayır	9,96±6,83	6,37±2,09	2,01±1,36	18,33±8,48
Test	p=0,86*	p=0,90*	p=0,47*	p=0,87*
	z=-0,18	z=-0,13	z=-0,73	z=-0,17

x:Ortalama, ss: standart sapma,* Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis, ***Anova testi,

F: Tek yönlü varyans analiz için test istatistiği, z: Mann-Whitney U testi için test istatistiği, H: Kruskal-Wallis testi için test istatistiği.

Katılımcıların yaş ile beslenme alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Katılımcılardan 50 yaş altındakilerin ölçek puan ortalaması 50-64 yaş ve 75 yaş arasındaki gruptan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Cinsiyet ve medeni durum ile HBHTUÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Eğitim durumu ile HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve görüşme alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). HBHTUÖ toplam puanına göre, okuryazar olanların puan ortalaması, ilkokul ve üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Görüşme alt boyutuna göre eğitim durumu okuryazar olanların puan ortalaması, ilkokul ve lise olanlardan daha fazla olduğu tespit edilirken; medikal alt boyuta göre ise, okuryazar ve ilkokul düzeyinde eğitim durumuna sahip olanların puan ortalaması üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Meslekler ile HBHTUÖ toplam puanı ve medikal alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmayan, işçi, ev hanımı ve emekli olanların puan ortalaması memurlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda katılımcıların gelir durumu ile HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve görüşme alt boyutlarında istatistiksel olarak bulunmuştur ($p<0.05$). HBHTUÖ toplam puanı ve medikal alt boyuta göre, geliri giderinden az ve geliri giderine denk olanların toplam puanı, geliri giderinden daha fazla olan gruba göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Görüşme alt boyutuna göre ise; geliri giderinden az olanların toplam puanı, geliri giderinden fazla olan gruptan daha fazla bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcıların sağlık güvencesi, sigara, alkol ve egzersiz gibi değişkenlerle HBHTUÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Çizelge 4.10. Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklere göre HBHTUÖ ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımı.

Değişkenler	Medikal	Beslenme	Görüşme	Toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Yemeklerde tuz kullanımına dikkat etme durumu				
Evet	8,31±6,53	6,29±2,47	1,84±1,44	16,44±8,48
Hayır	10,96±6,81	6,55±1,58	2,10±1,31	19,61±8,26
Tuz kullanmam	13,00±4,47	2,75±3,49	2,88±0,35	18,63±5,78
Test	p=0,00**	p=0,00**	p=0,09**	p=0,00**
	H=17,39	H=10,64	H=4,91	H=12,87
HT süresi (yıl)				
1-9 yıl	9,13±6,96	6,58±2,03	1,82±1,42	17,53±8,76
10-18 yıl	10,50±6,72	6,24±2,08	2,14±1,32	18,88±8,24
19-27 yıl	11,10±6,31	6,10±2,11	2,32±1,13	19,51±7,94
28 yıl ve daha fazla	11,50±5,04	6,00±2,78	2,25±1,39	19,75±6,80
Test	p=0,16**	p=0,29**	p=0,07**	p=0,36**
	H=5,16	H=3,77	H=7,07	H=3,24
Bir günde kullanılan ilaç sayısı				
Tekli	8,12±6,95	6,47±2,00	1,47±1,47	16,06±8,90
İkili	9,97±6,45	6,49±1,91	2,12±1,33	18,58±7,88
Üçlü	11,28±6,79	6,15±2,31	2,29±1,20	19,73±8,44
Test	p=0,00**	p=0,66**	p=0,00**	p=0,01**
	H=11,35	H=0,82	H=20,94	H=9,19
İlaçları düzenli kullanma durumu				
Evet	6,17±5,84	6,20±2,23	1,57±1,50	13,94±7,74
Hayır	16,23±4,22	6,37±1,93	2,66±0,76	25,26±5,24
Tansiyonum yükseldiğinde alırım.	14,47±4,40	6,64±1,83	2,58±0,89	23,68±5,37
Test	p=0,00**	p=0,42**	p=0,00**	p=0,00**
	H=176,42	H=1,75	H=40,98	H=156,31
Başka kronik hastalık varlığı				
Yok	9,68±7,28	6,47±1,99	1,98±1,38	18,13±9,04
Var	10,14±6,47	6,31±2,13	2,04±1,35	18,49±8,05
Test	p=0,48*	p=0,60*	p=0,75*	p=0,70*
	z=-0,70	z=-0,52	z=-0,32	z=-0,39
Ek kronik hastalıklar				
Diyabet	9,85±6,50	6,39±2,14	1,95±1,38	18,19±8,11
Koah	13,06±6,31	6,38±1,36	2,50±1,03	21,94±7,17
Astım	6,42±6,30	6,58±1,31	1,50±1,57	14,50±7,88

Diyabet+diğer(koah,astım,kanser,quatr,vb)	12,12±5,23	5,52±2,37	2,52±1,00	20,16±6,74
---	------------	-----------	-----------	------------

Çizelge 4.10 (devam). Katılımcıların hastalıkları ile ilgili özelliklere göre HBHTUÖ ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımı

Değişkenler	Medikal	Beslenme	Görüşme	Toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Diğer(koah,astım,kanser,quatr,vb)	10,75±6,90	6,25±3,01	2,63±1,06	19,63±9,81
Test	p=0,04***	p=0,60**	p=0,75**	p=0,11***
	F=2,59	H=0,27	H=0,10	F=1,88
Birinci derece akrabalarında erken yaşta kalp damar hastalığı öyküsü var mı				
Evet	9,87±6,77	6,36±2,13	2,02±1,36	18,26±8,46
Hayır	10,66±6,90	6,45±1,68	1,98±1,34	19,09±8,26
Test	p=0,45*	p=0,99*	p=0,63*	p=0,61*
	z=-0,76	z=-0,01	z=-0,48	z=-0,51

x:Ortalama, ss: standart sapma,* Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis, ***Anova testi,

F: Tek yönlü varyans analiz için test isttistiği, z: Mann-Whitney U testi için test istatistiği, H: Kruskal-Wallis testi için test istatistiği.

Katılımcıların tuz kullanımına dikkat durumu ile HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve beslenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Tuz kullanımına dikkat etmeyenlerin toplam puanı, tuz kullanımına dikkat edenlerden daha fazla olduğu saptanmıştır.

Hipertansiyon hastalığı süresi ile HBHTUÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hipertansiyon hastalığı için bir günde kullanılan ilaç sayısı ile HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve görüşme alt boyutları toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Görüşme alt boyutuna göre, katılımcılardan günlük 2 ve 3 ilaç kullananların puan ortalaması 1 ilaç kullananlardan daha fazla iken; HBHTUÖ toplam puanı ve medikal alt boyuta göre 3 ilaç kullananların toplam puanı 1 ilaç kullananlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. İlaçların düzenli kullanımı ile HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve görüşme alt boyutları toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Düzenli ilaç kullanmayanlar ve tansiyonu yükseldiğinde kullananların toplam puanları ilaçlarını düzenli alanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur.

Ek kronik hastalık varlığı ile HBHTUÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Ek kronik hastalığı olanlar ile medikal alt boyut arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kategorik değişkenler arasındaki fark incelendiğinde değişkenler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Birinci derece de akrabalarda kardiyovasküler hastalık varlığı ile HBHTUÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Çizelge 4.11. Katılımcıların sağlık özelliklerine göre HBHTUÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımları.

Değişkenler	Medikal	Beslenme	Görüşme	Toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Beden kitle indeksi (kg/m²)				
25 altı(normal)	10,81±7,13	6,47±2,03	2,01±1,34	19,29±8,77
25-29.99 (pre- obez)	9,33±6,95	6,27±2,16	2,02±1,39	17,62±8,84
30-34.99 (I. derece obez)	10,50±6,73	6,43±1,95	2,03±1,36	18,96±8,11
35-39.99(II. derece obez)	9,71±6,45	6,39±2,39	1,90±1,36	18,00±8,34
40 ve üzeri (III.derece obez)	8,05±4,82	6,26±2,10	2,16±1,34	16,47±6,30
Test	p=0,30**	p=0,89**	p=0,88**	p=0,37**
	H=4,92	H=1,11	H=1,17	H=4,28
Sistolik kan basıncı (mmgH)				
<140	13,07±3,94	5,61±1,04	1,81±0,58	20,51±5,01
≥140	12,33±3,46	5,41±0,99	1,74±0,57	19,50±4,32
Test	p=0,12*	p=0,13*	p=0,23*	p=0,10*
	z=-1,57	z=-1,52	z=-1,19	z=-1,68
Diyastolik kan basıncı (mmgH)				
<90	12,90±3,74	5,55±1,05	1,84±0,57	20,29±4,72
≥90	11,78±3,31	5,34±0,93	1,60±0,56	18,71±4,08
Test	p=0,01*	p=0,12*	p=0,00*	p=0,00*
	z=-2,52	z=-1,57	z=-3,7	z=-2,86
Açlık plazma glukozu (mg/dl)				
<110(normal)	10,14±6,83	6,48±2,05	2,04±1,35	18,65±8,49
≥110-<126 (pre-diyabet)	9,61±6,99	6,53±1,96	1,90±1,39	18,04±8,76
≥126 (diyabet)	9,80±6,58	6,01±2,21	2,05±1,37	17,86±8,10
Test	p=0,81**	p=0,23**	p=0,63**	p=0,72**
	H=0,43	H=2,90	H=0,91	H=0,65
Trigliserid (mg/dl)				
<150 (normal)	10,30±7,07	6,51±2,01	2,04±1,34	18,85±8,61
150-199 (sınırdaki yüksek)	10,11±6,45	6,27±2,14	2,10±1,35	18,48±8,03
200-499 (yüksek)	9,01±6,51	6,16±2,19	1,84±1,42	17,01±8,52
>500 (çok yüksek)	9,67±4,04	6,00±0,00	3,00±0,00	18,67±4,04
Test	p=0,51**	p=0,68**	p=0,25**	p=0,33**
	H=2,34	H=1,53	H=4,09	H=3,43

Çizelge 4.11 (devam). Katılımcıların sağlık özelliklerine göre HBHTUÖ ve alt boyut toplam puan ortalamalarının dağılımları.

Değişkenler	Medikal	Beslenme	Görüşme	Toplam puan
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
Kolesterol(mg/dl)				
<200 (normal)	9,92±6,86	6,51±2,12	2,07±1,35	18,50±8,56
200-239 (sınırdan yüksek)	10,55±6,37	6,00±1,99	2,10±1,32	18,65±7,74
≥240 (yüksek riskli)	9,16±7,13	6,33±1,95	1,64±1,43	17,13±8,96
Test	p=0,45**	p=0,05**	p=0,06**	p=0,51**
	H=1,58	H=5,94	H=5,74	F=0,68
LDL (mg/dl)				
<130 (normal)	9,94±6,68	6,52±2,02	2,08±1,34	18,54±8,17
130-159 (sınırdan yüksek)	10,51±7,06	5,97±1,89	1,99±1,33	18,47±8,48
≥160 (yüksek riskli)	9,35±7,12	6,04±2,57	1,69±1,45	17,08±9,91
Test	p=0,58**	p=0,03**	p=0,14**	p=0,62**
	H=1,10	H=6,83	H=3,98	H=0,94
HDL (mg/dl)				
<40 (riskli)	9,55±7,11	6,22±2,22	1,98±1,37	17,74±9,04
40-50 (iyi)	9,99±6,68	6,39±2,12	1,97±1,38	18,35±8,47
51-60 (iyi)	10,17±6,73	6,52±1,92	2,05±1,36	18,74±8,02
60+ çok iyi	10,12±6,86	6,25±2,05	2,17±1,29	18,54±8,33
Test	p=0,96**	p=0,97**	p=0,80**	p=0,94**
	H=0,29	H=0,25	H=1,02	H=0,39

x:Ortalama, ss: standart sapma,* Mann-Whitney U, **Kruskal-Wallis, ***Anova testi,

F: Tek yönlü varyans analiz için test istatistiği, Z: Mann-Whitney U testi için test istatistiği, H: Kruskal-Wallis testi için test istatistiği.

Katılımcıların beden kitle indeksi, açlık plazma glukozu, kolesterol, trigliserit, LDL ve HDL değerleri ile HBHTUÖ ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Sistolik kan basıncı ile HBHTUÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Diyastolik kan basıncı ile medikal ve görüşme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Medikal alt boyutunda diyastolik kan basıncı <90 olanların puan ortalamasının, ≥ 90 olanlardan daha yüksek, görüşme alt boyutunda ise, diyastolik kan basıncı <90 olanların puan ortalamasının ≥ 90 olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4.4. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği ile Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği arasındaki Korelasyon Analizi

Ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığından; KHRFDÖ toplam puanı ile alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde;

KHRFDÖ toplam puanı ile algılanan kalp krizi riski/inme riski alt boyutu arasında ($r=.947$; $p=.000$) mükemmel ve pozitif doğrusal bir ilişki,

KHRFDÖ toplam puanı ile sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu arasında ($r=.875$; $p=.000$) yüksek ve pozitif doğrusal bir ilişki,

KHRFDÖ toplam puanı ile algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu arasında ($r=.647$; $p=.000$) orta ve pozitif doğrusal bir ilişki,

Sağlıklı beslenme niyetleri ile algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu ($r=.776$; $p=.000$) arasında yüksek ve pozitif doğrusal bir ilişki bulunmuştur.

Algılanan kalp krizi riski/inme riski ile sağlıklı beslenme niyetleri ($r=.699$; $p=.000$) arasında orta ve pozitif doğrusal bir ilişki,

Algılanan kalp krizi riski/inme riski ile algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu ($r=.502$; $p=.000$) arasında orta ve pozitif doğrusal bir ilişki,

Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu ile algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutu arasında($r=.178$; $p=.000$) düşük ve pozitif doğrusal bir ilişki bulunmaktadır (Çizelge 4.12.).

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği ile alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde;

HBHTUÖ toplam puanı ile beslenme alt boyutu arasında ($r=.374$; $p=.000$) orta ve pozitif doğrusal bir ilişki,

HBHTUÖ toplam puanı ile görüşme alt boyutu arasında ($r=.688$; $p=.000$) yüksek ve pozitif doğrusal bir ilişki,

HBHTUÖ toplam puanı ile medikal alt boyutu arasında ($r=.964$; $p=.000$) mükemmel ve pozitif doğrusal bir ilişki, beslenme ile görüşme alt boyutu arasında ($r=.157$; $p=.000$) düşük ve pozitif doğrusal bir ilişki, beslenme ile medikal alt boyutu arasında ($r=.163$; $p=.000$) düşük ve pozitif doğrusal bir ilişki, medikal ile görüşme ($r=.619$; $p=.000$) orta ve pozitif doğrusal bir ilişki bulunmaktadır (Çizelge 4.12.).

KHRFDÖ toplam puanı ve alt boyutları ile HBHTUÖ toplam puanı ve alt boyutları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ise;

KHRFDÖ toplam puanı ve HBHTUÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamaktadır ($r=0,06$, $p=0,22$),

HBHTUÖ toplam puanı ile kalp krizi/inme hakkında bilgi formu arasında ($r=-.146$; $p=.000$) düşük ve negatif doğrusal bir ilişki

Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu ile görüşme alt boyutu arasında ($r=-.143$; $p=.000$) düşük ve negatif doğrusal bir ilişki,

Algılanan kalp krizi riski/inme riski alt boyutu ile görüşme alt boyutu ($r=.171$; $p=.000$) arasında düşük ve pozitif doğrusal bir ilişki bulunmuştur.

Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu ile medikal alt boyutu arasında ($r=-.188$; $p=.000$) düşük ve negatif doğrusal bir ilişki bulunmaktadır (Çizelge 4.12.).

Çizelge 4.12. KHRFDÖ toplam ve alt boyutları ile HBHTUÖ toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki.

		KHRFDÖ GENEL	HBHTUÖ GENEL	Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu	Algılanan kalp krizi riski/inme riski	Sağlıklı beslenme niyetleri	Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	Beslenme	Görüşme	Medikal
KHRFDÖ GENEL	r	1								
	p									
HBHTUÖ GENEL	r	0,06	1							
	p	0,22								
Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu	r	0,06	-,146**	1						
	p	0,26	0,00							
Algılanan kalp krizi riski/inme riski	r	,947**	0,06	0,03	1					
	p	0,00	0,20	0,58						
Sağlıklı beslenme niyetleri	r	,875**	0,03	,104*	,699**	1				
	p	0,00	0,48	0,03	0,00					
Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	r	,647**	0,02	,178**	,502**	,776**	1			
	p	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00				
Beslenme	r	0,03	,374**	,113*	0,01	0,04	0,04	1		
	p	0,59	0,00	0,02	0,78	0,46	0,37			
Görüşme	r	,150**	,688**	-,143**	,171**	0,08	0,04	,157**	1	
	p	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,43	0,00		
Medikal	r	0,05	,964**	-,188**	0,04	0,03	0,02	,163**	,619**	1
	p	0,36	0,00	0,00	0,39	0,55	0,72	0,00	0,00	

**Korelasyon 0,01 seviyesinde anlamlıdır. *Korelasyon 0,05 seviyesinde anlamlıdır. Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan kalp krizi riski/inme riski, algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeğinin alt boyutlarıdır. Beslenme, medikal ve görüşme Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğinin alt boyutlarıdır.

5.TARTIŞMA

Hipertansiyonu olan hastalarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ve tedaviye uyumun değerlendirildiği bu tanımlayıcı ve kesitsel tipteki araştırmada; katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular, hipertansiyonu olan hastalarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığına ilişkin bulgular, tedaviye uyuma ilişkin bulgular ve bu iki ölçeğin toplam puanları arasındaki ilişkiye yönelik bulgular olarak tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yaş ortalaması $52,56 \pm 11,43$ ve %67,96'sı kadındır. Patent 2 çalışması sonuçlarına göre, ülkemizde hipertansiyonun prevalansı kadınlarda %32,3, erkeklerde ise %28,4 olarak bulunmuştur (Onat vd., 2017). Diğer bir çalışma olan TEKHARF çalışmasına göre; kadınlarda hipertansiyon prevalansının erkeklerden daha fazla olduğu ve 50 yaş üzerinde hipertansiyon sıklığının arttığı bulunmuştur (Arıcı vd., 2015). Çataldeğirmen, (2021)'in yaptığı çalışmaya göre ise katılımcıların %67,4'ü kadın, %32,6'sı erkek; yaş ortalaması ise $56,9 \pm 9,15$ 'tir. Çalışmamızda katılımcıların yaşa ve cinsiyete göre dağılımı literatürle benzer özellikler göstermektedir. Çalışmamızda kadınların yüzdesinin fazla olması, ülkemizde hipertansiyonun kadınlarda daha fazla görülmesinin yanı sıra, çalışmanın yapıldığı bölgedeki kadınların daha ulaşılabilir olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %76,94'ü evli, %72,09'u ilkokul mezunu, %71,11'i bir sağlık güvencesine sahip ve %52,43 ise ev hanımıdır. Gün ve Korkmaz, (2014)'ın yaptığı çalışmada ise; hastaların %70,9'nun evli, %64,8'inin okuryazar-ilköğretim mezunu, %98,8'nin sağlık güvencesine sahip ve %33,3 nün emekli olduğu saptanmıştır. Çalışmamız değişken yönünden literatürle benzer ve farklı özellikler göstermektedir. Bu durumun çalışmamızın yapıldığı bölge ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların %84,95 sigara, %98,79'nun alkol kullanmadığı, %96,12'sinin ise düzenli egzersiz yapma alışkanlığının olmadığı tespit edilmiştir. Çataldeğirmen, (2021)'in yaptığı çalışmaya göre ise katılımcıların, % 75' inin sigara, % 97,9' unun alkol kullanmadığı, % 55,1' inin ideal kilosunda olmaya ve ideal kilosunda kalmaya dikkat etmediği saptanmıştır. Sigara ve alkol kullanmayanların oranlarının yüksek

oluşu, çalışma grubumuzun çoğunluğunun kadınlardan oluşması ve çalışmanın yapıldığı bölge halkının kültürel ve ekonomik özellikleri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda katılımcıların gelir durumu %75,73 oranında gelirim giderime denk olarak saptanmıştır. Bu durumun çalışmanın yapıldığı bölgenin ekonomik ve çalışma koşullarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir

Katılımcıların %58,98 oranında yemeklerde tuz kullanıma dikkat etmedikleri saptanmıştır. Çöl vd., (2006)'ün yaptığı çalışmada hipertansiyon hastalarının yaşam alışkanlıkları değişiminde en fazla uyguladıkları girişimin tuz kısıtlaması olduğunu tespit etmişlerdir. Çalışmamızda ise katılımcıların dikkat etmediği görülmüştür. Çalışmamızda oluşan farklılığın sebebinin ise; katılımcıların bu konuda bilgi ve eğitim eksikliği olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %55,9'u 10 yıldan daha fazla süredir hipertansiyon hastasıdır. Emre vd., (2020)'nin yaptığı çalışmaya göre 10 yıldan daha fazla süredir hipertansiyon hastası olanların oranı %35,9 iken; Tokem vd., (2013)'nin yaptığı çalışmaya göre ise %33,1'dir. Literatür ile çalışma bulguları arasında farklılığın hipertansiyonun risk faktörlerinin kişiler arasında değişkenlik gösterebileceği bu nedenle de hipertansiyonun başlama zamanının farklı olabileceğinden kaynaklanmış olabileceği akla gelmektedir

Çalışmamızda ilaçlarını düzenli kullananların oranı %56,06 olarak bulunmuştur. Literatürle karşılaştırıldığında ise; Şahin ve Biçer, (2015)'e göre %52,3, Gökçe, (2019)'a göre %80,3, Sevinen, (2019)'a göre ise %80 olarak bulunmuştur. Literatür ile çalışmamız sonuçları arasında farklar bulunmaktadır. Oluşan bu farklılığın cevapların çoğunlukla hastanın kendi ifadesine dayanılarak ulaşıldığı için hastanın beyanından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların %61,89'unda hipertansiyonun yanında ek kronik hastalığı bulunmaktadır. Yıldırım, (2019)'ın İstanbul'da bir aile sağlığı merkezinde yaptığı çalışmada hipertansiyon hastalarının ek kronik hastalığı olma oranı %74,5'tir. Gün, (2012)'ün yaptığı çalışmaya göre ise %54,5'tir. Çalışılan hasta bölgelerinin farklılığı da göz önüne alındığında çalışmamız literatürle benzer özellikler göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %88,59'nun birinci derece yakınında kalp damar hastalığı öyküsü saptanmıştır. Çalışkan, (2018) yaptığı çalışmada ise %57,6 oranında birinci derece yakınlarında kalp damar hastalığı öyküsü saptamıştır. Oluşan farklılığın sebebin çalışmanın yapıldığı katılımcıların genetik özellikleri ve yaşam tarzı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

5.2. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığına İlişkin Bulguların Tartışılması

Kardiyovasküler risk, yetişkin bir insanın yakın gelecekte kardiyovasküler hastalık yaşama olasılığını tanımlamaktadır. Kardiyovasküler riski oluşturan önlenemez ve önlenemeyen risk faktörleri bulunmakta olup, hipertansiyon önlenemeyen önemli risk faktörleri arasında yer almaktadır (TEMD, 2022). 2030 yılına gelindiğinde 23 milyon olarak öngörülen kardiyovasküler hastalığın hipertansiyon temelli oluşacağı belirtilmiştir (TÜİK, 2016). Bu nedenle hipertansiyon hastalarında kardiyovasküler risk farkındalığının önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların kardiyovasküler risk farkındalığını değerlendirmek için Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Kullanılan ölçeğin ülkemizdeki Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Vural Doğru vd., (2021) tarafından 2021 yılında yapılmıştır. Bu ölçekle yapılmış başka bir çalışmaya ulaşamadığı için ölçek karşılaştırmaları farklı kardiyovasküler risk bilgi düzeyi ölçekleri ile yapılmıştır.

Çalışmamızda KHRFDÖ toplam puan ortalaması $33,35 \pm 7,27$, kalp krizi/inme hakkında bilgi formu puan ortalaması $5,66 \pm 1,73$, algılanan kalp krizi riski/inme riski puan ortalaması ise $16,61 \pm 4,71$, sağlıklı beslenme niyetleri puan ortalaması $16,74 \pm 3,17$ ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler puan ortalaması ise $5,34 \pm 1,21$ 'dir. Ölçek ile alt boyutlarında alınan puanın artması bireylerin kardiyovasküler hastalıklara yönelik farkındalığının da arttığını göstermektedir. Buna göre, katılımcıların kardiyovasküler hastalıklara yönelik farkındalığının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Sarıhan, (2020)'ın, kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeğini kullanarak, hipertansiyon hastalarının kardiyovasküler hastalıklar risk bilgi düzeylerini değerlendirdiği çalışmasında, kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeylerinin orta düzeyde ($17,94 \pm 4,81$) olduğu

değerlendirilmiştir. Yeşil Bayülgen ve Altınok, (2017)'un perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda kardiyovasküler hastalıklar risk bilgi düzeyini değerlendirdiği çalışmasında, katılımcıların kardiyovasküler risk bilgi düzeyinin orta düzeyde ($20,98 \pm 4,10$) olduğu saptanmıştır. Sayın Kasar ve Vural Doğru, (2022)'nin diyabetli bireylerle kalp hastalığı ve bilgi ölçeği (KAHARBI) kullanarak yaptıkları çalışmada ise, kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyinin orta düzeyde ($65,59 \pm 15,51$) olduğu belirtilmektedir. Çalışma bulgularının literatür ile benzer olduğu söylenebilir.

Eğitim durumu ile KHRFDÖ alt boyutları arasında gruplara göre farklılıklar bulunmaktadır. Kalp krizi/inme hakkında bilgi formuna göre; ilkokul, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı, okuryazar olanlardan daha fazla; lise, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı, okuryazar olmayanlardan daha fazla, üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanların kardiyovasküler hastalık risk farkındalığıda ilkokul eğitim durumuna sahip olanlardan daha fazla olduğu olduğu saptanmıştır. Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutunda ise; üniversite ve üzeri mezun olanların diğer tüm gruplardan kardiyovasküler hastalık risk farkındalığının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Buna göre katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça kardiyovasküler hastalıklara yönelik farkındalığının arttığı değerlendirilmiştir. Kırsal bölgedeki aile sağlığı merkezine başvuran bireylere yapılan başka bir araştırmada, eğitim düzeyi yükseldikçe kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyinin de yükseldiği görülmüştür (Tan vd., 2013). Hassen vd. (2022) ve Karatay vd., (2021) yaptıkları çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça kardiyovasküler risk bilgi düzeyinin arttığını tespit etmişlerdir. Bir aile sağlığı birimine başvuran bireylerle yapılan çalışmada ise, çalışmamızdan farklı bir sonuca ulaşılmış ve ilkokul ve öncesi eğitim almış bir grubun, kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyinin, diğer gruplara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Uçar ve Aslan, 2017). Literatürle çalışmamız arasında benzer ve farklı yönler bulunmaktadır. Sebebi ise günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinin artmasıyla birlikte özellikle kronik hastalığa sahip olan bireylerin sağlık profesyonelleri ile olan iletişimlerinin artması, hasta bireylerin hastalıklara dair bilgilerini arttırmaktadır. Ama her bölge, her sağlık kuruluşu ve topluluk için bu genelleme yapılamamaktadır. Çalışmamızda da bireylerin sağlık profesyonelleri ile

olan iletişimlerinde hastalıklara dair bilgilendirmede, sağlık profesyonellerinin hastalara yönelik eğitimlerinin eksik olduğu düşünülmüştür.

Çalışmada katılımcıların meslekleri ile KHRFDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında gruplara göre farklılıklar bulunmaktadır. KHRFDÖ toplam puanı, algılanan kalp krizi/inme riski ve sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutu için, emekli olanların kardiyovasküler hastalık risk farkındalığının ev hanımı olanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Tan vd., (2013) kırsal bölgedeki kadınlarla yaptığı çalışmada ise meslekler arasında herhangi bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızda emekli olan katılımcılar ve ev hanımları arasında farklılığın oluşmasının, çalışmamızın yapıldığı bölgedeki kadınların iş yükünün fazla olması ve hastalıkları konusunda kendine vakit ayıramamaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutunda, geliri giderinden fazla olan grubun, geliri giderine denk olan gruba göre kardiyovasküler risk farkındalığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Aminde vd., (2017) ve Öz (2018)'ün yaptığı çalışmalarda, çalışmamıza benzer olarak gelir durumunun artmasıyla kardiyovasküler hastalıklara ilişkin risk faktörleri bilgi düzeyinin arttığı belirtilmiştir. Uçar ve Aslan, (2017) tarafından yapılan çalışmada ise, ekonomik durum ile kardiyovasküler bilgi düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda sosyoekonomik düzeyin artmasıyla bireylerin sağlık kurumlarına ulaşımının daha rahat olması ve sağlık farkındalığının artması sebebiyle bilgi düzeyinin arttığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda, algılanan kalp krizi riski/inme riski alt boyutunda, sağlık güvencesi emekli sandığı olanların kardiyovasküler risk farkındalığının, sağlık güvencesi bağ-kur olanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Öz, (2018)'ün ve Tan vd., (2013)'nin çalışmalarına göre ise; sağlık güvencesi olmayanların kardiyovasküler risk bilgi düzeyi olanlara göre daha düşük bulunmuştur. Çalışmamız ile literatür benzer özellikler göstermektedir. Çalışmamızın yapıldığı bölge halkında bağ-kur sağlık güvencesi olsa da bağ-kur borçlanmasından dolayı bireyler sağlık hizmetinden yararlanırken bir takım ücretlerle karşılaşmaktadırlar. Çalışmamızda oluşan bu durumun sebebinin, sağlık hizmetinin maliyetli oluşu ve bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmada sorun yaşamaları ile açıklanabilir.

KHRFDÖ toplam puanı ve algılanan kalp krizi riski/inme riski alt boyutu için alkol kullananların kardiyovasküler risk farkındalığının kullanmayanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların alkol kullanma oranı %1,21 olarak bulunmuştur. Eyüboğlu (2017)'nin yaptığı çalışmada, alkol kullanmayanların oranı kullananlardan daha fazla çıkmıştır ve iki grup arasında kardiyovasküler risk bilgi düzeyi açısından fark bulunamamıştır. Çalışmamızda oluşan bu durumun sebebi ise; alkol kullanan hipertansiyon hastası grubun yaşadıkları sağlık sorunlarından dolayı sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirildiği ve farkındalıklarının bu sebeple kullanmayanlara göre yüksek olduğu düşünülmektedir.

Egzersiz yapma durumuna göre KHRFDÖ toplam puanı ve algılanan kalp krizi riski/inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri, algılanan faydalar, değişime yönelik niyetler alt boyutlarında; egzersiz yapanların kardiyovasküler risk farkındalığının yapmayanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Sarıhan, (2020) ve Uçar ve Aslan, (2017)'nin çalışmalarında ise egzersiz yapanlarla yapmayanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda egzersiz yapanların oranı %3,88'dir. Bu katılımcıların kardiyovasküler riskler konusunda sağlık profesyonelleri tarafından riskli görülüp bilgilendirildiği ve bu yüzden risk farkındalığının diğer gruptan daha yüksek çıktığı düşünülebilir.

KHRFDÖ toplam puanı, kalp krizi/inme hakkında bilgi formu ve sağlıklı beslenme niyetleri alt boyutları için 10 yıl ve üzeri hipertansiyon hastalığı süresi olanların kardiyovasküler risk farkındalığının, 10 yıldan daha az süredir hipertansiyon hastası olanlara daha fazla olduğu saptanmıştır. Çakıroğlu, (2023) yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer şekilde hastalık tanı süresi arttıkça kardiyovasküler risk bilgi düzeyinin arttığını tespit etmişlerdir. KHRFDÖ toplam puanı, algılanan kalp krizi riski/inme riski, sağlıklı beslenme niyetleri ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutları için 2 ve 3 ilaç kullananların kardiyovasküler risk farkındalığının, 1 ilaç kullananlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Kalp krizi/inme hakkında bilgi formu puanları için ise; 3 ilaç kullananların kardiyovasküler risk farkındalığının, 1 ilaç kullananlardan daha fazla olduğu bulunmuştur. Çataldeğirmen, (2021)'nin yaptığı benzer bir çalışmaya göre hastalığın süresi ve kullanılan ilaç sayısının kardiyovasküler risk bilgisini etkilemediği bulunmuştur. Çalışmamızda oluşan bu farklılığın katılımcıların kullanılan ilaç sayısı arttıkça ve hastalığın süresi uzadıkça hastalıklarının

ilerlediğini düşünmeleri aynı zamanda sağlık profesyonelleri ile olan etkileşimleri arttıkça bu konuda bilgi düzeylerinin artması gibi nedenlerle açıklanabilir.

Çalışmamızda ek kronik hastalığı olmayanların kardiyovasküler risk farkındalığının olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Uçar ve Aslan, (2017) ve Öz, (2018)'e göre ise kronik hastalık sayısı ile kardiyovasküler bilgi düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızda literatürden farklı olarak ortaya çıkan sonucun, bireylerin tek kronik hastalığı olduğunda bu konuda hastalığa yönelik odağının artmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Birinci derece akrabalarda erken yaşta kalp damar hastalığı öyküsü olma durumuna göre; KHRFDÖ toplam puanı, sağlıklı beslenme niyetleri ve algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Birinci derece akrabalarında kalp damar hastalığı öyküsü olanların kardiyovasküler risk farkındalığı, olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Jafary vd., (2005) yaptığı çalışmada çalışmamıza benzer sonuçlar bulunurken; Sarıhan, (2020) ve Uçar ve Aslan (2017)'nin yaptıkları çalışmalarda ise, ailede kardiyovasküler hastalık öyküsü olanlarda kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamızda oluşan bu durumun, bireylerin yakın çevresinde görüp, deneyimleyip yaşadığı olaylar konusunda farkındalığının artması sebebiyle açıklanabilir.

5.3. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Uyum bireyin değişen durumlara göre davranış değişikliği yapabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Uyum, tedavi girişimlerinde başarının temel unsuru olarak kabul edilmektedir (Tel vd., 2010). Hipertansiyon tedavisinde, kan basıncını normal sınırlar içinde tutmak, kardiyovasküler komplikasyonları önlemek, mortalite ve morbiditeyi azaltmak önemlidir. Tedaviye gösterilen uyum, kan basıncını normal sınırlar içinde tutmakta ve kardiyovasküler problemlere bağlı morbiditeyi %15-20 oranında azaltmaktadır (Ma vd., 2015). Tedaviye uyum sağlayan bireylerde inme riski %35-40, koroner arter hastalığı ve kalp yetersizliği riski ise %20-25 oranında azalmaktadır (Moran, 2016). Hipertansiyon hastaları tedaviye uyum yönünden incelendiğinde; hastaların çoğunluğunun yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisinde uyumda yetersiz

oldukları bilinmektedir. Tedavinin ilk yıllarında %50'si ilaç tedavisini kesmekte %10 ise ilacını içmeyi unutmaktadır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019).

Çalışmamızda HBHTUÖ puan ortalaması $18,35 \pm 8,43$ olarak saptanmıştır. Ölçek 0-42 puan arasında değerlendirmektedir. Ancak ölçek alt boyutu olan görüşme alt boyutunda randevu sistemine ait sorular yer almaktadır. Araştırmanın yapıldığı bölgede randevu sistemi kullanılmadığı için o sorular kullanılmamıştır. Anket 0-36 puan arasında değerlendirilmiştir. Literatürde Demir, (2021) ve Mete, (2020)'nin yaptığı çalışmalarda da benzer şekilde randevu sistemine ait sorular kullanılmayıp 0-36 puan arasında ölçek puanı değerlendirilmiştir. Ancak 0-42 puan arasında değerlendiren çalışmalarda bulunmaktadır. Ölçek puanı arttıkça uyum azalmaktadır. Mete, (2020)'nin yaptığı çalışmada puan ortalaması $5,35 \pm 3,93$, Demir, (2021) yaptığı çalışmada puan ortalamasını $4,12 \pm 3,02$, Shakya vd., (2022) ise çalışmasında $17,85 \pm 3,87$ olarak saptamışlardır. Çalışmamızda literatürdeki benzer çalışmalara göre tedaviye uyumun daha az olduğu tespit edilmiştir. Oluşan bu farklılığın hastaların uyum davranışını etkileyebilecek farklı sosyal, kültürel, ekonomik ve yaşam tarzlarına bağlı özelliklerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Ölçek alt boyutları puan ortalaması ise; medikal alt boyut puan ortalaması $9,96 \pm 6,79$, beslenme alt boyutu puan ortalaması $6,37 \pm 2,08$, görüşme alt boyutu puan ortalaması ise $2,02 \pm 1,36$ 'dir. Katrancı, (2019)'nın yaptığı çalışmada ise medikal alt boyut puan ortalaması $2,89 \pm 2,64$, beslenme alt boyutu puan ortalaması $1,77 \pm 1,60$, görüşme alt boyutu puan ortalamasını ise $1,43 \pm 1,51$ bulmuştur. Çalışmamızda oluşan farklılığın katılımcıların sosyal, kültürel, eğitim ve ekonomik gibi sosyodemografik özelliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Uchmanowich vd., (2016) yaptığı çalışmasında ise; medikal alt boyut puan ortalaması $11,6 \pm 3,30$, beslenme alt boyutu puan ortalaması $5,7 \pm 1,60$, görüşme alt boyutu puan ortalaması ise $3,4 \pm 1,40$ olarak bulmuşlardır.

Çalışmamızda beslenme alt boyutunda, 75 yaş ve üzeri tedaviye uyumu 50 yaşın altındaki katılımcılara göre daha fazla bulunmuştur. Gün ve Korkmaz, (2014)'ın yaptığı çalışmada HBHTUÖ ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasına karşın yaş arttıkça beslenme ve medikal uyumun azaldığı belirlenmiştir. Katrancı, (2019)'nın yaptığı çalışmaya göre ise 75 yaşın üzerindeki bireylerde tedaviye uyum ve görüşme alt boyutundaki uyumun, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğu tespit

edilmiştir. Turner vd., (2009) yaş ilerledikçe tedaviye uyumun azaldığını tespit etmişlerdir. Pan vd., (2022) yaptığı çalışmada ise 70 yaşın üzerindeki bireylerin tedaviye uyumu, 50 yaşın altındakilere göre daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızın literatürle benzer ve farklı yönleri bulunmaktadır. Bu durumun olası nedeninin yaş ilerledikçe hastaların hastalıkları konusunda daha duyarlı hale gelmeleri ve kan basıncını kontrol altına almak için düzenli beslenmeye ve düzenli ilaç almaya başlaması ile açıklanabilir.

Eğitim durumu ile HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve görüşme alt boyutlarında tedaviye uyum yönünden farklılıklar bulunmuştur. HBHTUÖ toplam puanına göre, okuryazar olanların tedaviye uyumu, ilkokul ve üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlardan daha az olduğu saptanmıştır. Görüşme alt boyutuna göre eğitim durumu okuryazar olanların tedaviye uyumu, ilkokul ve lise olanlardan daha az olduğu tespit edilirken; medikal alt boyuta göre ise, okuryazar ve ilkokul düzeyinde eğitim durumuna sahip olanların tedaviye uyumu üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olanlardan daha az olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak eğitim durumu arttıkça medikal, görüşme ve toplam puan için tedaviye uyumun arttığı tespit edilmiştir. Mete, (2020), Gürdoğan ve Paslı Gürdoğan, (2019), Ayadapo vd., (2020), Algabbani and Algabbani(2020)'nin yaptığı çalışmalara göre ise eğitim seviyesi arttıkça tedaviye uyumun arttığı bulunmuştur. Demir, (2021)'in yaptığı çalışmaya göre ise gruplar arasında farklılık bulunmamıştır. Çalışmamızla literatürdeki verilerle benzer özellikler göstermektedir.

Çalışmamızın HBHTUÖ toplam puanı ve medikal alt boyutunda mesleklere göre gruplar karşılaştırıldığında; işçi, ev hanımı ve emekli olanların tedaviye uyumu memurlardan daha az olduğu tespit edilmiştir. Mete (2020)'nin yaptığı çalışmada, ev hanımı ve çalışmayan hastalarda çalışan hastalara göre tedaviye uyum daha fazla bulunmuştur. Göçgeldi vd., (2008) yaptığı çalışmada da emekli ve işsiz olanların ilaç uyumu diğer gruplardan daha fazla bulunmuştur. Çalışmamızın literatürle farklı sonuçlar içermesinin; katılımcıların eğitim durumu ve hastalık hakkındaki bilgileri ile ilgili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların gelir durumu ile HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve görüşme alt boyutlarında istatistiksel olarak fark bulunmuştur. HBHTUÖ toplam puanı ve medikal alt boyuta göre, geliri giderinden az ve geliri giderine denk olanların

tedaviye uyumu, geliri giderinden daha fazla olan gruba göre daha az olduğu tespit edilmiştir. Görüşme alt boyutuna göre ise; geliri giderinden az olanların tedaviye uyumu, geliri giderinden fazla olan gruptan daha az bulunmuştur. Genel olarak gelir seviyesi arttıkça tedaviye uyumun arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızda oluşan bu durumun bireylerin gelir gider dengesizliği sebebiyle sağlıklarıyla ilgili bazı durumları imkân kısıtlılığından dolayı ikinci plana attıkları düşünülmektedir. Özellikle sağlık kuruluşuna, ilaca ve beslenmeye ulaşım diğer gruplara göre bu gruplarda daha zor olduğu düşünülmüştür.

Hipertansiyon hastalık süresi ile HBHTUÖ arasında tedaviye uyumda fark bulunamamıştır. Akın, (2017) yaptığı çalışmada hastalık süresi ile HBHTUÖ arasında anlamlı fark bulamamış ancak beslenme boyutunda hastalık süresi arttıkça tedaviye uyumun arttığı tespit etmiştir. Akgül, (2008)'ün yaptığı çalışmada da tedavi süresi uzadıkça tedaviye uyumun arttığı saptanmıştır. Pan vd., (2022) kentsel ve kırsal bölgede tedaviye uyum ile ilgili yaptığı çalışmada ise; kentsel bölgede süre uzadıkça tedaviye uyumun arttığını tespit ederken, kırsal bölgede süre ile uyum arasında fark tespit edememişlerdir. Çalışmamızda literatürle oluşan farklılığın; çalışmanın yapıldığı bölgedeki halkın ilaca, beslenmeye, sağlık kuruluşuna ulaşımına alakalı diğer literatür çalışmalarındaki gruplardan farklılıkları olmaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda hastaların kullandığı ilaç sayısı ile HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve görüşme alt boyutu arasında tedaviye uyumda anlamlı fark bulunmuştur. Görüşme alt boyutuna göre, katılımcılardan günlük 2 ve 3 ilaç kullananların tedaviye uyumu, 1 ilaç kullananlardan daha az iken; HBHTUÖ toplam puanı ve medikal alt boyuta göre 3 ilaç kullananların tedaviye uyumu, 1 ilaç kullananlardan daha az olduğu bulunmuştur. Buna göre ilaç sayısı arttıkça tedaviye uyumun azaldığı tespit edilmiştir. Mete, (2020), Ambaw vd., (2012), Algabbani ve Algabbani, (2020) ve Mollaoğlu, (2015)'nin yaptıkları çalışmalarda, tedaviye uyum ile ilaç sayısı arasında negatif bir ilişki bulunmuşken; Hashmi vd., (2007)'nin yaptığı çalışmada ise ilaç sayısı arttıkça uyumun arttığı bulunmuştur. Bu konuda literatürle çalışmamız arasında benzer ve farklı sonuçlar bulunmaktadır. Burada kişilerin hastalığa ve ilaç kullanımına yaklaşımındaki farklılıkların etkili olduğunu düşündürmektedir.

İlaçlarını kullanım düzenine göre HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve görüşme alt boyutlarında tedaviye uyumda fark bulunmuştur. Tüm alt boyutlarda tansiyonu yükseldiğinde ilaç kullanan ve ilacını düzenli içmeyenlerin tedaviye uyumu içenlerden daha az çıkmıştır. Mete, (2020) yaptığı çalışmada da ilaçlarını düzenli olarak kullandığını söyleyen hastaların tedaviye uyumları da yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hastanın hastalığa yönelik sorumluluk bilincinde olması tedaviye uyumu da olumlu yönde etkilemektedir.

Katılımcıların tuz kullanımına dikkat durumu ile HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve beslenme alt boyutları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmamızda tuz kullanımına dikkat edenlerin tedaviye uyumu, tuz kullanımına dikkat etmeyenlerden daha az olduğu saptanmıştır. Vatansever, (2014), İçyeroğlu, (2012), Mete, (2020) yaptıkları çalışmalarında yemeklerde tuz tüketimine dikkat edenlerin tedaviye uyumlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda oluşan farklılığın, bireylerin tuz tüketimine dikkat ettiklerinde ilaca ve diğer beslenme kurallarına dikkat etmemeleri gerektiğini düşünmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ek kronik hastalık varlığı ile HBHTUÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Al-Daken ve Eshah (2017)' in yaptığı çalışmada, ek kronik hastalık varlığının tedaviye uyumu arttırdığını tespit etmişlerdir. Gürdoğan ve Paslı Gürdoğan (2019) ve Algabbani ve Algabbani (2020) yaptığı çalışmalara göre ise, ek kronik hastalık varlığının tedaviye uyumu azalttığı yönünde bulguya ulaşılmıştır. Çalışmamızda fark bulunamamasının sebebinin bireylerin hastalık sayısı artsa da tedaviye uyumun bileşenleri olan ilaç, beslenme ve sağlık profesyonellerine ulaşmada sorun yaşamalarından dolayı tedaviye uyum konusunda bir değişikliğin olmadığı ile açıklanabilir.

Çalışmamızda HBHTUÖ ve alt boyutları ile sistolik kan basıncı arasında tedaviye uyumda fark bulunmazken; diyastolik kan basıncı ile medikal ve görüşme alt boyutu arasında tedaviye uyumda fark bulunmuştur. Her iki boyutta da diyastolik kan basıncı <90 olanların tedaviye uyumu, ≥ 90 olanlardan daha az olduğu bulunmuştur. Kan basıncı yükseldikçe bireylerin sağlıkları buna paralel olarak da günlük aktiviteleri bundan olumsuz etkilendiği için, bu durumu düzenlemek adına tedaviye uyum oranlarının arttığı düşünülmektedir.

5.4. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği İle Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmamızda Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği ile Hill-Bone Tedaviye Uyum Ölçeği arasındaki ilişki incelendiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bununla birlikte, literatürde bu konuyla ilgili bu iki ölçeğin birbiriyle ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Özellikle Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği ile ilgili ülkemizde başka bir çalışmaya ulaşılammamıştır. Çalışmamızla benzer çalışmalar incelendiğinde ise; Eyüpoğlu (2012) hipertansiyon hastalarında Framingham risk puanlamasını kullanarak yaptığı çalışmada; hastaların 10 yıllık öngörücü kardiyovasküler risk düzeylerini hesaplamış ve eğitim düzenleyerek tedaviye uyumları değerlendirmiş, hastaların tedaviye uyumlarının arttığını saptamıştır. Eğitim yapmadığı grupta tedaviye uyumda bir değişiklik görülmemiş ve hastaların kardiyovasküler risklerini düşük olarak değerlendirdiğini saptamıştır. Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastalarda Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Bilgi Düzeyi Değerlendirme Ölçeği (KARRİF-BD) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) kullanılarak yapılan çalışmada ise ölçekler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (Yeşil Bayülgen ve Altınok, 2017). Sarıhan (2020)'nin KARRİF-BD ve SYBDÖ II kullanarak yaptığı çalışmasında ise hipertansiyon hastalarının kardiyovasküler risk bilgi düzeyleri arttıkça sağlık yaşam biçimi davranışlarının arttığı belirlenmiştir. Thanavaro vd., (2006) kadınlarda yaptığı çalışmada kardiyovasküler risk bilgi düzeyleri arttıkça sağlık yaşam biçimi davranışlarının arttığı belirlenmiştir. Alm-Roijer vd., (2004) ve Andersson ve Leppert, (2001) yaptıkları çalışmalarda da kardiyovasküler risk faktörleri hakkında daha fazla bilgiye sahip olanların yaşam biçimi değişikliklerine daha iyi uyum sağladığı ve bu ölçüde de sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergiledikleri tespit edilmiştir.

Çalışmamızda iki ölçek arasında anlamlı fark bulunamamasını ise; hipertansiyonu olan hastaların yaş grubu ve eğitim durumu ile ilgili olduğu ve ankete verilen cevapları etkilediği düşünülmektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Araştırmadaki bulgular ışığında aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Bu çalışmada hipertansiyon hastalarının kardiyovasküler hastalıklara yönelik farkındalığının orta düzeyde, tedaviye uyumlarının ise daha düşük olduğu söylenebilir.

6.1.1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Katılımcıların yaşları 23-83 yıl aralığında olup, yaş ortalaması $52,56 \pm 11,43$ 'tür. Katılımcıların %67,96'sı kadın, %76,94'ü evli, %72,09'u ilkokul mezunu, %52,43'ü ise ev hanımıdır.
- Katılımcıların %44,9'u 10 yıldan daha az süredir hipertansiyon hastası, ikili ilaç kullanım oranı %40,78 ve ilaçlarını düzenli kullananların oranı ise %56,07 olduğu bulunmuştur.
- Katılımcıların %61,89'unda hipertansiyonun yanında ek kronik hastalığının bulunduğu ve %88,59'nun birinci derece yakınında kalp damar hastalığı öyküsü olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların beden kitle indekslerinin %31.31'inin 30-34.99 aralığında olduğu bulunmuştur. Sistolik kan basıncı %62,62'sinde 140 mmHg ve üzerinde bulunmuşken, diyastolik kan basıncı %74,03 oranında daha 90 mmHg'den daha düşük bulunmuştur.

6.1.2. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Kardiyovasküler Risk Farkındalığına İlişkin Sonuçlar

- Yaş, cinsiyet ve medeni duruma ile kardiyovasküler risk farkındalığı arasında ilişki tespit edilememiştir.
- Katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça kardiyovasküler risk farkındalığının arttığı değerlendirilmiştir.
- Katılımcıların Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği bazı alt boyutlarına göre meslekler arası karşılaştırmalarda, emekli olanların kardiyovasküler hastalık risk farkındalığının ev hanımı olanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
- Gelir durumu arttıkça kardiyovasküler risk farkındalığının arttığı bulunmuştur.

- Sağlık güvencesi emekli sandığı olanların kardiyovasküler risk farkındalığının, sağlık güvencesi bağ-kur olanlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
- Sigara kullanım ile kardiyovasküler risk farkındalığı arasında ilişki tespit edilmemiştir. Alkol kullananların kardiyovasküler risk farkındalığının kullanmayanlara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.
- Egzersiz yapanların kardiyovasküler risk farkındalığının yapmayanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır.
- 10 yıldan daha fazla süredir hipertansiyon hastası olanların,10 yıldan daha az süredir hipertansiyon hastası olanlara göre kardiyovasküler risk farkındalığının daha fazla olduğu saptanmıştır.
- 2 ve 3 antihipertansif ilaç kullananların kardiyovasküler risk farkındalığının, 1 antihipertansif ilaç kullananlardan daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Çalışmamızda ek kronik hastalığı olmayanların, kardiyovasküler risk farkındalığının olanlardan daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Beden kitle indeksi, trigliserit, LDL ve HDL değerleri için kardiyovasküler risk farkındalığı yönünden anlamlı bulunmamıştır.

6.1.3. Hipertansiyonu Olan Hastalarda Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Sonuçlar

- Beslenme alt boyutunda 75 yaş ve üzeri katılımcıların tedaviye uyumu 50 yaşın altındaki katılımcılara göre daha fazla bulunmuştur.
- Cinsiyet ve medeni durum ile tedaviye uyum arasında ilişki tespit edilmemiştir.
- Katılımcıların eğitim durumu arttıkça medikal, görüşme ve toplam puan için tedaviye uyumun arttığı tespit edilmiştir.
- Çalışmamızın medikal alt boyutunda mesleklere göre gruplar karşılaştırıldığında; işçi, ev hanımı ve emekli olanların tedaviye uyumu memurlardan daha az olduğu tespit edilmiştir.
- Gelir durumu arttıkça tedaviye uyumun arttığı tespit edilmiştir.
- Sigara, alkol ve egzersiz ile tedaviye uyum arasında ilişki tespit edilmemiştir.
- HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve görüşme alt boyutu için ilaç sayısı arttıkça tedaviye uyumun azaldığı tespit edilmiştir.
- HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve görüşme alt boyutlarında kan basıncı yükseldiğinde ilaç kullanan ve ilacını düzenli içmeyenlerin tedaviye uyumu içenlerden daha az çıkmıştır.

- Katılımcıların tuz kullanımına dikkat durumu ile HBHTUÖ toplam puanı, medikal ve beslenme alt boyutlarında, tuz kullanımına dikkat edenlerin tedaviye uyumu, tuz kullanımına dikkat etmeyenlerden daha az olduğu saptanmıştır
- Çalışmamızda ek kronik hastalık varlığı ile HBHTUÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı fark bulunamamıştır.
- Beden kitle indeksi, sistolik kan basıncı, total kolesterol, trigliserit, LDL ve HDL ile tedaviye uyum arasına ilişki tespit edilmemiştir.
- Medikal ve görüşme alt boyutunda diyastolik kan basıncı <90 olanların tedaviye uyumu, ≥90 olanlardan daha az olduğu bulunmuştur.

6.1.4. Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği İle Hill-Bone İlaç Tedavisine Uyum Ölçeği Arasındaki İlişkinin Sonuçları

- Kardiyovasküler Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği İle Hill-Bone Tedaviye Uyum Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

6.2. Öneriler

- Hipertansiyon hastalarına kardiyovasküler riskler ve tedaviye uyum konularında farkındalık eğitimlerinin yapılması,
- Birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşları, sağlık profesyonelleri tarafından hastalarla daha yakından ve daha fazla ilgilenme olanağı sağlamaktadır. Bu birimlerde çalışan sağlık profesyonellerinin kardiyovasküler hastalıklar yönünden riskli birey ve toplulukları belirleyip onlara eğitim ve danışmanlık hizmeti vermesi; tedaviye uyumda sorun yaşayan hastaların tespit edilip neden ve sonuçlara yönelik danışmanlık hizmeti verilmesi,
- Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Bu nedenle daha net bilgilere ulaşmak için daha büyük ve daha farklı örneklem grupları ile araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7.KAYNAKLAR

- Abel, D., Holloway, T., Kladar, R., Meier, P., Ahl, D., Harkey, M., Schuetter, S., Patz, J. (2017). Response of power plant emissions to ambient temperature in the Eastern United States Environ. Sci. Technol., 51 5838-46.
- Akgül, C. (2008). Hipertansiyon Hastalarında Antihipertansif Uyumun Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Akın, Z. (2017). Hipertansiyonlu hastalarda tedaviye uyumu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Hasan kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Al-Daken, L. I., & Eshah, N. F. (2017). Self-reported adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. *Clinical and experimental hypertension (New York, N.Y. : 1993)*, 39(3), 264–270.
- Algabbani, F. M., & Algabbani, A. M. (2020). Treatment adherence among patients with hypertension: findings from a cross-sectional study. *Clinical hypertension*, 26, 18.
- Al-Khaldi, YM. (2011). Quality of hypertension care in the family practice center, aseer region, Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 18(2), 45-48.
- Allen, J. & Ark, K. (2010) Perceptions of cardiac risk among a low-income urban diabetic population. *Journal of health care for the poor and underserved*, 21(1), 362.4.
- Alm-Roijer, C., Stagmo, M., Udén, G., & Erhardt, L. (2004). Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. *European journal of cardiovascular nursing*, 3(4), 321–330.
- Alsolami, F., Xiang-Yu, H., Correa-Velez, I. (2015). Factors affecting antihypertensive medications adherence among hypertensive patients in Saudi Arabia. *American Journal of Medicine and Medical Sciences*, 5(4), 181-189.
- Ambaw, A. D., Alemie, G. A., W/Yohannes, S. M., & Mengesha, Z. B. (2012). Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC public health*, 12, 282.
- Aminde, LN., Takah, N., Ngwasiri, C., Noubiap, JJ., Tindong, M., Dzudie, A., Veerman, JL. (2017). Population awareness of cardiovascular disease and its risk factors in Buea, Cameroon. *BMC Public Health*, 17,1-10.
- Andersson, P., & Leppert, J. (2001). Men of low socio-economic and educational level possess pronounced deficient knowledge about the risk factors related to coronary heart disease. *Journal of cardiovascular risk*, 8(6), 371–377.
- Arıcı, M. ve ark.(2015). Turkish hypertension consensus report. *Türk Kardiyoloji Dernegi Arşivi*, 43(4), 402-409.

- Aydoğdu, S. ve ark. (2019). Türk hipertansiyon uzlaşı raporu 2019. *Türk Kardiyoloji Dernegi Arşivi*, 47(6),535-546
- Ayodapo, A. O., Elegbede, O. T., Omosanya, O. E., & Monsudi, K. F. (2020). Patient Education and Medication Adherence among Hypertensives in a Tertiary Hospital, South Western Nigeria. *Ethiopian journal of health sciences*, 30(2), 243–250.
- Badır, A. Hipertansiyon. Karadokovan A, Eti Aslan F, Eds. (2014). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., s: 657-679.
- Blumenthal, JA., ve ark. (2010). Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure: the ENCORE study. *Archives of internal medicine*, 170(2), 126-135.
- Carretero, O.A., & Oparil, S. (2000). Essential hypertension:part II: treatment. *Circulation*, 101(4), 446–453.
- Chobanian, AV. Bakris, GL. Black, HR. Cushman, WC. Green, LA. Izzo JL, Jr. et al.(2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 289(19), 2560-72.
- Chudiak, A., Jankowska-Polanska, Uchmanowicz, I. (2017). Effect of frailty syndrome on treatment compliance in older hypertensive patients. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 805–814.
- Cochran, W. G. (2007). Sampling Techniques. New York: John Wiley & Sons.
- Çakıroğlu, Ş. (2023). Kardiyovasküler Hastalık Tanısı Alan Bireylerin Risk Faktörleri Bilgi Düzeyleri ve Hastalık Algılarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Çalışkan, E. (2018). Tip 2 diyabetli bireylerde kardiyovasküler risk farkındalığının ve kalp sağlığını koruyucu davranışların değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Çataldeğirmen, G. (2021). Hipertansiyon Hastalarının Kardiyovasküler Hastalık Risklerinin Sağlıklı Yaşam Davranışları ve İlaç Uyumları ile İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Adana.
- Çöl, M., Özdemir, O., Ocaktan, ME. (2006). Park sağlık ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Mecmuası*;59:144-150.
- Demir, M. (2021). Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Ve Hastalık Bilgi Düzeyi İle Tedaviye Uyumunun Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakóltesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Drevenhorn, E., Bengtso,n A., Allen, JK. (2007). Counselling on life style factors in hypertension care after training on the stages of change model. *Eur J Cardio-vasc Nursing*, 6(1),46-53.

- Duncan, K., Pozehl, JF., Norman, A. (2011). Self-directed adherence management program for patients with heart failure completing combined aerobic and resistance exercise training. *Applied Nursing Research*, 24,207–214.
- Emre, N., Edirne, T., Özşahin, A., Çoban, N., Barışkan, AY. (2020). Hipertansiyon hastalarında ilaç tedavisine uyumun yaşam kalitesi ve sağlık algısıyla ilişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(3), 436-442.
- Enç, N., Yiğit, Z., Gün Altıok, M., Özer, S., & Oğuz, S. (2007). Kalp yetersizliği akut koroner sendromlar hipertansiyon hemşirelik bakım kılavuzu, 2. Baskı. Türk Kardiyoloji Derneği. İstanbul.
- Erci, B., Elibol, M., Aktürk, Ü. (2018). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92
- Eyüboğlu, C. (2017).Hipertansiyon Hastalarında 10 Yıllık Kardiyovasküler Risk Eşliğinde Hasta Eğitiminin Tedavi Uyumuna Etkisi. Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Fagard, RH. (2011). Exercise therapy in hypertensive cardiovascular disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 53(6), 404-411.
- Flack, JM., Adekola, B. (2020). Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. *Trends Cardiovasc Med*, 30(3), 160-164.
- GBD 2015 Risk Factors Collaborators (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet (London, England)*, 388(10053), 1659–1724.
- Göçgeldi, E., Babayiğit, MA., Hassoy, H., Açikel, CH., Taşçı, İ., Ceylan, S. (2008). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50(3), 172-9.
- Gökçe, H. (2019). Hipertansiyon hastalarının tamamlayıcı alternatif tedavi kullanma durumları ve tamamlayıcı alternatif tedaviye ilişkin tutumları. Yüksek lisans tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Gün, Y. (2012). Hipertansiyon tanısı almış hastaların tedavi uyumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta.
- Gün, Y., Korkmaz, M. (2014). Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), 98-108.
- Gürdoğan, M., Paslı Gürdoğan, E. (2019). Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve ilişkili faktörler. *MN Kardiyoloji Dergisi*, 26(3), 147-1537
- Hacıhasanoğlu, R. (2009). Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull*, 8(2), 167-72.

- Hacıhasanoğlu, R., Gözümlü, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs*, 20:692-705.
- Hashmi, SK., Afridi, MB., Abbas, K., Sajwani, RA., Saleheen, D., Frossard, PM., et al. (2007). Factors associated with adherence to anti-hypertensive treatment in Pakistan. *PLoS One*, 2(3), 280.
- Hassen, H. Y., Bowyer, M., Gibson, L., Abrams, S., & Bastiaens, H. (2022). Level of cardiovascular disease knowledge, risk perception and intention towards healthy lifestyle and socioeconomic disparities among adults in vulnerable communities of Belgium and England. *BMC public health*, 22(1), 197.
- Heart and Stroke Foundation of Ontario and Registered Nurses' Association of Ontario. (2005). Nursing Best Practice Guideline; Shaping the future of Nursing; Nursing Management of Hypertension, Toronto, Canada.
- Himmelfarb, CR., Commodore-Mensah, Y., Hill, MN. (2016). Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Ann Glob Health*, 82(2), 243- 253.
- Irmak, Z., Düzöz, GT., Bozyer, İ. (2007). Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 39-47.
- İçyeroğlu, G. (2012). Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi. Yüksek lisans tezi, Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Jafary, F. H., Aslam, F., Mahmud, H., Waheed, A., Shakir, M., Afzal, A., Qayyum, M. A., Akram, J., Khan, I. S., & Haque, I. U. (2005). Cardiovascular health knowledge and behavior in patient attendants at four tertiary care hospitals in Pakistan--a cause for concern. *BMC public health*, 5, 124.
- 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, S. C., Jr, Svetkey, L. P., Taler, S. J., Townsend, R. R., Wright, J. T., Jr, Narva, A. S., & Ortiz, E. (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311(5), 507–520.
- Karademir, M., Köseoğlu, İH., Vatansever, K., Van Den Akker, M (2009). Validity and Reliability of The Turkish Version of The Hill–Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale for Use in Primary Health Care Settings. *The European Journal of General Practice*, 15(4), 207-211.
- Karakoç Kumsar, A., Taşkın Yılmaz, F. (2017). Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinden korunmada hemşirenin rolü.
- Karatay, G., Yeşiltepe, A., Aktaş, H. (2021). Cardiovascular diseases risk factors knowledge levels of individuals over 40 years old and their relationship with some variables. *Acta Medica Nicomedia*; 4(2).

- Katrancı Doğrucan, N. (2019). Hipertansiyon hastalarında tedaviye uyum ve sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi-Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yozgat.
- Kaya, A. (2003). Obezite ve hipertansiyon. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2: 13-21.
- Kılıç, M., Uzunçakmak T. (2016). Hipertansiyon hakkındaki eğitimin hipertansiyon kontrolüne etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*,1(1):13-19.
- Kılıç, T., Üstü, Y. (2012). Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması. *Ankara Medical Journal*, 12(4), 205-213.
- Kim, MT., Hill, MN., Bone, LR., et al. (2000). Development and testing of the Hill-Bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Prog Cardiovasc Nurs*, 15, 90-6.
- Kolcu, M., Ergün, A. (2016). Yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Journal of Health Science and Profession*, 3(3), 234-241.7
- Ma, C., Zhou, W., Huang, C., Huang, S. (2015). A Cross-sectional Survey of Self-rated Health and Its Determinants in Patients with Hypertension. *Applied Nursing Research*, 28, 347-351.
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Christiaens, T., Cifkova, R., De Backer, G., Dominiczak, A., Galderisi, M., Grobbee, D. E., Jaarsma, T., Kirchhof, P., Kjeldsen, S. E., Laurent, S., Manolis, A. J., Nilsson, P. M., Ruilope, L. M., Schmieder, R. E., ... Wood, D. A. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 34(28), 2159–2219.
- Mete, U. (2020). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının hill-bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği ile değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Uzmanlık tezi, Ankara.
- Mollaoğlu, M., Solmaz, G., Mollaoğlu, M. (2015). Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clin Croat*, 54, 438-44.
- Moran, A. (2016). Still on the road to worldwide hypertension control. *Circulation*,134(6), 451-4.
- Nam, F. (2020). Elazığ İl Merkezinde Antihipertansif İlaç Kullanan Erişkin Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyum Ve Yaşam Etkilenimlerinin İrdelenmesi. Uzmanlık Tezi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ.
- National Cholesterol Education Program (US). (2002). Expert Panel on Detection, & Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and

- treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III) (No. 2). The Program.
- Neter, JE., Stam, BE., Kok, FJ., Grobbee, DE., Geleijnse, JM. (2003). Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*, 42(5), 878-884.
- Oğuz, S., Yanmış, S., Yılmaz, B. ve Atman, R. (2019). Hipertansiyon hastalarının ilaç ve diyet tedavisine uyum düzeyleri. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(21), 1-7.
- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Erginel, N., Kaya, A., Altay, S. (2017). TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. Ed. Onat A. Logos Yayıncılık. İstanbul.
- Öz, Ş. (2018). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Özerkan, F. (2000). Hipertansiyonun etiopatogenezi. *Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi*, 13(5): 329-332.
- Öztürk, A. (2011). Kronik hastalık epidemiyolojisi. Halk sağlığı genel bilgiler (s. 673-992). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Yayınları.
- Pan, J., Yu, H., Hu, B., & Li, Q. (2022). Urban-Rural Difference in Treatment Adherence of Chinese Hypertensive Patients. *Patient preference and adherence*, 16, 2125-2133.
- Parikh, NI., Pencina, MJ., Wang, TJ., Benjamin, EJ., Lani, KJ., Levy, D., et al. (2008). A Risk Score for Predicting Near-Term Incidence of Hypertension: The Framingham Heart Study. *Annals of Internal Medicine*, 148(2), 102-111.
- Rutledge, T., Hogan, BE. (2002). A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 758-766.
- Sağlık Bakanlığı. (2021). Erişim: 25.11.2022, https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-engellidb/hastaliklar/kalpvedamar/kitap_ve_makale/KalpDamarEylemPlani_2021-2026.pdf
- Sarıhan, Ö. (2020). Hipertansiyon tanılı hastaların kardiyovasküler hastalıklar risk bilgi düzeyleri ve sağlık geliştirme davranışlarının değerlendirilmesi, Yüksek lisans tezi, Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Trabzon.
- Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., et al. (2013). Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*, 28(2):169-80.
- Kasar, K.S., Doğru, B. V. (2022). Diyabetli Bireylerde Kardiyovasküler Hastalık Risk Bilgisinin Diyabet Öz Yönetimi ve Metabolik Sonuçlara Etkisi: Tanımlayıcı ve Kesitsel Bir Çalışma. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 14(2):550-9

- Sevinen, G. (2019). Hipertansiyonu olan hastalara verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sakarya.
- Shakya, R., Shrestha, R., Shrestha, S., Sapkota, P., Gautam, R., Rai, L., Khatiwada, A. P., Ranabhat, K., Kc, B., Sapkota, B., Khanal, S., & Paudyal, V. (2022). Translation, Cultural Adaptation and Validation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale to Nepalese Language. *Patient preference and adherence*, 16, 957–970.
- Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V. Biyoistatistik. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi, 1998: 264- 265.
- Şahin, Z.A., Biçer, N. (2015). Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *MN Kardiyoloji Dergisi*, 22(4), 80-85.
- Tan, M., Dayapoğlu, N., Şahin, Z. A., Gürcan, M., Polat, H. (2013). Kırsal kesimde yaşayan kadınlarda kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyinin belirlenmesi. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 2(3), 331-341.
- Tel, H., Doğan, S., Özkan, B., Çoban, S. (2010). Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1,7-12.
- Thanavaro, J. L., Moore, S. M., Anthony, M., Narsavage, G., & Delicath, T. (2006). Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *Applied nursing research : ANR*, 19(3), 149–155.
- Tokem, Y., Taşçı, E., Yılmaz, M. (2013). Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5), 30-40.
- Turner, B. J., Hollenbeak, C., Weiner, M. G., Ten Have, T., & Roberts, C. (2009). Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 18(8), 672–681.
- TÜİK. (2016). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 10.12.2022.
- Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği. (2019). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 4. Baskı, Ankara: BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2022). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu, Ankara.
- Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2021). Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2021-2026). Ankara; 7.
- Uchmanowicz, I., Jankowska-Polańska, B., Chudiak, A., Szymańska-Chabowska, A., & Mazur, G. (2016). Psychometric evaluation of the Polish adaptation of the Hill-Bone Compliance to High Blood Pressure Therapy Scale. *BMC cardiovascular disorders*, 16, 87.

- Uçar, A., Arslan, S. (2017). Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 121-30
- Umemura, S., Arima, H., Arima, S., Asayama, K., Dohi, Y., Hirooka, Y., et al. (2019). The Japanese society of hypertension guidelines for the management of hypertension (JSH 2019). *Hypertension Research*, 42, 1235–1481.
- Uysal, HB., Yaşar, MB., Sönmez, HM. (2016). Aydın’da sigara içiminin ve hipertansiyonla birlikteliğinin son 20 yıldaki değişimi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 20 (2), 54-63.
- Vatansever, Ö., Ünsar, S. (2014). Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz Etkililik Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(8), 66-74.
- Doğru, B.V., Utli, H., Karaman, E. (2021) Cardiovascular Disease Risk Awareness Assessment Questionnaire: Psychometric Properties of the Turkish Version. *Turk J Cardiovasc Nurs*, 12(27), 8-25
- Weber, MA., Schiffrin, EL., White, WB., Mann, S., Lindholm, LH., Kenerson, JG., et al. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *Journal of hypertension*, 32(1), 3-15.
- Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E., Collins, K.J., Himmelfarb, C.D., DePalma, S.M., Gidding, S., Jamerson, K.A., Jones, D.W., MacLaughlin, E.J., Muntner, B., Ovbiagele, B., Smith, S.C., Spencer, C.C., Stafford, R.S., Taler, S.J., Thomas, R.J., Williams, K.A., Williamson, J.D., Wright, J.T. (2018). “2017 Acc/Aha/Aapa/Abc/Acpm/Ags/Apha/Ash/Aspc/Nma/Pcna Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults”, *Hypertension*, 71, 13-115.
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European heart journal*, 39(33), 3021-104.
- Woringer, M., Nielsen, JJ., Zibarras, L., Evason, J., Kassianos, AP., Harris M, et al. (2017) Development of a questionnaire to evaluate patients’ awareness of cardiovascular disease risk in England’s National Health Service Health Check Preventive Cardiovascular Programme. *BMJ Open*, 7, 1-10.
- World Health Organization(WHO). (2010) Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization.
- World Health Organization(WHO). (2013). A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. World Health Day 2013. Geneva, WHO/DCO/WHO/2013.2
- World Health Organization(WHO). (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014. World Health Organization.

World Health Organization(WHO). (2022). Hypertension. Erişim: 25.11.2022, https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_2

Yeşil Bayölgen, M., Altıok, M. (2017). Perkütan translüminal koroner anjiyoplasti uygulanan hastaların sağlıklı yaşam şekli davranışları ve etkileyen faktörler. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 45-54.

Yıldırım, C. (2019). Hipertansiyon tanısı almış bireylerin kişilik özelliklerinin hastalık algısı ve tedaviye uyumuna etkisi. Yüksek lisans tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Nevşehir.

Yurdakul, S., Aytekin, S. (2010). Kadınlarda hipertansiyon. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*,38(1): 25-31.



EKLER

EK-1 Etik Kurul Onay Formu

T.C. AKSARAY ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU			
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyonu olan hastalarda kardiyovasküler hastalık risk farkındalığı ve tedaviye uyumun değerlendirilmesi		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
ETİK KURUL PROTOKOL NUMARASI	31-SBKA EK		
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER:X	☐	1)Helsinki Bildirgesi, İKU kılavuzlarına uyulacağına dair taahhütnameler 2)Araştırmacının daha önce etik kurul değerlendirmesine sunulmadığına ve etik kurul onayı olmaksızın yapılmayacağına dair taahhütname 3)Ana bilim dalı izin yazısı 4)Literatürler 5)Araştırmacı özgeçmişi 6)Başvuru formu 7)Başhekimlik izni 8)Bütçe formu 9)Anket formu
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/03-09	Tarih:10.02.2022	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.		

EK-2 Tez Öneri Kabul Formu

	T.C. AKSARAY ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARI	Doküman No	KYS-FRM-102	
		İlk Yayın Tarihi	30.04.2018	
		Revizyon Tarihi	30.04.2018	
		Revizyon No	00	
		Sayfa No	13/2	

Tarih	Toplantı Sayısı	Karar No	Saat	Özü
23.12.2021	16		13.00	

Karar No: 2021/16-09

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, 20.12.2021 tarih ve 671496 sayılı yazısına istinaden, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 202805405 numaralı öğrencisi **Ülkü Nur KARAKUŞ' un**, tez öneri formu ve tez konusu görüşüldü.

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın, 20.12.2021 tarih ve 671496 sayılı yazısına istinaden, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı 202805405 numaralı öğrencisi **Ülkü Nur KARAKUŞ' un**, tez danışmanı Dr. Öğr. Üyesi Kadriye SAYIN KASAR' ın önerisi, Anabilim Dalı Başkanının uygun görüşü ile **"Hipertansiyonu Olan Hastalarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi"** konulu tez önerisinin kabulünün uygun olduğuna ve öğrencinin tez önerisini Ulusal Tez Merkezi tez veri giriş bölümüne yüklemesine katılanların oy birliğiyle karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR
31.12.2021
Nazmi AKBULUT
Enstitü Sekreter V.

EK-3 Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Başvurusu İzni

Bilimsel Araştırma Başvurusu Gelen Kutusu x



Bilimsel Araştırma Başvurusu <portal@saglik.gov.tr>
Alıcı: ben ▾

22 Ara 2021 Çar 23:19 ☆ ↶ ⋮

Sayın İlgili,

Bilimsel Araştırma Platformuna yapmış olduğunuz başvuru incelenmiştir.

Bu çalışmayı yapmanız Bakanlığımızca uygun olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanızın gerektirdiği diğer tüm süreçlerin (etik kurul, etik komisyon, faz çalışması, diğer izinler vb.) tamamlanması konusunda araştırmacı/lar sorumludur.

Açıklama :

Form Adı : ÜLKÜ NUR KARAKUŞ-2021-12-20T21_45_16

Başvuru Formu için [tıklayınız](#).

Başvuru Formunuzu <https://bilimselarastirma.saglik.gov.tr/> adresinden görüntüleyebilirsiniz.

İlginiz ve katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü



EK-4 Kurum İzni

BİLİMSEL ARAŞTIRMA BAŞVURU İNCELEME KOMİSYONU KARARI

TOPLANTININ TARİHİ: 24.03.2022

TOPLANTININ SAYISI: 4

Karar-2022/04-02 :Sağlık Müdürlüğümüze yapılan bilimsel araştırma izin başvurularını ilgili mevzuat kapsamında değerlendirerek karara bağlamak üzere, Valilik Makamının 02.01.2022 tarih ve E-47107193-799-5 sayılı oluru ile Müdürlüğümüz bünyesinde oluşturulan "Başvuru İnceleme Komisyonu, 24.03.2022 tarihinde toplanmıştır.

28.02.2022 tarih ve 1395 sayılı dilekçe ile Sağlık Müdürlüğüne sunulan, Aksaray Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği A.B.D Öğretim Elemanı Ülkü Nur KARAKUŞ'un Çamardı Aile Sağlığı Merkezinde 01.03.2022-30.08.2022 tarihleri arasında "Hipertansiyonu Olan Hastalarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi" konulu bilimsel araştırmayı yapmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Niğde İl Sağlık Müdürlüğü
(Komisyon Başkanı)

Dr.Öğ.Ü.
Niğde İl Sağlık Müdürlüğü
Halk Sağlığı Hizm.Başk.
(Üye)

Niğde İl Sağlık Müdürlüğü
Kamu Hast.Hizm.Başk.Yrd
(Üye)

EK-5 Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzin Maili

Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği- kullanım izni Gelen Kutusu x



ÜLKÜ NUR KARAKUŞ

Alıcı:

9 Ekim Cmt 15:12

Sayın Hocam,
Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü , İç Hastalıkları Hemşireliği ABD, yüksek lisans öğrencisiyim.
Hipertansiyon hastalarında yürütülmek üzere bir tez çalışması planlamaktayım.
Bu çalışmamda " Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği" nizi kullanmak istiyorum.
Bu konuda gerekli kullanım izni, ölçeği ve nasıl değerlendirildiği konusunda bilgi ve izninizi istiyorum.
Teşekkür ederim.
Saygılarımla.

Yüksek Lisans Öğrencisi Ülkü Nur KARAKUŞ
Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bölümü,
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
68100 Aksaray/TÜRKİYE



birgül vural doğru

Alıcı: ben

18 Ekim Pzt 15:48

Merhabalar,
Ölçeği çalışmanızda atıf yaparak kullanabilirsiniz. Ölçeğin son halini ve nasıl değerlendirildiğini ekte gönderiyorum. İyi çalışmalar.

ÜLKÜ NUR KARAKUŞ < , 9 Eki 2021 Cmt, 15:13 tarihinde şunu yazdı:

EK-6 Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Kullanım İzin Maili

HILL BONE HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ-KULLANIM İZİNİ

Gelen Kutusu x



ÜLKÜ NUR KARAKUŞ

Alıcı: r

21 Ara 2021 20:15 ☆

Sayın Hocam,
Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans 2.sınıf öğrencisiyim.
Hipertansiyon hastalarında yürütülmek üzere bir çalışma planlamaktayım.
Bu çalışmamda " HILL BONE HİPERTANSİYON TEDAVİSİNE UYUM ÖLÇEĞİ" ni kullanmak istiyorum.
Bu konuda gerekli kullanım izni, ölçeği ve nasıl değerlendirildiği konusunda bilgi ve izninizi istiyorum.
Saygılarımla.

Yüksek Lisans Öğrencisi Ülkü Nur KARAKUŞ
Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Hemşirelik Bölümü,
İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
68100 Aksaray/TÜRKİY



Melek Karademir

Alıcı: ben

16 Oca 2022 11:59 (10 gün önce) ☆

Merhaba ,

Hill-Bone HT uyum ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Windows'u Etkinleştirdi
Windows'u etkinleştirmek için

EK-7 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sayın Katılımcı,

Sizi yüz yüze veri toplama yöntemiyle Niğde Çamardı Aile Sağlığı Merkezinde yürütülen “Hipertansiyonu Olan Hastalarda Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına sahipsiniz. Her iki durumda da bir ceza veya hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma Sorumlusu

Yüksek Lisans Öğrencisi Ülkü Nur KARAKUŞ
Aksaray Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı

EK-8 Kişisel Bilgi Formu

A.Sosyo-Demografik Özellikler

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz

1. Kadın
2. Erkek

3.Medeni durumunuz

1. Evli
2. Bekar

4.Eğitim durumunuz nedir?

1. Okuryazar Değil
2. Okuryazar
3. İlköğretim
4. Lise
5. Üniversite ve üzeri

5)Mesleğiniz

1. Çalışmıyor
2. İşçi
3. Memur
4. Serbest meslek
5. Emekli
6. Ev hanımı
7. Diğer.....

6) Gelir durumunuz

1. Gelirim giderimden az
2. Gelirim giderime denk
3. Gelirim giderimden fazla

7) Sağlık güvenceniz

1. SGK
2. Emekli sandığı
3. Bağ-kur
4. Özel sigorta
5. Yok

8)Nerede yaşıyorsunuz?

1. İl
2. İlçe
3. Köy

9)Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

- 1.Yalnız yaşıyorum
- 2.Ailemle yaşıyorum

B.Kardiyovasküler Risk Faktörleri

10.Kaç yıldır hipertansiyon hastasıınız?.....

11.Bir günde kullandığınız ilaç sayısı?.....

12.İlaçlarınızı düzenli kullanır mısınız?

1. Evet
2. Hayır
3. Tansiyonum yükseldiğinde alırım.

13. Evde tansiyon aletiniz var mı?

1. Evet
2. Hayır

14.Ne sıklıkla tansiyonunuzu ölçtürüyorsunuz?.....

15.Başka kronik hastalığınız var mı?

1. Yok
2. Var (belirtiniz).....

16. Birinci derece akrabalarınızda erken yaşta kalp damar hastalığı öyküsü var mı?

1. Evet
2. Hayır

17.Sigara kullanıyor musunuz?

1. Evet (Kaç yıldır?.....)
2. Hayır

18. Alkol kullanıyor musunuz?

1. Evet(Ne sıklıkla?.....)
2. Hayır

19.Düzenli egzersiz yapıyor musunuz?

- 1.Evet(kaç saat/dk.....gün.....)
- 2.Hayır

20.Yemeklerde tuz kullanımına dikkat ediyor musunuz?

1. Evet
2. Hayır
3. Tuz kullanmam

21. Sağlık çalışanları tarafından kardiyovasküler hastalığa (koroner kalp hastalığı, kalp krizi, inme (felç)) yakalanma riskiniz konusunda bilgilendirme yapıldı mı?

1. Yapıldı
2. Yapılmadı

22. Gelecek 10 yıl içinde kardiyovasküler hastalık (koroner kalp hastalığı, kalp krizi, inme (felç)) riskinizi nasıl tahmin ediyorsunuz?

- 1- Yüzde 1
- 2- Yüzde 10
- 3- Yüzde 25
- 4- Yüzde 50
- 5- Yüzde 50 den fazla

23. Kardiyovasküler hastalık riskinizi yaşitlarınıza göre nasıl hesaplıyorsunuz?

- 1- Yaşıtlarımdan çok daha az
- 2- Yaşıtlarımdan daha az
- 3- Yaşıtlarımla aynı
- 4- Yaşıtlarımdan çok
- 5- Yaşıtlarımdan çok daha fazla

24. Boy ve kilonuz?

1. Boy.....cm

25. Bel çevreniz?.....cm

26. Klinik kan basıncı ölçümü?.....mmgh

27. Biyokimyasal değerler

1. Açlık plazma glukozu (mg/dl)
2. Trigliserid (mg/dl)
3. Total kolesterol (mg/dl)
4. LDL (mg/dl)
5. HDL (mg/dl)

EK-9 Kardiyovasküler Hastalık Risk Farkındalığı Değerlendirme Ölçeği

Ölçek	Maddeler	Doğru	Yanlış	Bilmiyor
Bilgi Daha yüksek toplam puan = kalp krizi ya da inme hakkında daha bilgili olduğunu/d aha fazla doğru yanıt verildiğini gösterir.	1. Kalp krizi ve inmenin ana nedenlerinden biri stresdir.	1	0	0
	2.Yürüyüş ve bahçe işleri kalp krizi veya inme riskini azaltabilece k egzersiz türleri olarak kabul edilir.	1	0	0
	3.Haftada 2,5 saat orta yoğunlukta aktivite kalp krizi veya inme geçirme riskinizi azaltacaktır.	1	0	0
	4.Diyabet hastası olan kişilerde kalp krizi	1	0	0

	veya inme riski yüksektir.			
	5.Stres seviyenizi yönetmek kan basıncınızı yönetmeniz e yardımcı olacaktır.	1	0	0
	6.Fazla miktarda alkol kullanmak, kolesterol ve trigliserid seviyenizi artırabilir.	1	0	0
	7.HDL 'iyi' kolestrol, LDL ise 'kötü' kolestrolü ifade eder.	1	0	0
	8.Ailede kalp hastalığı öyküsü olması yüksek tansiyon	0	1	0

	için bir risk faktörü değildir.					
		Uygula namaz (0)	Kesinlikle Katılmıyo rum (1)	Katılm ıyorum (2)	Katılı yoru m (3)	Kesinlikl e Katılıyor um (4)
Algılanan kalp krizi riski/inme riski	9.Gelecekte bir kalp krizi veya inme geçirmem muhtemeldir.					
	10.Hayatım da bir zaman bir kalp krizi veya inme geçirmem olasıdır.					
	11.Gelecek 10 yıl içinde bir kalp krizi ya da inme geçirmem büyük bir olasılıktır.					
	12.Gelecek 10 yıl içinde kalp krizi					

	veya inme geçirme olasılığım çok yüksektir.					
	13.Geçmiş ve/veya mevcut davranışları m yüzünden bir kalp krizi ya da inme geçirmem olasıdır.					
	14.Gelecek iki ay içinde haftada en az 2,5 saat egzersiz yaparak sağlıklı kilomu koruyabileceğime eminim.					
	15.Haftada 2,5 saat egzersiz yapmayı düşünmüyorum.					

Sağlıklı beslenme niyetleri	16.Kalp krizi veya inme geçireceğim den endişelenmiyorum.					
	17.Yakın gelecekte kalp krizi ya da inme geçirme olasılığım hakkında endişeliyim.					
	18.Haftada en az 2,5 saat egzersiz yapmayı düşünüyorum.					
	19.Gelecek iki ay içinde günde en az beş porsiyon meyve ve sebze tüketebileceğimden eminim. .					

	20.Günde en az beş porsiyon meyve ve sebze yemeyi düşünüyoru m.					
Algılanan faydalar ve değişime yönelik niyetler	21.Haftada en az 2.5 saat egzersiz yapmak niyetindeyi m veya istiyorum					
	22.Haftada en az 2,5 saat egzersiz yaptığımda, kalp sağlığım için iyi bir şey yapıyorum.					

EK-10 Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Hiçbir zaman
1. Hipertansiyon ilacınızı ne sıklıkta almayı unutuyorsunuz?				
2. Ne sıklıkta hipertansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz?				
3. Tuzlu besinleri ne sıklıkta yersiniz?				
4. Yiyecekleri yemeden önce ne sıklıkta tuz ekliyorsunuz?				
5. Ne kadar sıklıkla fastfood(abur cubur) yersiniz?				
6. Reçeteli ilaç almayı ne sıklıkla unutuyorsunuz?				
7. Ne sıklıkla ilaçsız(hipertansiyon) kalırsınız?				
8. Doktoruza gitmeden önce ne sıklıkta hipertansiyon ilaçlarınızı atlıyorsunuz?				
9. Kendinizi daha iyi hissettiğinizde hipertansiyon haplarınızı ne sıklıkta almamazlık edersiniz?				
10. Kendinizi kötü hissettiğinizde hipertansiyon haplarınızı ne sıklıkta almamazlık edersiniz?				
11. Başka birinin hipertansiyon ilaçlarından ne sıklıkta alıyorsunuz?				
12. Dikkatsizlik sonucu hipertansiyon ilaçlarınızı ne sıklıkta kaçırdınız?				

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı Niğde’de doğmuştur. İlköğretim ve liseyi Niğde’de tamamlamıştır. 2019 yılında Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun olan araştırmacı, 2020 yılında Aksaray Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği alanında yüksek lisans programına başlamıştır. 2020 Ocak tarihinde göreve başlayan araştırmacı Niğde Çamardı Devlet Hastanesi Yelatan Serkan Duman Sağlık Evi’nde hemşire olarak çalışmaktadır.

