



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI



AKDENİZ DİYETİ EĞİTİMİNİN HİPERTANSİF HASTALARIN KAN BASINCI DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

RIDVAN BAYRAM

(DOKTORA TEZİ)

BURSA-2024

RIDVAN BAYRAM

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI DOKTORA TEZİ

2024



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI



AKDENİZ DİYETİ EĞİTİMİNİN HİPERTANSİF HASTALARIN KAN BASINCI DÜZEYİ VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Rıdvan BAYRAM

(DOKTORA TEZİ)

DANIŞMAN:

Prof. Dr. Hicran YILDIZ

BURSA-2024

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Doktora tezi olarak sunduğum “**Akdeniz Diyeti Eğitiminin Hipertansif Hastaların Kan Basıncı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi**” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Rıdvan Bayram
22.07.2024

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

22/07/2024

Adı Soyadı: Rıdvan Bayram

Anabilim Dalı: Hemşirelik Ana Bilim Dalı

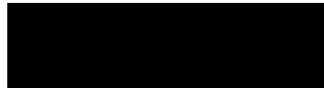
Tez Konusu: Akdeniz Diyeti Eğitiminin Hipertansif Hastaların Kan Basıncı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	■	☐	
Dış Kapak Sayfası	■	☐	
İç Kapak Sayfası	■	☐	
Kabul Onay Sayfası	■	☐	
Sayfa Düzeni	■	☐	
İçindekiler Sayfası	■	☐	
Yazı Karakteri	■	☐	
Satır Aralıkları	■	☐	
Başlıklar	■	☐	
Sayfa Numaraları	■	☐	
Eklerin Yerleştirilmesi	■	☐	
Tabloların Yerleştirilmesi	■	☐	
Kaynaklar	■	☐	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Prof. Dr. Hicran Yıldız

İmza:



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	II
TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU	III
İÇİNDEKİLER	IV
TÜRKÇE ÖZET	VI
İNGİLİZCE ÖZET	VII
TEZ KONUSUNUN KÜRESEL SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA HEDEFLERİ İLE İLİŞKİSİ.....	VIII
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Önemi ve Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	1
1.3. Araştırmanın Önemi	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hipertansiyonun Tanımı.....	3
2.2. Hipertansiyon Risk Faktörleri	3
2.2.1. Modifiye edilemeyen risk faktörleri.....	3
2.2.2. Modifiye edilebilen risk faktörleri	4
2.3. Hipertansiyon Prevalansı	5
2.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	5
2.5. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi	6
2.5.1. Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi	6
2.5.2. Endotelial fonksiyon bozukluğu.....	7
2.5.3. Sempatik sinir sistemi aktivasyonu	7
2.5.4. Böbrek mekanizmaları	7
2.5.5. Damar sertliği ve yapısal değişiklikler.....	7
2.5.6. Genetik faktörler	7
2.5.7. İnflamasyon ve oksidatif stres.....	8
2.6. Hipertansiyonda Tanı	8
2.6.1. Kan basıncı ölçümü.....	8
2.6.1.1 Ofis ortamında kan basıncı ölçümü.....	8
2.6.1.2 Evde kan basıncı ölçümü	9
2.6.2. Klinik değerlendirme ve ek testler	9
2.6.3. Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskelenmiş hipertansiyon	9
2.7. Hipertansiyonun Komplikasyonları	10
2.7.1 Kardiyovasküler komplikasyonlar	10
2.7.2. Serebrovasküler komplikasyonlar	10
2.7.3. Renal komplikasyonlar.....	11
2.7.4. Vasküler komplikasyonlar	11
2.7.5. Oftalmik komplikasyonlar	11
2.7.6. Diğer komplikasyonlar	11
2.8. Hipertansiyonun Tedavisi	12
2.8.1. Yaşam tarzı değişiklikleri	12
2.8.2. Farmakolojik tedavi	13
2.9. Hipertansif Aciller.....	13
2.9.1. Hipertansif acillerin belirtileri ve tanısı	14
2.9.2. Tedavi.....	14
2.10. Hipertansiyon ve Beslenme	14

2.10.1. Tuz kısıtlı diyet	14
2.10.2. DASH diyeti.....	15
2.10.3. Akdeniz diyeti	15
2.10.4. Ek beslenme önerileri.....	17
2.11. Hipertansiyon ve İlaç Uyumu	17
2.11.1. İlaç uyumsuzluğunun nedenleri	17
2.11.2. İlaç uyumu için stratejiler.....	18
2.12. Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi.....	18
2.12.1. Yaşam kalitesine etkileri	18
2.12.2. Tedavi ve yaşam kalitesi	18
2.12.3. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi.....	19
2.12.4. İlaç uyumu ve yaşam kalitesi	19
2.13. Hipertansif Hastalarda Beslenme ve Yaşam Kalitesi.....	19
2.14. Araştırma Konusunun Hemşirelik Açısından Önemi	20
2.14.1. Eğitim ve danışmanlık	20
2.14.3. Kronik hastalık yönetimi.....	21
2.14.4. Araştırma ve geliştirme	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	22
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
3.4. Araştırmanın Evreni	22
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	23
3.6. Randomizasyon Yöntemi	23
3.7. Veri Toplama Araçları	25
3.8. Araştırmanın Uygulama Süreci.....	27
3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	31
3.10. Verilerin Değerlendirilmesi	31
3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri.....	33
3.12. Araştırmanın Etik Yönü	33
4. BULGULAR	34
4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri .	34
4.2. Hastalarda Sağlığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı	36
4.3. Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı ve Akdeniz Diyeti Ölçeği Puanı	36
4.5. Akdeniz Diyetine Uyum ile Sistolik Kan Basıncı, Diyastolik Kan Basıncı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	39
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	44
5.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	44
5.2. Hastalarda Sağlığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı	45
5.3. Hastalarda Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı.....	46
5.4. Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı ve Akdeniz Diyeti Ölçeği Puanı	47
5.5. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanları	48
5.6. Kan Basıncı ve Akdeniz Diyetine Uyumundaki Ölçümler Arası Farklılığın Dağılımı	49
5.7. Yaşam Kalitesi Puanlarındaki Ölçümler Arası Farklılığın Dağılımı	50
5.8. Akdeniz Diyetine Uyum ile Sistolik Kan Basıncı, Diyastolik Kan Basıncı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi	51
6. KAYNAKLAR.....	54

7. SİMGELER VE KISALTMALAR.....	62
8. EKLER.....	63
9. TEŞEKKÜR.....	84
10. ÖZGEÇMİŞ.....	85



TÜRKÇE ÖZET

Deneyisel nitelikteki randomize kontrollü çalışma, Akdeniz diyeti eğitiminin hipertansif hastaların kan basıncı düzeyi ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Çalışmada örneklem sayısı güç analizi ile belirlendi (n=70). Dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar basit randomizasyon tekniği ile deney (n=35) ve kontrol (n=35) gruplarına atandı. Çalışmada, veriler Genel Bilgi Formu, Fiziksel Aktivite Anketi, Algılanan Stres Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği kullanılarak toplandı. Her iki gruba da 0., 1.ve 3. aylarda anket formları uygulandı ve kan basıncı ölçüldü. Müdahale grubuna ilk uygulama eğitim öncesi yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzelikler, ortalamalar, bağımsız t testi, Pearson ki-kare testi, Yates ki-kare testi, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (ANNOVA), Pearson korelasyon testi ve Bonferroni testi kullanıldı. Yaş ortalamaları $48,11 \pm 8,56$ olan hastaların %65,7'si kadındı. Hastaların HT tanı süresi $7,24 \pm 4,96$ yıldı. Hastaların sistolik kan basıncı $143,90 \pm 12,45$ mmHg, diyastolik kan basıncı $91,42 \pm 9,76$ mmHg ve BKİ değeri $25,61 \pm 3,21$ 'di. Üçüncü izlemde sistolik kan basıncının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark yaratacak şekilde azaldığı; 2. ve 3. ölçümlerde Akdeniz diyetine uyum puanının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark yaratacak şekilde arttığı belirlendi ($p < 0,05$). Yine, üçüncü izlemde yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplam puanının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark yaratacak şekilde yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$).

Sonuç olarak, Akdeniz diyeti eğitimi hipertansif hastalarda kan basıncının düşürülmesinde ve yaşam kalitesini iyileştirilmesinde etkili oldu. Hipertansif hastalara yapılan beslenme önerilerinde Akdeniz diyetine de yer verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz diyeti, hipertansiyon, yaşam kalitesi, beslenme eğitimi, kronik hastalık yönetimi.

İNGİLİZCE ÖZET

EFFECT OF MEDITERRANEAN DIET EDUCATION ON BLOOD PRESSURE LEVEL AND QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSION PATIENTS

The experimental randomized controlled trial was conducted to evaluate the effect of Mediterranean diet education on blood pressure levels and quality of life in hypertensive patients. The sample size was determined using power analysis (n=70). Patients who met the inclusion criteria were assigned to the experimental (n=35) and control (n=35) groups using a simple randomization technique. Data were collected using the General Information Form, Physical Activity Questionnaire, Perceived Stress Scale, SF-36 Quality of Life Scale, and Mediterranean Diet Adherence Scale. Surveys and blood pressure measurements were administered to both groups at 0, 1, and 3 months. The initial application for the intervention group was conducted before the education session. In data evaluation, percentages, means, independent t-tests, Pearson chi-square tests, Yates chi-square tests, repeated measures variance analysis (ANOVA), Pearson correlation tests, and Bonferroni tests were used. The average age of the patients was 48.11 ± 8.56 years, and 65.7% of them were women. The duration of hypertension diagnosis was 7.24 ± 4.96 years. The systolic blood pressure of the patients was 143.90 ± 12.45 mmHg, diastolic blood pressure was 91.42 ± 9.76 mmHg, and BMI was 25.61 ± 3.21 . In the third follow-up, the systolic blood pressure in the intervention group was significantly lower compared to the control group; the Mediterranean diet adherence score in the intervention group was significantly higher in the 2nd and 3rd measurements compared to the control group ($p < 0.05$). Additionally, in the third follow-up, all sub-dimensions and the total score of quality of life in the intervention group were significantly higher compared to the control group ($p < 0.05$).

In conclusion, Mediterranean diet education was effective in reducing blood pressure and improving the quality of life in hypertensive patients. It is suggested that the Mediterranean diet should be included in the nutritional recommendations for hypertensive patients.

Keywords: Mediterranean diet, hypertension, quality of life, nutrition education, chronic disease management.

BUÜ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TEZ KONUSUNUN KÜRESEL SÜRDÜRÜLEBİLİR KALKINMA
HEDEFLERİ İLE İLİŞKİSİ

					
☐	☐	☒	☐	☐	☐
					
☐	☐	☐	☒	☐	☐
					
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Doktora tezi olarak sunduğum “Akdeniz Diyeti Eğitiminin Hipertansif Hastaların Kan Basıncı Düzeyi ve Yaşam Kalitesine Etkisi” başlıklı tez 3. ve 10. Küresel Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ile ilişkilidir.

Anahtar kelimeler aşağıdaki bağlantı üzerinden
<https://incites.help.clarivate.com/Content/Resources/Docs/SDG2023.xlsx>
seçilmelidir

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Önemi ve Tanımı

Hipertansiyon, dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen yaygın bir kardiyovasküler hastalıktır ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre, dünya genelinde yaklaşık 1,3 milyar insan hipertansiyon hastasıdır ve bu sayı her yıl artmaktadır (WHO, 2023). Hipertansiyon, kalp hastalıkları, inme, böbrek hastalıkları ve diğer ciddi sağlık sorunlarına yol açarak morbidite ve mortalite oranlarını artırmaktadır (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018). Yüksek kan basıncı, küresel ölçekte yıllık 10 milyon ölüme katkıda bulunmakta ve bu durum, halk sağlığı açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır (Lancet, 2020). Türkiye'de de hipertansiyon, önemli bir sağlık sorunu olarak öne çıkmaktadır. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) tarafından yapılan çalışmalara göre, Türkiye'de yaklaşık her üç yetişkinden biri hipertansiyon hastasıdır. Türkiye'deki hipertansiyon prevalansı %36,5 olarak belirlenmiştir ve bu oran, ülke genelinde yüksek bir risk teşkil etmektedir (TEMED, 2022). Hipertansiyonun Türkiye'deki yaygınlığı ve bu durumun sağlık sistemi üzerindeki yükü, konunun önemini daha da artırmaktadır. Hipertansiyonun kontrol altına alınması, hem bireysel sağlık hem de sağlık sistemleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.

Hipertansiyon tedavisinde beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri, ilaç tedavisi ile birlikte önemli bir rol oynamaktadır. Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi ve sağlıklı yaşam tarzı benimsenmesi, kan basıncının kontrol altına alınmasına ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunur (Nyulas ve ark., 2023; Siervo ve ark., 2015). Ancak, hipertansiyon tanısı alan bireyler, hastalığı kabullenme ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerini benimseme aşamasında zorluklar yaşayabilirler. Bu durum, günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilir (Mahfoud ve ark., 2023).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, hipertansif hastalarda Akdeniz diyeti eğitiminin kan basıncı düzeyi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmektir. Akdeniz

diyeti, sağlıklı yağlar, meyve, sebze, tam tahıllar ve deniz ürünleri açısından zengin bir beslenme modelidir ve hipertansiyonun yönetiminde etkili olduğu bilinmektedir (Psaltopoulou ve ark., 2004). Araştırma kapsamında, Akdeniz diyeti eğitiminin, hipertansif hastaların kan basıncı düzeylerini düşürme ve yaşam kalitelerini iyileştirme üzerindeki etkileri incelenecektir.

1.3. Araştırmanın Önemi

Bu araştırma, hipertansiyon yönetiminde beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemini vurgulamakta ve Akdeniz diyeti gibi sağlıklı beslenme modellerinin, hipertansif hastalar üzerindeki olumlu etkilerini ortaya koymayı amaçlamaktadır. Araştırmanın bulguları, sağlık profesyonellerine, beslenme uzmanlarına ve hastalara, hipertansiyon tedavisinde etkili beslenme stratejileri hakkında bilgi sağlayarak, hastaların yaşam kalitesini artırmaya yönelik önemli veriler sunacaktır.

Bu çalışmanın sonuçları, hipertansiyon tedavisinde beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerinin rolünü daha iyi anlamamıza yardımcı olacak ve bu alandaki mevcut literatüre katkı sağlayacaktır. Ayrıca, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve halk sağlığı stratejilerinin oluşturulmasında da yol gösterici olabilir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon, arteriyel damar duvarlarına uygulanan kan basıncının sürekli olarak yüksek seyretmesi durumu olarak tanımlanır ve önemli bir halk sağlığı sorunudur (Mills, Stefanescu, & He, 2020).

Hipertansiyon, yaygın olarak "yüksek tansiyon" olarak bilinir ve kalp damar sisteminde uzun süreli yüksek basınçla karakterize edilen kronik bir sağlık durumudur. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve diğer sağlık otoriteleri tarafından, sistolik kan basıncının (büyük tansiyon) 140 mmHg veya üzeri ve/veya diyastolik kan basıncının (küçük tansiyon) 90 mmHg veya üzeri olduğu durumlar olarak tanımlanır (WHO, 2023).

2.2. Hipertansiyon Risk Faktörleri

Hipertansiyonun gelişiminde rol oynayan risk faktörleri, genetik, çevresel ve yaşam tarzı unsurlarından oluşan karmaşık bir etkileşim sonucu ortaya çıkar. Bu risk faktörleri modifiye edilemeyen (değiştirilemeyen) ve modifiye edilebilen (değiştirilebilen) olarak iki ana kategoriye ayrılır.

2.2.1. Modifiye edilemeyen risk faktörleri

1. Genetik yatkınlık: Aile öyküsü hipertansiyon gelişiminde önemli bir rol oynar. Ebeveynlerinde veya yakın akrabalarında hipertansiyon bulunan bireylerin bu durumu geliştirme olasılığı daha yüksektir. Genetik faktörler, kan basıncının düzenlenmesinde önemli bir rol oynar (Juraschek, Miller, Weaver, & Appel, 2017).
2. Yaş: Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artar. Yaş ilerledikçe arteriyel esneklik kaybı ve damar sertliği nedeniyle yüksek tansiyon riski artar. Özellikle 65 yaş üstü bireylerde hipertansiyon prevalansı belirgin bir şekilde artış gösterir (Whelton ve ark., 2018).
3. Cinsiyet: Erkeklerde hipertansiyon gelişme riski kadınlardan daha yüksektir. Ancak, menopoz sonrası kadınlarda risk artar ve cinsiyet farkı azalır. Hormonal değişiklikler, özellikle östrojen seviyelerindeki azalma, bu duruma katkıda bulunur (Gupta, &

Xavier, 2018).

4. Irk ve etnisite: Siyah ırk gibi bazı etnik gruplarda hipertansiyon gelişme riski daha yüksektir ve bu durum daha genç yaşlarda ortaya çıkabilir. Ayrıca bu grupta hipertansiyon daha şiddetli seyreder ve komplikasyon riski daha yüksektir (Abrahamowicz, Ebinger, Whelton, Commodore-Mensah, & Yang, 2023).

2.2.2. Modifiye edilebilen risk faktörleri

1. Beslenme alışkanlıkları: Yüksek tuz tüketimi, doymuş ve trans yağ oranı yüksek diyetler, düşük potasyum, kalsiyum ve magnezyum alımı hipertansiyon riskini artırır. DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti gibi tuz alımını azaltan ve sebze, meyve, tam tahıl ve az yağlı süt ürünlerini içeren diyetler kan basıncını düşürmede etkilidir (Siervo ve ark., 2015).

2. Fiziksel aktivite eksikliği: Sedanter yaşam tarzı, hipertansiyon riskini artırır. Düzenli fiziksel aktivite kan basıncını düşürmeye yardımcı olabilir ve genel kardiyovasküler sağlık üzerinde olumlu etkiler yaratır. Haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta aerobik aktivite veya 75 dakika yüksek yoğunlukta aerobik aktivite önerilmektedir (Brook ve ark., 2013).

3. Obezite ve aşırı kilo: Beden kütle indeksinin (BKI) artması hipertansiyon riskini artırır. Abdominal obezite, yani karın bölgesinde yağ birikimi özellikle yüksek risk taşır. Kilo kaybı, kan basıncını düşürmek için etkili yöntemdir (Bhurosy, & Jeewon, 2014).

4. Alkol tüketimi: Aşırı alkol tüketimi kan basıncını artırabilir. Günde iki veya daha fazla içki tüketimi hipertansiyon riskini önemli ölçüde artırır. Alkol tüketiminin sınırlandırılması, kan basıncının kontrolünde önemlidir (Roerecke ve ark., 2017).

5. Sigara kullanımı: Sigara içmek kan damarlarına zarar vererek arteriyel sertleşmeyi hızlandırır ve kan basıncını artırır. Ayrıca, sigara içenlerde hipertansiyonun diğer kardiyovasküler risk faktörleriyle birleşerek daha ciddi sonuçlara yol açma olasılığı yüksektir (Tan ve ark., 2018).

6. Stres: Kronik stres, kan basıncının yükselmesine neden olabilir. Stresin doğrudan hipertansiyona neden olup olmadığı belirsizdir ancak stresle başa çıkma yolları (örneğin, kötü beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite eksikliği) dolaylı olarak riski artırabilir. Stres yönetimi teknikleri ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları,

kan basıncını kontrol altında tutmada yardımcı olabilir (Lichtman ve ark., 2014).

7. Yetersiz uyku ve uyku apnesi: Uyku bozuklukları ve obstrüktif uyku apnesi, hipertansiyon riskini artırır. Yetersiz uyku süresi ve kalitesi, kan basıncını olumsuz etkileyebilir. Uyku düzeninin sağlanması ve uyku apnesi tedavisi, hipertansiyon yönetiminde önemli rol oynar (Turan, 2018).

8. Diyabet ve metabolik sendrom: Diyabet ve insülin direnci, hipertansiyon gelişiminde önemli risk faktörleridir. Metabolik sendromun bir parçası olarak hipertansiyon, obezite, yüksek kan şekeri ve dislipidemi ile birlikte ortaya çıkar. Diyabetin ve metabolik sendromun yönetimi, hipertansiyon riskini azaltmada kritik öneme sahiptir (Tsimihodimos, Gonzalez-Villalpando, Meigs, & Ferrannini, 2018).

2.3. Hipertansiyon Prevalansı

Hipertansiyon, dünya genelinde milyonlarca insanı etkileyen yaygın ve ciddi bir sağlık sorunudur. Son on yılda yapılan çalışmalar, hipertansiyon prevalansının artmakta olduğunu göstermektedir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde, hipertansiyonun prevalansı yüksek seviyelerdedir ve bu ülkelerdeki yetişkin nüfusun önemli bir kısmı hipertansiyon ile yaşamaktadır (Mills ve ark., 2020).

2019'da yapılan bir çalışmada, dünya genelinde 1.28 milyar yetişkinin hipertansiyon tanısı aldığı, bunların üçte ikisinin düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşadığı belirlenmiştir (Zhou ve ark., 2021). Hipertansiyonun tanı ve tedavi oranları, gelişmiş ülkelerde bile optimal düzeyde değildir. ABD'de yapılan bir araştırmaya göre, hipertansiyonlu yetişkinlerin yaklaşık %45'inin kan basıncı kontrol altındadır (Centers for Disease Control and Prevention, 2020).

Türkiye'de yapılan çalışmalara göre hipertansiyon prevalansı %30,3, hipertansiyon farkındalık oranı %54,7 ve antihipertansif kullanım oranı %47,5 olarak belirlenmiştir (Sengul ve ark., 2016).

2.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının kalıcı olarak normalin üzerinde olması durumu olarak tanımlanır. Bu durumun klinik yönetimi ve tedavisi için, hipertansiyonun doğru şekilde sınıflandırılması önemlidir. Son on yılda yapılan klinik

araştırmalar ve güncellenen kılavuzlar, hipertansiyonu çeşitli evrelere ayırarak tanımlamaktadır. Bu sınıflandırma, hastaların tedavi gereksinimlerini belirlemek ve tedavi hedeflerini oluşturmak için kullanılır (Mancia ve ark., 2023; Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018). Tablo 1’ de hipertansiyon sınıflandırılması ve tanımları gösterilmiştir.

Tablo 1. Hipertansiyon sınıflandırılması

Sınıflandırma	Tanım
Normal kan basıncı	SKB<120 mmHg ve DKB<80 mmHg
Yüksek normal kan basıncı	SKB 130-139 mmHg ve DKB 85-89 mmHg
Evre 1 hipertansiyon	SKB 140-159 mmHg veya DKB 90-99 mmHg
Evre 2 hipertansiyon	SKB 160-179 mmHg veya DKB 100-109 mmHg
Evre 3 hipertansiyon	SKB>180 mmHg ve/veya DKB>110 mmHg

2.5. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının kalıcı olarak yükselmesi ile karakterize edilen kronik bir durumdur. Hipertansiyonun fizyopatolojisi, genetik faktörler, çevresel etmenler ve yaşam tarzı unsurlarının karmaşık etkileşimi sonucu ortaya çıkar. Bu süreç, birçok biyolojik mekanizmanın devreye girmesi ile şekillenir ve bu mekanizmalar arteriyel basıncın yükselmesine neden olur (Carretero, & Oparil, 2000; Oparil ve ark., 2018).

2.5.1. Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi

Renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS), kan basıncının ve sıvı dengesinin düzenlenmesinde kritik bir rol oynar. Renin, böbreklerden salgılanarak anjiyotensinogen’i anjiyotensin I’e dönüştürür. Anjiyotensin I, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) tarafından anjiyotensin II’ye dönüştürülür. Anjiyotensin II, güçlü bir vazokonstriktördür ve aldosteron salgısını uyararak su ve sodyum retansiyonunu artırır, bu da kan basıncının yükselmesine neden olur (Hall, do Carmo, da Silva, Wang, & Hall, 2015).

2.5.2. Endotelial fonksiyon bozukluğu

Endotel hücreleri, kan damarlarının iç yüzeyini döşer ve vasküler tonusu düzenler. Endotelial disfonksiyon, nitrik oksit (NO) üretiminin azalması ve endotel kaynaklı hiperpolarize edici faktörlerin (EDHF) etkinliğinin bozulması ile karakterizedir. Bu durum, damarların daralmasına ve kan basıncının yükselmesine yol açar (Ghiadoni, Taddei, & Virdis, 2012).

2.5.3. Sempatik sinir sistemi aktivasyonu

Sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu, kalp debisini ve periferik vasküler direnci artırarak hipertansiyona yol açar. Sempatik aktivitenin artışı, katekolaminlerin (adrenalin ve noradrenalin) salgılanmasını artırır, bu da kalp hızını ve kontraktilesini artırarak kan basıncının yükselmesine neden olur (Grassi, Dell'Oro, Quarti-Trevano, Vanoli, & Oparil, 2023).

2.5.4. Böbrek mekanizmaları

Böbrekler, kan basıncının uzun vadeli kontrolünde anahtar bir rol oynar. Böbreklerdeki sodyum ve su atılımının bozulması, sıvı hacminin artmasına ve dolayısıyla kan basıncının yükselmesine neden olur. Renal disfonksiyon, hipertansiyonun hem nedeni hem de sonucu olabilir (Guyton, 1991).

2.5.5. Damar sertliğı ve yapısal değışiklikler

Arteriyel sertleşme (ateroskleroz), arter duvarlarının kalınlaşmasına ve elastikiyet kaybına yol açarak vasküler direnci artırır. Bu durum, sistolik kan basıncının yükselmesine ve diyastolik basıncın azalmasına neden olur. Aterosklerotik plaklar, damar iç yüzeyini daraltarak kan akışını kısıtlar ve kan basıncının yükselmesine katkıda bulunur (Laurent, & Boutouyrie, 2015).

2.5.6. Genetik faktörler

Genetik yatkınlık, hipertansiyonun gelişiminde önemli bir rol oynar. Birçok

genetik varyant, RAAS, sempatik sinir sistemi ve böbrek fonksiyonları üzerinde etkili olabilir. Genetik faktörler, bireylerin hipertansiyona yatkınlıklarını belirler ve çevresel faktörlerle etkileşim halinde hipertansiyon gelişimini tetikleyebilir (Ehret, & Caulfield, 2013).

2.5.7. İnflamasyon ve oksidatif stres

Kronik inflamasyon ve oksidatif stres, hipertansiyonun patogeneğinde önemli rol oynar. İnflamatuvar sitokinler ve reaktif oksijen türleri (ROS), endotel hücrelerinde hasara yol açar ve vasküler disfonksiyona neden olur. Bu süreçler, arteriyel sertliği ve vasküler direnci artırarak kan basıncını yükseltir (Vaziri, & Rodriguez-Iturbe, 2006).

2.6. Hipertansiyonda Tanı

Hipertansiyonun doğru tanısı, hastaların uygun tedavi ve yönetim stratejileri ile yönlendirilmesi için kritik öneme sahiptir. Hipertansiyon tanısında kullanılan yöntemler, kan basıncının ölçülmesi ve hastanın genel sağlık durumu ile ilgili bilgilerin değerlendirilmesini içerir. Son on yılda geliştirilen kılavuzlar, hipertansiyon tanısında kullanılacak standartları belirlemiştir (Whelton ve ark., 2018; Mancia ve ark., 2023).

2.6.1. Kan basıncı ölçümü

Hipertansiyon tanısının temelini, kan basıncının doğru ve tekrarlanabilir şekilde ölçülmesi oluşturur. Kan basıncı ölçümleri ofis ortamında (klinik) veya ofis dışı (ev ve ambulator) yapılabilir.

2.6.1.1 Ofis ortamında kan basıncı ölçümü

1. Teknik: Hasta oturur pozisyonda, sırtı desteklenmiş ve kolları kalp seviyesinde olacak şekilde en az 5 dakika dinlendikten sonra ölçüm yapılır. Her iki koldan ölçüm alınması önerilir ve daha yüksek olan değer kullanılır.

2. Tekrarlama: En az iki farklı günde iki veya daha fazla ölçüm alınması gereklidir.

3. Aletler: Cıvalı veya aneroid manometreler, otomatik dijital cihazlar

kullanılabilir (Williams ve ark., 2018).

2.6.1.2 Evde kan basıncı ölçümü

1. Kullanım: Hastaların evde kendi kan basınçlarını ölçmeleri, "beyaz önlük hipertansiyonu" ve "maskelenmiş hipertansiyon" durumlarını tanımlamada yardımcı olur.

2. Protokol: Günde iki kez (sabah ve akşam) en az 3-7 gün boyunca ölçüm yapılması önerilir (Shimbo ve ark., 2020).

2.6.1.3. Ambulatuvar kan basıncı ölçümü

1. Kullanım: 24 saatlik süre boyunca kan basıncının düzenli aralıklarla ölçülmesi, hipertansiyonun değerlendirilmesinde altın standart olarak kabul edilir.

2. Avantajlar: Gece hipertansiyonu, "beyaz önlük hipertansiyonu" ve "maskelenmiş hipertansiyon" gibi durumların tespitinde etkilidir (Parati ve ark., 2014).

2.6.2. Klinik değerlendirme ve ek testler

Kan basıncı ölçümüne ek olarak, hipertansiyonun nedenlerini ve hedef organ hasarını belirlemek için klinik değerlendirme ve ek testler yapılır:

1. Tıbbi geçmiş: Ailede hipertansiyon öyküsü, yaşam tarzı faktörleri (diyet, fiziksel aktivite, alkol ve sigara kullanımı) ve mevcut hastalıklar sorgulanır.

2. Fiziksel muayene: Kalp ve damar sisteminin değerlendirilmesi, BKİ ölçümü, karın muayenesi gibi rutin kontroller yapılır.

3. Laboratuvar testleri: Kan biyokimyası (elektrolitler, kreatinin, glukoz), lipid profili, idrar analizi ve EKG gibi testler yapılır (Williams ve ark., 2018).

2.6.3. Beyaz önlük hipertansiyonu ve maskelenmiş hipertansiyon

1. Beyaz önlük hipertansiyonu: Klinik ortamda yüksek olan ancak ev veya ambulatuvar ölçümlerde normal olan kan basıncı.

2. Maskelenmiş hipertansiyon: Klinik ölçümlerde normal olan ancak ev veya

ambulatoriyar ölçümlerde yüksek olan kan basıncı. Bu durumlar, tanı ve tedavi planlamasında dikkatle değerlendirilmelidir (O'Brien ve ark., 2010).

2.7. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyon, tedavi edilmediği veya kötü yönetildiği takdirde ciddi ve potansiyel olarak yaşamı tehdit eden çeşitli komplikasyonlara yol açabilir. Hipertansiyonun neden olduğu komplikasyonlar, kalp, beyin, böbrekler, damarlar ve gözler gibi birçok organ ve sistemi etkileyebilir. Son on yılda yapılan araştırmalar, hipertansiyonun bu organlar üzerindeki olumsuz etkilerini daha ayrıntılı bir şekilde ortaya koymuştur (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

2.7.1 Kardiyovasküler komplikasyonlar

1. Koroner arter hastalığı (KAH): Hipertansiyon, ateroskleroz sürecini hızlandırarak koroner arterlerin daralmasına ve tıkanmasına neden olabilir. Bu durum, miyokard enfarktüsü (kalp krizi) riskini artırır (Benjamin ve ark., 2019).

2. Kalp yetmezliği: Yüksek kan basıncı, kalbin sürekli olarak fazla çalışmasına neden olur, bu da kalp kasının kalınlaşmasına (sol ventrikül hipertrofisi) ve zamanla kalp yetmezliğine yol açar (Roger ve ark., 2012).

3. Aritmiler: Hipertansiyon, atriyal fibrilasyon gibi düzensiz kalp ritimlerine neden olabilir, bu da inme ve kalp yetmezliği riskini artırır (Lip ve ark., 2017).

2.7.2. Serebrovasküler komplikasyonlar

1. İnme: Hipertansiyon, hem iskemik (kan pıhtısı nedeniyle) hem de hemorajik (damar yırtılması nedeniyle) inme riskini önemli ölçüde artırır. Beyne giden kan akışının azalması veya tamamen kesilmesi, beyin dokusunun zarar görmesine neden olur (Lackland ve ark., 2014).

2. Geçici iskemik atak (GİA): İnme riskinin habercisi olarak bilinen GİA, geçici beyin fonksiyon kaybına neden olur ve hipertansiyon hastalarında daha sık görülür (Howard ve ark., 2015).

2.7.3. Renal komplikasyonlar

1. Kronik böbrek hastalığı (KBH): Yüksek kan basıncı, böbreklerin kan damarlarına zarar vererek böbrek fonksiyonlarını bozar. Hipertansiyon, hem KBH'nin nedeni hem de sonucu olabilir (Stanifer, Muiru, Jafar, & Patel, 2016).

2. Böbrek yetmezliği: Hipertansiyonun ilerlemesi, böbrek yetmezliğine yol açabilir ve hastaların diyaliz veya böbrek nakline ihtiyaç duymasına neden olabilir (Muntner ve ark., 2010).

2.7.4. Vasküler komplikasyonlar

1. Periferik arter hastalığı (PAH): Hipertansiyon, bacaklarda ve diğer periferik arterlerde ateroskleroz gelişimini hızlandırarak ağrı, kramp ve yürüme güçlüğüne neden olabilir (Criqui, & Aboyans, 2012).

2. Aort anevrizması ve diseksiyonu: Yüksek kan basıncı, aortun zayıflamasına ve genişlemesine neden olabilir. Bu durum, aort anevrizması ve aort diseksiyonu riskini artırır, bu da ani ölümle sonuçlanabilir (Erbel ve ark., 2014).

2.7.5. Oftalmik komplikasyonlar

1. Hipertansif retinopati: Yüksek kan basıncı, retina damarlarına zarar vererek görme kaybına yol açabilir. Hipertansif retinopati, göz dibinde kanamalar, ödem ve eksudalarla karakterizedir (Wong, & Mitchell, 2007).

2. Optik nöropati: Hipertansiyon, optik sinir hasarına neden olabilir, bu da kalıcı görme kaybına yol açabilir (Hayreh, 2011).

2.7.6. Diğer komplikasyonlar

1. Metabolik sendrom: Hipertansiyon, obezite, dislipidemi ve insülin direnci ile birlikte metabolik sendromun bir bileşeni olarak ortaya çıkabilir. Bu durum, kardiyovasküler hastalık riskini daha da artırır (Grundy, 2016).

2. Demans: Hipertansiyon, beyin damarlarına zarar vererek vasküler demans riskini artırabilir. Uzun süreli yüksek kan basıncı, beyin yapısında ve fonksiyonlarında bozulmalara yol açabilir (Launer, Hughes, & White, 2015).

2.8. Hipertansiyonun Tedavisi

Hipertansiyonun tedavisi, kan basıncını kontrol altına almak ve komplikasyon riskini azaltmak için çeşitli yöntemler içerir. Tedavi, yaşam tarzı değişiklikleri ve farmakolojik tedavi olmak üzere iki ana kategoriye ayrılır. Her iki yaklaşım da genellikle birlikte kullanılır ve hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre özelleştirilir (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

2.8.1. Yaşam tarzı değişiklikleri

Yaşam tarzı değişiklikleri, hipertansiyon yönetiminde ilk adım olarak kabul edilir ve kan basıncını önemli ölçüde düşürebilir. Bu değişiklikler, aynı zamanda farmakolojik tedavinin etkinliğini artırabilir.

1. Diyet: Hipertansiyon tedavisinde diyet önemli bir rol oynar. DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti, kan basıncını düşürmede etkilidir. Bu diyet, sebze, meyve, tam tahıl ve az yağlı süt ürünlerini içerir ve doymuş yağ, kolesterol ve toplam yağ alımını sınırlar (Siervo ve ark., 2015).

2. Tuz tüketiminin azaltılması: Tuz alımının kısıtlanması, kan basıncını düşürmede önemli bir etkidir. Günlük sodyum alımının 2,300 mg'dan daha az olması önerilir, ideal olarak 1,500 mg'a düşürülmesi hedeflenir (He, Campbell, & MacGregor, 2012).

3. Düzenli fiziksel aktivite: Haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta aerobik aktivite veya 75 dakika yüksek yoğunlukta aerobik aktivite önerilir. Fiziksel aktivite, kan basıncını düşürmeye ve genel kardiyovasküler sağlığı iyileştirmeye yardımcı olur (AHA, 2023).

4. Alkol tüketiminin sınırlandırılması: Alkol tüketiminin sınırlandırılması, kan basıncının kontrol altına alınmasına yardımcı olabilir. Erkekler için günde iki, kadınlar için ise günde bir içki ile sınırlı kalınması önerilir (Roerecke ve ark., 2018).

5. Kilo kaybı: Aşırı kilolu veya obez bireylerde kilo kaybı, kan basıncını düşürebilir. Beden kütle indeksinin (BKİ) 25 kg/m²'nin altına düşürülmesi hedeflenir (AHA, 2023).

2.8.2. Farmakolojik tedavi

Farmakolojik tedavi, yaşam tarzı değişikliklerinin yetersiz kaldığı durumlarda veya yüksek riskli hastalarda uygulanır. Çeşitli antihipertansif ilaçlar, kan basıncını kontrol altına almak için kullanılır ve genellikle birden fazla ilaç kombinasyonu gerekebilir.

1. Diüretikler: Diüretikler, böbreklerin fazla sodyumu ve suyu atmasına yardımcı olarak kan basıncını düşürür. Tiyazid diüretikler, hipertansiyon tedavisinde sıkça kullanılır (Rogers ve ark., 2021).

2. ACE inhibitörleri ve ARB'ler: Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin II reseptör blokerleri (ARB'ler), RAAS sistemini inhibe ederek kan basıncını düşürür. Bu ilaçlar, özellikle diyabetik ve böbrek hastalığı olan hastalarda tercih edilir (Tuttle ve ark., 2014).

3. Kalsiyum kanal blokerleri: Bu ilaçlar, kan damarlarının gevşemesine ve genişlemesine yardımcı olarak kan basıncını düşürür. Dihidropiridin ve non-dihidropiridin olmak üzere iki ana sınıfa ayrılırlar (Weber ve ark., 2014).

4. Beta blokerler: Beta blokerler, kalp hızını ve kalp kasılma gücünü azaltarak kan basıncını düşürür. Bu ilaçlar, özellikle miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda kullanılır (Frishman, 2008).

5. Diğer antihipertansif ilaçlar: Alfa blokerler, merkezi etkili ajanlar ve doğrudan vazodilatörler gibi diğer ilaç sınıfları da hipertansiyon tedavisinde kullanılabilir (Katsurada, & Kario, 2024).

2.9. Hipertansif Aciller

Hipertansif aciller, kan basıncının kritik seviyelere yükselmesi ve hedef organ hasarına yol açması ile karakterize edilen tıbbi durumlardır. Bu durumlar acil tıbbi müdahale gerektirir ve tedavi edilmezse hayatı tehdit edici olabilir. Hipertansif acillerin tedavisinde, kan basıncının hızlı bir şekilde düşürülmesi ve organ hasarının önlenmesi amaçlanır. Tedavi genellikle yoğun bakım ünitesinde başlatılır ve intravenöz (IV) antihipertansif ilaçlar kullanılır (Whelton ve ark., 2018; Williams ve ark., 2018).

2.9.1. Hipertansif acillerin belirtileri ve tanısı

Hipertansif acillerde kan basıncı sıklıkla 180/120 mm Hg üzerinde olur ve şu organ hasarları görülebilir:

1. Serebral: Ensefalopati, inme
2. Kardiyak: Miyokard enfarktüsü, akut kalp yetmezliği, aort diseksiyonu
3. Renal: Akut böbrek yetmezliği
4. Göz: Retina kanamaları, papilledema

Tanı, yüksek kan basıncı ve hedef organ hasarının varlığına dayanır. Hedef organ hasarını değerlendirmek için EKG, kan testleri, idrar analizi ve gerekirse beyin tomografisi gibi testler yapılır (Bakris, 2023).

2.9.2. Tedavi

Hipertansif acillerde tedavinin amacı, kan basıncını ilk 1-2 saatte ortalama arter basıncının %20-25'i oranında azaltmaktır. Bu, organ perfüzyonunu koruyarak yapılmalıdır. Kullanılan IV ilaçlar arasında nitroprussid, labetalol ve nicardipin gibi ajanlar bulunmaktadır (Whelton ve ark., 2018).

2.10. Hipertansiyon ve Beslenme

Hipertansiyon tedavisinde beslenme, tedavinin başarısı açısından kritik bir rol oynar. Beslenme ve ilaç tedavisinin birlikte uygulanması, kan basıncının kontrol altında tutulmasında daha etkilidir (Durmaz, & Arslan, 2017). Hipertansiyon tedavisinde yaygın olarak önerilen diyetler arasında tuz kısıtlı diyet, DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti ve Akdeniz diyeti yer almaktadır (Demirci, 2011; Ekim, 2018).

2.10.1. Tuz kısıtlı diyet

Tuz alımının azaltılması, hipertansiyon tedavisinde temel bir stratejidir. Yüksek sodyum alımı, kan basıncını artırarak hipertansiyon gelişimine katkıda bulunur. Günlük sodyum alımının 2,300 mg'dan daha az olması önerilir, ancak daha düşük seviyelerde, günde 1,500 mg veya daha az alım, daha büyük faydalar sağlayabilir (He,

ve ark., 2012).

Tuz kısıtlaması, birçok bireyde kan basıncını düşürmede etkili olmasına rağmen, tuza duyarlılığı düşük olan bireylerde bu etkinin daha sınırlı olabileceği gözlemlenmiştir. Araştırmalar, tuza duyarlı olmayan bireylerde tuz kısıtlamasının kan basıncı üzerinde belirgin bir etki yaratmadığını göstermektedir. Bu nedenle, tuz kısıtlamasının her zaman hipertansiyon tedavisinde tek başına yeterli olmayabileceği dikkate alınmalıdır (Graudal, Hubeck-Graudal, & Jurgens, 2017; Weinberger, 1996).

2.10.2. DASH diyeti

DASH diyeti, hipertansiyonu kontrol altına almak için özel olarak geliştirilmiş bir beslenme planıdır. Bu diyet, meyve, sebze, tam tahıl, yağsız veya az yağlı süt ürünleri, balık, kümes hayvanları, fasulye, kuruyemiş ve bitkisel yağlar açısından zengin gıdaları içerir. Doymuş yağ, kolesterol ve toplam yağ alımını sınırlar (Siervo ve ark., 2015). DASH diyetinin temel bileşenleri şunlardır:

Tahıllar: Günde 6-8 porsiyon

Sebzeler: Günde 4-5 porsiyon

Meyveler: Günde 4-5 porsiyon

Yağsız veya az yağlı süt ürünleri: Günde 2-3 porsiyon

Et, kümes hayvanları ve balık: Günde 6 porsiyon veya daha az

Kuruyemişler, tohumlar ve baklagiller: Haftada 4-5 porsiyon

Yağlar ve yağlı besinler: Günde 2-3 porsiyon

Tatlılar ve eklenmiş şekerler: Haftada 5 porsiyon veya daha az (NHLBI, 2023).

2.10.3. Akdeniz diyeti

Akdeniz diyeti, adını Akdeniz bölgesinde yaşayan toplumların beslenme alışkanlıklarından alır ve bu beslenme tarzının temelini doğal, taze ve işlenmemiş gıdalar oluşturur. Bu diyet, zeytinyağı, meyve, sebze, tam tahıllar, balık, kuruyemiş ve baklagillerin ağırlıklı olarak tüketildiği, kırmızı etin ve şekerin ise sınırlı tüketildiği bir beslenme modelidir. Akdeniz diyeti, düşük doymuş yağ içeriği ve yüksek antioksidan özellikleri ile bilinir ve sağlıklı yaşam için önemli bir beslenme tarzı olarak kabul edilir. Araştırmalar, Akdeniz diyetinin kardiyovasküler sağlığı iyileştirdiğini ve kan

basıncını düşürdüğünü göstermiştir (Günay, 2023; Psaltopoulou ve ark., 2004).

Akdeniz diyeti, çeşitli besin gruplarını içermekte olup, her bir grubun belirli sağlık faydaları bulunmaktadır:

Sebze ve Meyveler: Günlük beslenmenin büyük bir kısmını oluşturur. Sebze ve meyveler, vitaminler, mineraller ve antioksidanlar açısından zengindir. Özellikle folik asit ve potasyum içeriği ile kan basıncını düzenlemede etkilidir (Widmer, Flammer, Lerman, & Lerman, 2015).

Tam Tahıllar: Yulaf, arpa, çavdar gibi tam tahıllar, lif ve kompleks karbonhidrat kaynağıdır. Bu besinler kan şekerini dengelemeye yardımcı olur ve uzun süre tokluk hissi sağlar (Martínez-González, Hershey, Zazpe, & Trichopoulou, 2017).

Zeytinyağı: Ana yağ kaynağıdır ve yüksek miktarda tekli doymamış yağ asitleri içerir. Zeytinyağı, kalp sağlığını koruyucu özelliklere sahiptir ve inflamasyonu azaltır (Estruch ve ark., 2018).

Balık ve Deniz Ürünleri: Omega-3 yağ asitleri bakımından zengindir ve haftada en az iki kez tüketilmesi önerilir. Balık tüketimi, kardiyovasküler hastalık riskini azaltır (Jennings ve ark., 2019).

Kuruyemişler ve Tohumlar: E vitamini, magnezyum ve lif kaynağıdır. Günlük küçük porsiyonlarda tüketimi önerilir (Gültekin Köse, 2020).

Baklagiller: Bitkisel protein ve lif kaynağıdır. Haftada birkaç kez tüketilmesi önerilir (Gültekin Köse, 2020).

Akdeniz diyeti, kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde önemli bir rol oynar. Araştırmalar, bu diyetin çeşitli sağlık faydalarını ortaya koymuştur:

Kardiyovasküler Sağlık: Akdeniz diyeti, kalp hastalıkları riskini azaltır. Yapılan çalışmalarda, bu diyetin kan basıncını düşürdüğü ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesine yardımcı olduğu gösterilmiştir (Cowell ve ark., 2021).

Metabolik Sendrom ve Diyabet: Akdeniz diyeti, insülin direncini azaltır ve tip 2 diyabet riskini düşürür (Sofi, Abbate, Gensini, & Casini, 2010).

Anti-inflamatuar ve Antioksidan Etkiler: Diyetin antioksidan ve anti-inflamatuar bileşenleri, vücutta oksidatif stresi azaltarak genel sağlığı iyileştirir (Finicelli, Di Salle, Galderisi, & Peluso, 2022).

2.10.4. Ek beslenme önerileri

1. Potasyum, kalsiyum ve magnezyum: DASH diyeti, bu mineraller açısından zengin gıdaları teşvik eder. Bu mineraller, kan basıncının düzenlenmesine yardımcı olur (Saneai, Salehi-Abargouei, Esmailzadeh, & Azadbakht, 2014).

2. Kilo yönetimi: Aşırı kilolu veya obez bireylerde kilo kaybı, kan basıncını düşürmede etkili bir yöntemdir. Beden kütle indeksinin (BKI) 25 kg/m²'nin altına düşürülmesi hedeflenir (Kapoor, Zuberi, Rathore, & Baig, 2015).

3. Alkol tüketiminin sınırlandırılması: Alkol tüketiminin sınırlandırılması, kan basıncının kontrol altında tutulmasına yardımcı olabilir. Erkekler için günde iki, kadınlar için ise günde bir içki ile sınırlı kalınması önerilir (Roerecke ve ark., 2017).

2.11. Hipertansiyon ve İlaç Uyumu

Hipertansiyon tedavisinde ilaç uyumu, tedavi başarısı ve hastalık yönetimi açısından kritik bir rol oynar. İlaç uyumu, hastaların reçete edilen antihipertansif ilaçları zamanında ve doğru şekilde almalarını ifade eder. Yetersiz ilaç uyumu, hipertansiyonun kontrol altına alınamamasına ve ciddi sağlık komplikasyonlarına yol açabilir (Prado, & Mion, 2010).

2.11.1. İlaç uyumsuzluğunun nedenleri

İlaç uyumsuzluğu, çeşitli faktörlerden kaynaklanabilir:

1. Yan etkiler: Antihipertansif ilaçların yan etkileri, hastaların ilaçlarını düzenli olarak almamalarına neden olabilir.

2. Unutkanlık: Hastalar, günlük ilaçlarını almayı unutabilirler, özellikle de birden fazla ilaç kullanıyorlarsa.

3. Bilgi eksikliği: Hastaların hastalık ve tedavi hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, ilaç uyumunu olumsuz etkileyebilir.

4. Maliyet: İlaçların maliyeti, özellikle uzun süreli tedavi gerektiren durumlarda, ilaç uyumunu etkileyebilir (Prado, & Mion, 2010; Burnier, & Egan, 2019).

2.11.2. İlaç uyumu için stratejiler

İlaç uyumunu artırmak için çeşitli stratejiler geliştirilmiştir:

1. Eğitim ve danışmanlık: Hastaların hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilmesi, ilaç uyumunu artırabilir. Eğitim programları ve bireysel danışmanlık, hastaların ilaçlarını düzenli almasını teşvik edebilir.

2. Tek doz kombinasyonları: Birden fazla ilacın tek bir tablette birleştirilmesi, hastaların ilaç uyumunu artırabilir. Bu, özellikle günlük ilaç sayısını azaltarak kullanım kolaylığı sağlar (Burnier, & Egan, 2019).

3. Dijital sağlık uygulamaları: İlaç alımını hatırlatıcı mesajlar, uzaktan izleme ve sanal sağlık koçluğu gibi dijital sağlık çözümleri, ilaç uyumunu iyileştirmede etkili olabilir (Hamrahian, Maarouf, & Fülöp, 2022).

2.12. Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi

Hipertansiyon, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyebilen kronik bir sağlık sorunudur. Hipertansiyon tanısı alan bireyler, hastalığı kabullenme ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerini benimseme konusunda zorluklar yaşayabilirler. Bu durum, zamanla günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilir (Mahfoud ve ark., 2023).

2.12.1. Yaşam kalitesine etkileri

Hipertansiyonun yönetimi ve tedavisi, yalnızca kan basıncını düşürmekle kalmaz, aynı zamanda hastaların genel sağlık durumunu ve yaşam kalitesini iyileştirmeyi de hedefler. Hipertansiyon tedavisi, hastaların fiziksel, zihinsel ve sosyal işlevselliklerini korumaya yönelik olmalıdır. Hipertansif hastalar, ilaçların yan etkileri, depresyon, cinsel disfonksiyon ve egzersiz yapmama gibi faktörler nedeniyle yaşam kalitesinde düşüş yaşayabilirler (Hamrahian ve ark., 2022).

2.12.2. Tedavi ve yaşam kalitesi

Antihipertansif tedavi ile kan basıncının kontrol altına alınması, yaşam kalitesini iyileştirebilir. Ancak, ilaç tedavisine bağlı yan etkiler ve hastalığın kronik doğası, bazı

hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle, tedavi planları hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre özelleştirilmelidir (Hamrahian ve ark., 2022).

2.12.3. Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, bireylerin sağlık durumları ile doğrudan ilgilidir ve hastalık sürecinin ve tedavinin etkilerini değerlendirir. Hipertansif hastalar için yaşam kalitesi, hastalığın ve tedavinin fiziksel, sosyal ve duygusal etkilerini kapsar. Hipertansiyonun ileri evrelerinde, hastaların yaşam kalitesi daha belirgin şekilde olumsuz etkilenebilir (Mahfoud ve ark., 2023).

2.12.4. İlaç uyumu ve yaşam kalitesi

İlaç uyumu, hipertansiyon tedavisinin etkinliğinde ve hastaların yaşam kalitesinde önemli bir rol oynar. Hastaların ilaçlarını düzenli ve doğru bir şekilde kullanmaları, hem kan basıncının kontrol altına alınmasına hem de yaşam kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlar. Yetersiz ilaç uyumu, tedavi başarısızlığına ve yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilir (Burnier, & Egan, 2019).

2.13. Hipertansif Hastalarda Beslenme ve Yaşam Kalitesi

Hipertansiyon, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen kronik bir hastalıktır. Beslenme, hipertansiyonun yönetiminde ve hastaların yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde kritik bir rol oynar. Hipertansiyon tanısı alan bireyler, hastalığı kabullenme ve gerekli yaşam tarzı değişikliklerini benimseme aşamasında zorluklar yaşayabilirler (Mahfoud ve ark., 2023). Bu durum, zamanla günlük yaşam aktivitelerini olumsuz etkileyerek yaşam kalitesinde düşüşe neden olabilir.

Hipertansiyonun yönetiminde DASH diyeti ve Akdeniz diyeti gibi beslenme planları önerilmektedir. DASH diyeti, sodyum alımını kısıtlayan, potasyum, kalsiyum ve magnezyum açısından zengin gıdaları içeren bir beslenme modelidir. Akdeniz diyeti ise zeytinyağı, balık, meyve, sebze, baklagiller ve tam tahıllar açısından zengin bir diyet olup, doymuş yağ ve kırmızı et tüketimini sınırlar (Nyulas ve ark., 2023).

1. Düzenli egzersiz: Fiziksel aktivite, kan basıncını düşürmeye ve genel sağlığı iyileştirmeye yardımcı olur.
2. Sağlıklı beslenme: Tuz tüketiminin azaltılması ve besleyici diyetlerin benimsenmesi, kan basıncının kontrol altında tutulmasına katkı sağlar.
3. İlaç uyumu: Hastaların reçete edilen ilaçları düzenli olarak kullanmaları, tedavi başarısını artırır ve yaşam kalitesini iyileştirir (Burnier, & Egan, 2019).

2.14. Araştırma Konusunun Hemşirelik Açısından Önemi

Hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yönetiminde hemşirelerin rolü oldukça kritiktir. Hemşireler, hastaların sağlık durumlarını izlemek, gerekli eğitimleri vermek ve tedavi süreçlerini desteklemekle sorumludur. Bu bağlamda, hemşirelerin Akdeniz diyeti gibi sağlıklı beslenme modellerini tanıması ve hastalarına bu konuda rehberlik edebilmesi, hastaların kan basıncını kontrol altına alabilmesi ve yaşam kalitesini artırabilmesi için önemlidir (Riegel ve ark., 2017; Yıldırım, 2021).

Araştırma konusunun hemşirelik açısından önemi şu şekilde özetlenebilir:

2.14.1. Eğitim ve danışmanlık

Hipertansiyon tedavisinde beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi büyüktür. Hemşireler, hipertansif hastalara Akdeniz diyeti konusunda eğitim vererek ve bu diyeti günlük yaşamlarına nasıl entegre edebileceklerini göstererek, hastaların diyet uyumunu artırabilirler. Bu tür eğitimler, hastaların bilinçlenmesini ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmesini sağlar (Günay, 2023; Özkan Pehlivanoglu, Balcıoğlu, & Ünlüoğlu, 2020; Yıldırım, 2021).

2.14.2. Sağlık takibi ve değerlendirme

Hemşireler, hastaların kan basıncı ve yaşam kalitesi gibi sağlık göstergelerini düzenli olarak izleyerek, Akdeniz diyeti eğitiminin etkinliğini değerlendirebilirler. Bu takip, hastaların tedavi süreçlerini optimize etmelerine yardımcı olur (Dickinson ve ark., 2006; Yıldırım, 2021).

2.14.3. Kronik hastalık yönetimi

Hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yönetiminde hemşirelerin rolü, hastaların genel sağlık durumunu iyileştirmek ve komplikasyonları önlemek için kritik öneme sahiptir. Akdeniz diyeti eğitimi, bu süreçte önemli bir araç olarak kullanılabilir (Riegel ve ark., 2017; Yıldırım, 2021).

2.14.4. Araştırma ve geliştirme

Hemşirelik alanında yapılan bu tür araştırmalar, sağlık profesyonellerinin beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerinin hipertansiyon üzerindeki etkilerini daha iyi anlamalarına ve uygulamalarını bilimsel temellere dayandırmalarına olanak tanır (Estruch ve ark., 2018; Yıldırım, 2021).

Bu nedenlerle, Akdeniz diyeti eğitiminin hipertansif hastalar üzerindeki etkilerini araştıran bu çalışma, hemşirelik uygulamaları açısından büyük önem taşımaktadır. Elde edilen bulgular, hemşirelerin kronik hastalık yönetiminde kullanabilecekleri etkili stratejiler geliştirmelerine katkı sağlayacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Deneysel nitelikteki randomize kontrollü çalışma, bir aile sağlığı merkezinde tedavi görmekte olan primer hipertansiyon hastalarında Akdeniz diyeti eğitiminin kan basıncı düzeyi ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla yapıldı.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Primer hipertansiyon hastalarına verilen Akdeniz diyeti eğitiminin Akdeniz diyeti bağlılık puanlarına etkisi vardır.

H01: Primer hipertansiyon hastalarına verilen Akdeniz diyeti eğitiminin Akdeniz diyeti bağlılık puanlarına etkisi yoktur.

H2: Primer hipertansiyon hastalarına verilen Akdeniz diyeti eğitiminin yaşam kalitesi puanlarına etkisi vardır.

H02: Primer hipertansiyon hastalarına verilen Akdeniz diyeti eğitiminin yaşam kalitesi puanlarına etkisi yoktur.

H3: Primer hipertansiyon hastalarına verilen Akdeniz diyeti eğitiminin kan basıncı regülasyonuna etkisi vardır.

H03: Primer hipertansiyon hastalarına verilen Akdeniz diyeti eğitiminin kan basıncı regülasyonuna etkisi yoktur.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 01.07.2022 ile 30.04.2024 tarihleri arasında Bursa ilinin Nilüfer ilçesinde bulunan 30 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören primer hipertansiyon hastaları üzerinde yapıldı.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı 30 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı, primer hipertansiyon tanısı konmuş 326 hasta oluşturdu.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

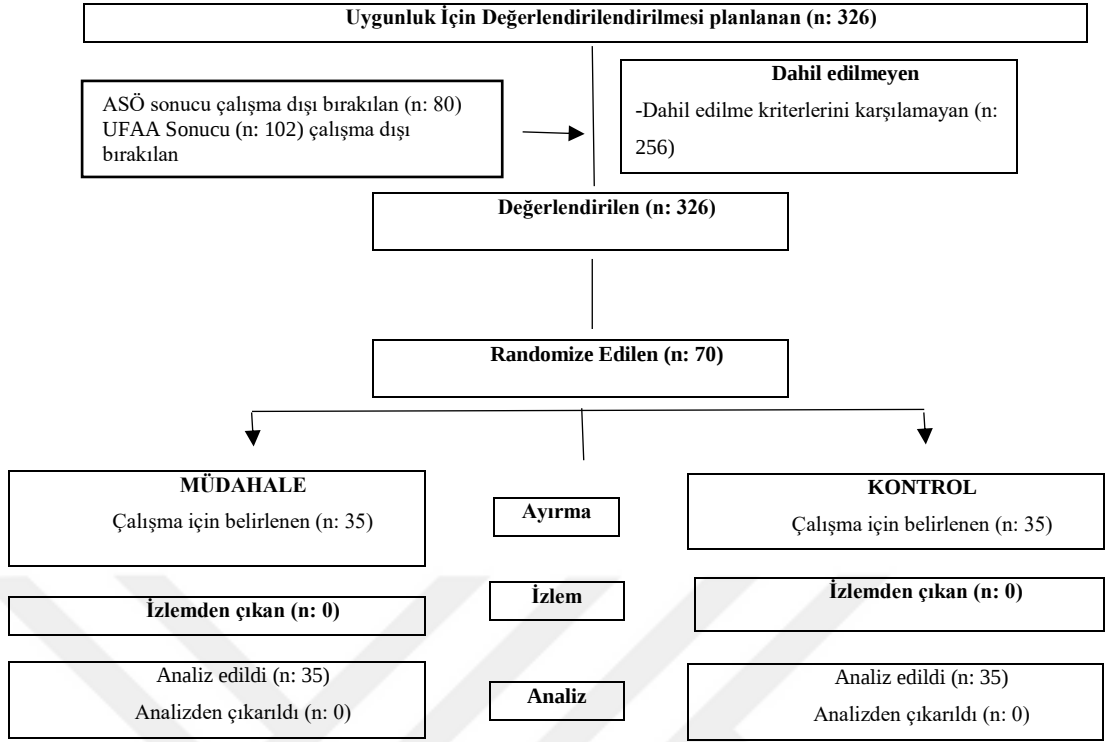
Araştırmanın örneklemini, dahil edilme kriterlerini karşılayan primer hipertansiyon hastaları oluşturdu. Örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.7 programında yapılan güç analizi sonucuna göre %5 hata payı, %99 test gücüne göre müdahale grubuna alınacak bakım verici sayısı 35 ve kontrol grubuna alınacak bakım verici sayısı 35 olmak üzere toplam 70 olarak belirlendi. Çalışma 70 bakım verici (Müdahale: 35, Kontrol: 35) ile tamamlandı. Örneklem sayısına ulaşınca kadar 326 hasta ile görüşüldü.

3.6. Randomizasyon Yöntemi

Dahil edilme kriterlerini karşılayan hastalar yaş ve cinsiyete göre tabalandırılarak basit randomizasyon tekniği ile deney (n=35) ve kontrol (n=35) gruplarına atandı.

Basit randomizasyonda, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan tüm hastalar iki liste halinde yaş ve cinsiyete göre gruplandı. Listeler oluşturulduktan sonra, listelerdeki her hastaya kayıt sırasına göre bir numara verildi. Tek numaralar deney, çift numaralar kontrol grubuna atandı. Her iki liste için de aynı işlem yapıldı.

Randomizasyon süreci, Konsolide Raporlama Denemeleri (CONSORT) diyagramı kullanılarak izlendi (Colin ve ark., 1996; Moher, Schulz, & Altman, 2001) (Şekil 1). CONSORT diyagramı, randomize kontrollü çalışmaların yürütülmesini ve raporlanmasını iyileştirir ve çalışmanın gelecekteki meta-analizlere dahil edilmesine olanak tanır (Worthington ve ark., 2011).



Şekil 1. Consort Diyagramı

3.6.1. Araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 18-60 yaş arasında olma
- Araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olma
- En az 6 ay önce primer hipertansiyon tanısı almış olma
- Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketine göre inaktif grupta olma
- Algılanan Stres Ölçeği'nden alınan puanın 35 ve altında olması
- Okuma yazma biliyor olma.

3.6.2. Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- Son bir yılda beslenme alışkanlıklarını değiştirmiş olma
- Hasta, kadın ise gebe olma
- Yeme bozukluğu tanısı almış olma
- Psikiyatrik tanı almış ve/veya psikolojik destek alıyor olma
- Antidepresan ve/veya steroid kullanıyor olma
- Herhangi bir diyet uyguluyor/diyetisyen desteği alıyor olma

- KKY, KBY, Siroz, GIS, endokrin hastalık tanısı almış olma
- Depresyon tanısı almış olma
- Enteral ya da parenteral yoldan besleniyor olma
- Sigara kullanıyor olma
- Hastanın soruları cevaplamakta engel oluşturacak mental veya iletişimsel bir engelinin olması
- Beden kütle indeksinin 30 ve üzeri olması.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda listelenmektedir. Bunlardan iki tanesi (Fiziksel Aktivite Anketi ile Algılanan Stres Ölçeği) araştırmaya dahil edilme kriteri olarak kullanıldı.

- Genel Bilgi Formu (EK-1),
- SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (EK-2),
- Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (EK-3),
- Fiziksel Aktivite Anketi (EK-4),
- Algılanan Stres Ölçeği (EK-5).

3.7.1. Genel bilgi formu

Bu form, hastaların sosyo-demografik özellikleri, sağlık durumları, antropometrik ölçümleri, beslenme şekilleri konusundaki bilgi ve tutumlarını inceleyen 46 sorudan oluşmaktadır (Gültekin Köse, 2020; Albayrak, & Şengezer, 2022).

3.7.2. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Kısa Form), bireylerin yaşam kalitesini değerlendirmek için en sık kullanılan araçlardan biridir. Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilen bu ölçek, bireylerin öz değerlendirmelerine dayanmaktadır. Türkçeye Pınar tarafından 1995 yılında uyarlanan ölçek, toplamda 36 maddeden oluşur ve 8 farklı boyutu kapsar. Bu boyutlar şunlardır:

Fiziksel Fonksiyon: 10 madde içerir ve bireyin günlük fiziksel aktiviteleri

gerçekleştirme kapasitesini ölçer.

Fiziksel Rol Güçlüğü: 4 madde ile bireyin fiziksel sağlık sorunları nedeniyle yaşadığı rol kısıtlamalarını değerlendirir.

Sosyal İşlevsellik: 2 madde içerir ve bireyin sosyal aktivitelerdeki performansını ölçer.

Ruhsal Sağlık: 5 madde ile bireyin genel ruhsal durumunu ve duygusal iyilik halini değerlendirir.

Vitalite/Enerji: 4 madde içerir ve bireyin enerji düzeyini ve yorgunluk hissini ölçer.

Ağrı: 2 madde ile bireyin ağrı düzeyini ve ağrının günlük yaşam üzerindeki etkisini değerlendirir.

Genel Sağlık Algısı: 5 madde ile bireyin genel sağlık durumu hakkındaki algısını ölçer.

Bu ölçekte, tek bir toplam puan yerine her alt ölçek ayrı ayrı 0-100 arasında puanlanır. Yüksek puanlar, daha iyi bir sağlık durumunu ifade eder. SF-36, farklı popülasyonlar ve hastalık gruplarında yaşam kalitesini değerlendirmek için geniş çapta kullanılmaktadır (Koçyiğit, Aydemir, Ölmez, & Memiş, 1999; Ware, & Sherbourne, 1992).

3.7.3. Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği

Akdeniz tipi beslenmeye uyumu değerlendirmek için Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği (MEDAS) kullanılmıştır. Bu 14 maddelik ölçek, Martinez-Gonzalez ve arkadaşları tarafından 2012 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, her bir soru için tüketim miktarına bağlı olarak 1 veya 0 puan verilerek toplam puan hesaplanır. Toplam puanlar beslenme uyumunu belirlemek için kullanılır: skor ≤ 5 düşük uyum, 6-9 orta uyum ve ≥ 10 yüksek uyum olarak değerlendirilir. Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Pehlivanoglu ve arkadaşları tarafından 2020 yılında yapılmış ve ölçeğin, bireylerin beslenme alışkanlıklarını değerlendirmede kullanılabileceği sonucuna varılmıştır (Acar Tek, & Ersoy, 2020; Martinez-Gonzalez ve ark., 2012; Özkan Pehlivanoglu, Balcioğlu, & Ünlüoğlu, 2020).

3.7.4. Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi

Fiziksel aktivite düzeylerini belirlemek için Craig ve arkadaşları tarafından geliştirilen International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) kısa formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Türkiye’de, bu ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Öztürk (2005) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Aktivite değerlendirilmesinde her bir aktivitenin en az 10 dakika süreyle yapılması ölçüt olarak alınmaktadır. Süre, gün sayısı ve bazal metabolik hıza karşılık gelen MET değeri (dinlenmedeki oksijen tüketiminin katları) çarpılarak “MET-dk/hafta” olarak bir skor elde edilmektedir (Craig ve ark., 2003; Öztürk, 2005).

3.7.5. Algılanan Stres Ölçeği

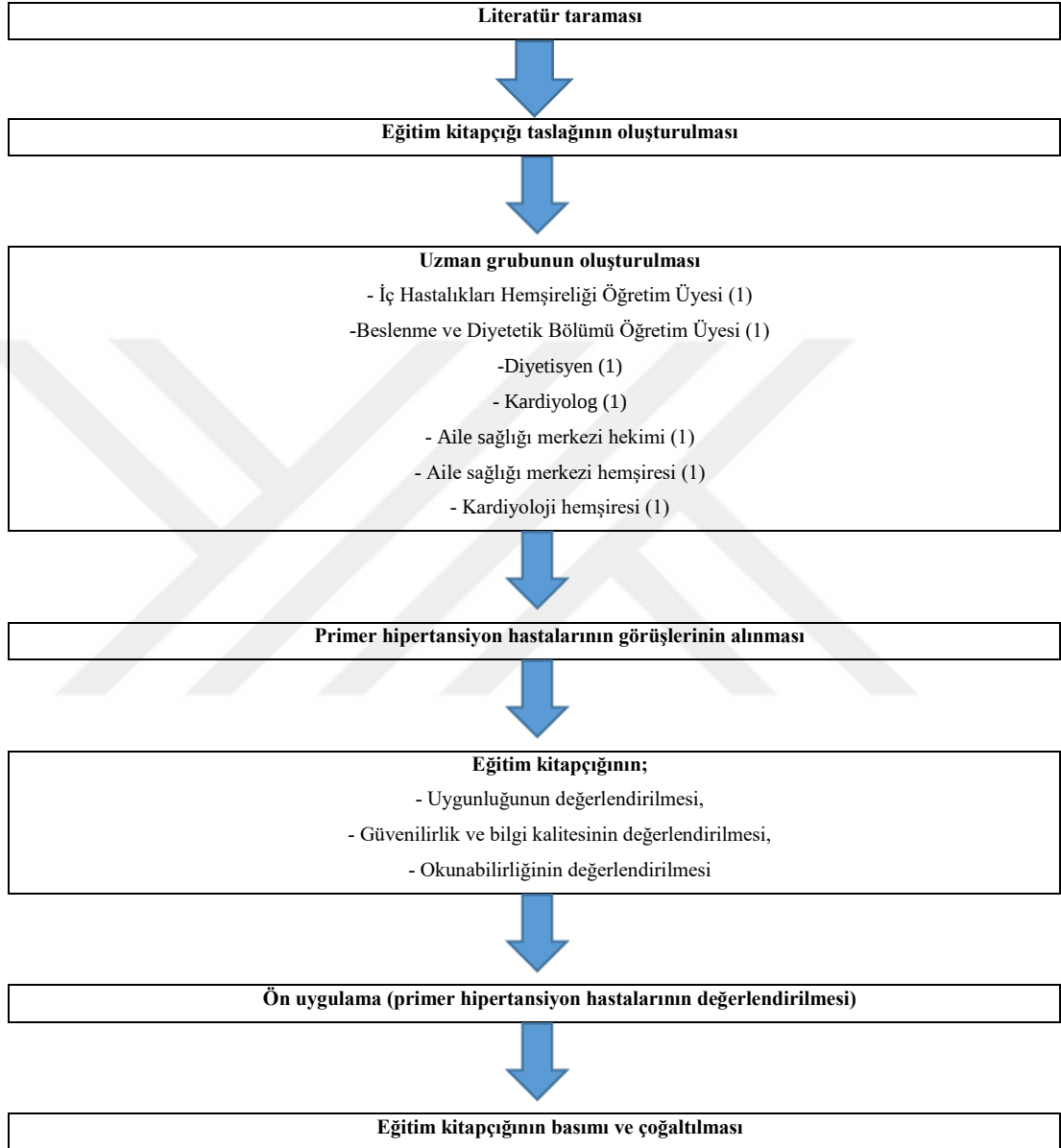
Beşli likert tipi derecelendirme ölçeği olarak geliştirilen ölçekte 14 madde bulunmaktadır. Bu ölçek, "hiç (0)", "neredeyse hiç (1)", "bazen (2)", "sıkça (3)" ve "çok sık (4)" seçeneklerinden oluşmaktadır. 14 maddelik bu formda, 4, 5, 6, 7, 9, 10 ve 13. maddeler ters puanlanmaktadır. Bir katılımcının bu ölçekten elde edebileceği en düşük puan 0, en yüksek puan ise 56'dır. Eskin ve arkadaşlarının Algılanan Stres Ölçeği üzerine yaptığı araştırmalar, ölçeğin yeterli düzeyde iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliğine sahip olduğunu göstermektedir. Ayrıca, bulgular Algılanan Stres Ölçeği’nin öz-yeterlik ve stres algısı olmak üzere iki faktörden oluştuğunu ve yüksek düzeyde eşzamanlı geçerliliğe sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Yapılan bu çalışma, Türkçe Algılanan Stres Ölçeği’nin uzun ve kısa formlarının, bireylerin hayatlarındaki stres algılarını ölçmede geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983; Eskin, Harlak, Demirkıran, & Dereboy, 2013).

3.8. Araştırmanın Uygulama Süreci

3.8.1. Eğitim kitapçığı

Eğitim kitapçığının içeriği, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturuldu (EK-6. Eğitim Kitapçığı). Kitapçık içerisinde beslenme ve hipertansiyon

ilişkisi, akdeniz diyetinin tanımı, akdeniz diyetinin yararları, akdeniz diyetinin içeriği ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Eğitim kitapçığı güvenilirlik ve bilgi kalitesi, kapsam geçerliliği, okunaklılık ve okunabilirlik indeksi açısından değerlendirildi.



Şekil 2. Eğitim kitapçığının oluşturulma aşamaları

3.8.1.1. DISCERN (quality criteria for consumer health information) ölçüm aracı

Primer Hipertansiyon Hastaları için hazırlanan Akdeniz Diyeti Eğitim Kitapçığı'nın güvenilirliği ve bilgi kalitesini değerlendirmek amacıyla, Charnock ve diğerleri (1999) tarafından geliştirilen, ülkemizde ise Gökdoğan ve arkadaşları (2003)

tarafından Türkçeye çevrilen DISCERN (Tüketici Sağlık Bilgileri İçin Kalite Kriterleri) ölçüm aracı kullanılmıştır. Bu 15 maddelik ölçek, kitapçığın kalitesini değerlendirmektedir; toplamda 15 puan düşük kaliteyi, 75 puan ise yüksek bilgi kalitesini ifade etmektedir. Çalışmamızda uzman değerlendirmesi sonucunda kitapçığın amacının açık olduğu, ulaşılabilir olduğu, konu ile ilgili olduğu ve kullanılan kaynakların açıkça belirtildiği tespit edilmiştir. Değerlendirme sonuçlarına göre puan ortalaması 72,3 olarak bulunmuştur.

3.8.1.2. Ateşman okunabilirlik formülü (AOF)

Ateşman (1997)'a göre, okunabilirlik, bir metnin okuyucu tarafından ne kadar kolay veya zor anlaşılabilir olduğunu ifade eder. Okunabilirlik, genellikle metinlerin nicel özelliklerine, yani cümle ve kelime uzunlukları ile bilinmeyen kelime sayısına dayanarak belirlenir (Ateşman, 1997). Bu çalışmada, Flesch'in Ateşman (1997) tarafından Türkçeye uyarlanan formülü kullanılmıştır: Okunabilirlik sayısı = $198,825 - 40.175 \times (\text{hece sayısı} / \text{kelime sayısı}) - 2.610 \times (\text{kelime sayısı} / \text{cümle sayısı})$. Ateşman Okunabilirlik Puanı'na göre, 90-100 arasındaki puanlar çok kolay, 70-89 arasındaki puanlar kolay, 50-69 arasındaki puanlar orta güçlükte, 30-49 arasındaki puanlar zor, 1-29 arasındaki puanlar ise çok zor olarak değerlendirilir. Çalışmamızda kullanılan eğitim kitapçığının okunabilirlik değerlendirmesi sonucunda, 75-79 arasında puan olarak kolay okunabilir olarak belirlenmiştir.

3.8.2. Araştırmanın uygulanması

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra Bursa Nilüfer 30 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde tedavi gören primer hipertansiyon hastaları belirlendi. Hastalarda ayrı bir odada yüzyüze görüşüldü.

Hastalarla yapılan ilk görüşmede, hastalara Algılanan Stres Ölçeği ve Fiziksel Aktivite Anketi uygulandı. Algılanan Stres Ölçeği'ne göre stresle başa çıkmada başarılı hastalar ve Fiziksel Aktivite Anketi'ne göre inaktif hastalar, diğer çalışmaya dahil edilme kriterleri açısından da değerlendirildi. Dahil edilme kriterlerini karşılayan

hastalara SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği ve genel bilgi formu uygulandı. Bu ilk görüşme sonrası birinci ve üçüncü aylarda tekrar görüşme yapıldı (Toplam 3 görüşme/0. ay, 1. ay ve 3. ay). Önce kontrol grubunun verileri toplandı. Kontrol grubunun verileri tamamlandıktan sonra müdahale grubuna uygulama yapıldı. Her görüşme toplam 25-30 dakika sürdü.

3.8.2.1. Müdahale grubuna yapılan uygulamalar

- Hastalara, çalışmanın amaç ve süresi hakkında bilgi verilerek, sözlü ve yazılı onamları alındı.

- Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, Genel Bilgi Formu, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini doldurmaları istendi (0.ay).

- Daha sonra, hastalara “Hipertansiyon Hastaları İçin Akdeniz Diyeti Eğitim Kitapçığı” doğrultusunda David Ausubel tarafından geliştirilen sunuş yolu ile öğretim modeli kullanılarak eğitim verildi (0.ay). Eğitimin bilişsel ve duyuşsal alanına giren eğitim öğrenme piramidinin pasif öğrenme alanında yer almaktaydı (Şekil 3)

- Eğitim verildikten sonra hastalar ile kontrole geldiklerinde birinci ve üçüncü aylarda formlar tekrardan uygulandı.

- Veri toplama süreci boyunca hastalara danışmanlık yapılmadı ve tekrardan eğitim verilmedi.

- Veri toplama süreci sonunda, hastalara tekrardan eğitim yapılarak “Hipertansiyon Hastaları İçin Akdeniz Diyeti Eğitim Kitapçığı” verildi.

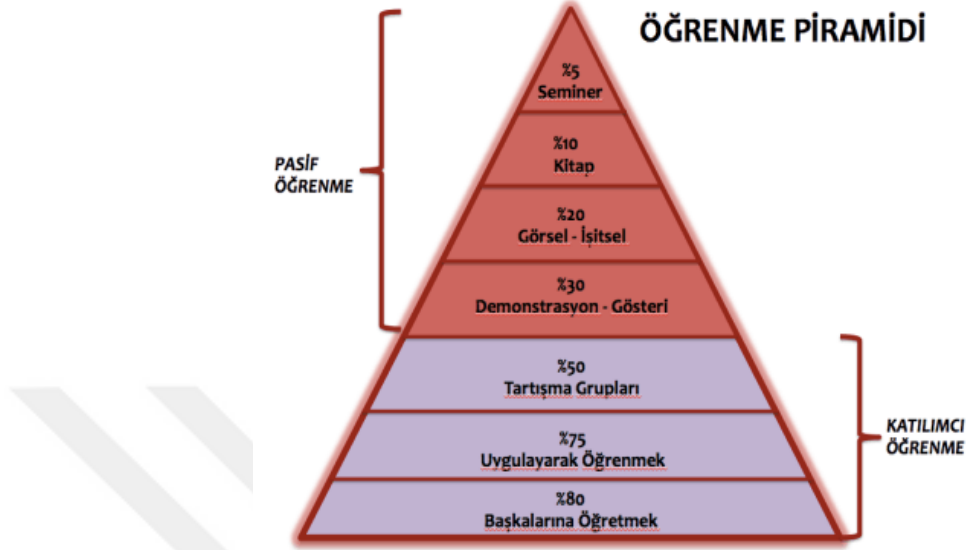
3.8.2.2. Kontrol grubuna yapılan uygulamalar

- Hastalara, çalışmanın amaç ve süresi hakkında bilgi verilerek, sözlü ve yazılı onamları alındı.

- Bilgilendirme sonrası araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan, Genel Bilgi Formu, Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi ve SF36 Yaşam Kalitesi Ölçeğini doldurmaları istendi.

- Birinci ve üçüncü aylarda tekrar görüşüldü ve formlar tekrar uygulandı.

-Çalışma sonunda, eşitliği sağlamak amacıyla kontrol grubuna da eğitim yapılarak “Hipertansiyon Hastaları İçin Akdeniz Diyeti Eğitim Kitapçığı” verildi.



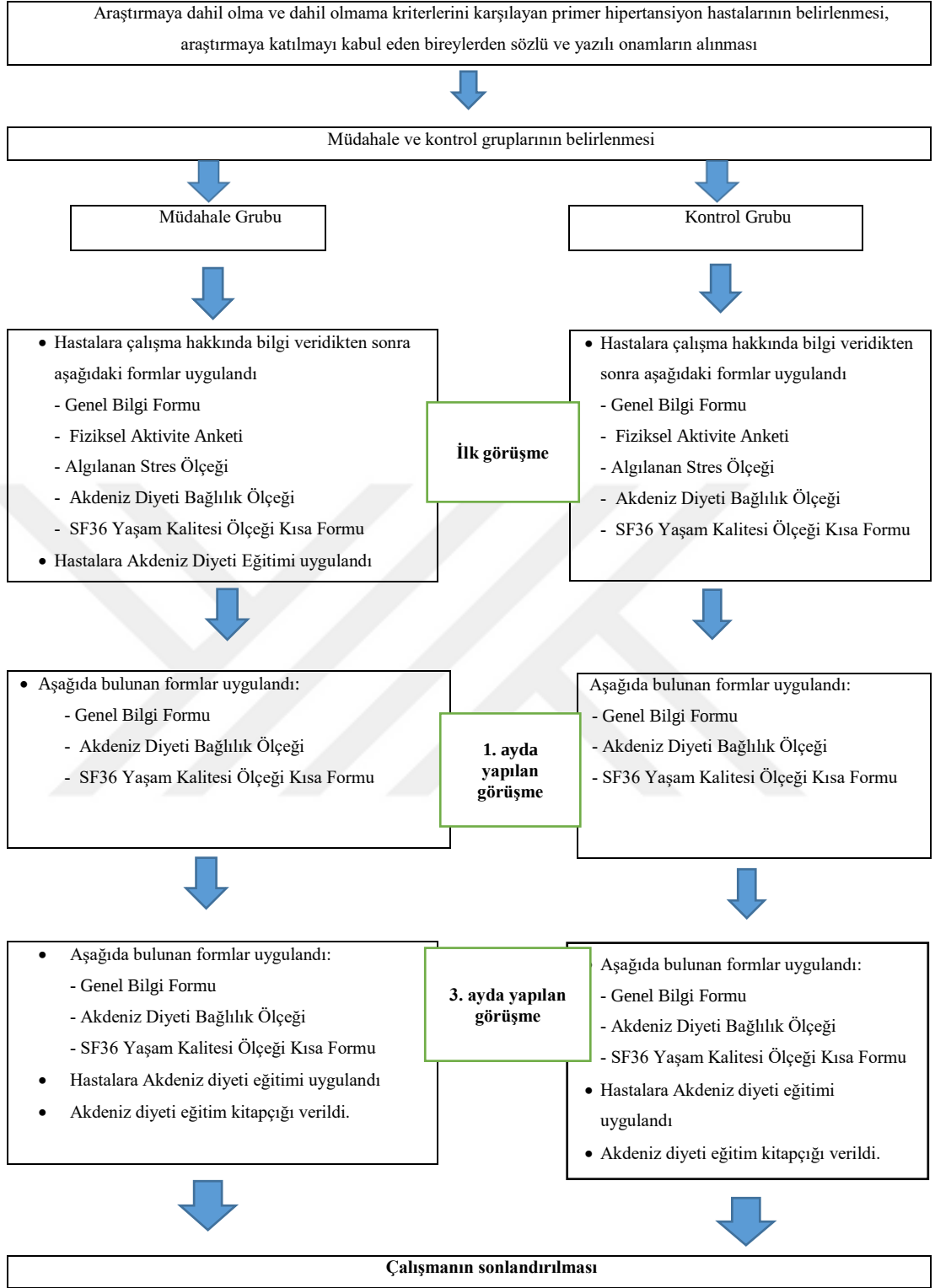
Şekil 3. Öğrenme Piramidi (NTL Institute for Applied Behavioral Science)

3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve yaşam kalitesidir. Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise hastaların sosyodemografik özellikleri, sağlığa ilişkin özellikleri, beslenme durumuna ilişkin özellikleri ve Akdeniz diyetine uyum (Akdeniz diyeti eğitimi)’dur.

3.10. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS 25 paket programı ile değerlendirildi. Yapılan Kurtosis ve Skewness testlerine göre verilerin normal dağılım gösterdiği saptandı. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdelikler, ortalamalar, bağımsız t testi, Pearson ki-kare testi, Yates ki-kare testi, tekrarlı ölçümlerde varyans analizi (ANNOVA), Pearson korelasyon testi ve Post hoc testlerden biri olan Bonferroni kullanıldı. Anlamlılık düzeyi, 0,05 olarak alındı.



Şekil 3. Araştırma uygulama akış şeması

3.11. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

3.11.1 Güçlü yönleri

- Araştırmada, randomize kontrollü deneysel çalışma tipinin kullanılması.
- Araştırma, sadece primer hipertansiyon tanısı almış olan hastalara uygulanmış olması
- Araştırmaya dahil edilme kriterlerinin güvenilirliği destekleyecek düzeyde sınırlandırılmış olması

3.11.2. Sınırlı yönleri

- Araştırmanın tek bir bölgede yapılmış olması, araştırma sonuçlarının tüm primer hipertansiyon tanılı hastaları genellenmesini sınırlamaktadır.
- Çalışmaya katılan primer hipertansiyon hastalarının araştırmacıların verdiği eğitimin dışında başka yollardan da Akdeniz diyeti konusunda bilgi sahibi olma ihtimalleri bulunmaktadır.
- Çalışmaya katılan hipertansif hastaların büyük bir kısmı, kan basıncını kontrol altında tutmak için antihipertansif ilaçlar kullanmaktadır. Antihipertansif ilaçların düzenli veya düzensiz kullanılma durumu, diyet müdahalesinin tek başına etkilerini ayırtırmayı zorlaştırabilir.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için;

- Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izinleri alınmıştır (EK-7).
- Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır (EK-8).
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır (EK-9).
- Kullanılan ölçeklerin izinleri alınmıştır (EK-10).

4. BULGULAR

Hipertansiyon tanısı almış hastalar üzerinde yapılan çalışmanın bulguları, beş başlık altında sunulmaktadır: (1) Hastaların sosyodemografik ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin özellikleri, (2) hastaların sağlığa ilişkin özellikleri, (3) sistolik ve diyastolik kan basıncı ile Akdeniz Diyeti Ölçeği puanları, (4) yaşam kalitesi puanları, (5) müdahale ve kontrol gruplarının 1., 2. ve 3. izlemlerinde Akdeniz diyetine uyum ile sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve yaşam kalitesi ilişkisi.

4.1. Hastaların Sosyodemografik ve Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Özellikleri

Yaş ortalamaları $48,11 \pm 8,56$ olan hastaların %65,7'si kadındı. Hastaların %34,3'ü ortaokul mezunuydu. Hastaların %80'i evlidir ve %52,9'u eşi ve çocukları ile birlikte yaşamaktaydı. Hastaların %31,4'ü ev hanımıydı, %54,3'ü herhangi bir işte çalışmamaktaydı ve %51,4'ü ekonomik durumunu gelir gidere denk olarak tanımladı. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 1).

Hastaların %64,3'ü günde üç ana öğün ve %17,1'i iki ara öğün tüketmekteydi. Hastaların %51,4'ü öğün atmakta olup, bunların %50'si sabah öğününü atlamaktaydı. Hastaların %72,9'u düzenli olarak kahvaltı etmekte olup, bunların %76,5'i evde kahvaltı etmekteydi. Hastaların %48,6'sı ev dışında da yemek yemekmekteydi ve bunların %73,5'i öğle yemeğini ev dışında yemekmekteydi. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların beslenme alışkanlıklarına ilişkin özellikleri arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı (n =70)

Sosyodemografik Özellikler							Beslenmeye İlişkin Özellikler						
Değişken adı		n	%	Müdahale (n=35)	Kontrol (n=35)	Anlamlılık	Değişken adı		n	%	Müdahale (n=35)	Kontrol (n=35)	Anlamlılık
Yaş	Ort± SS	48,11±8,56	DA=32-60	48,94±8,52	47,29±8,65	t=-0,807 p=0,423	Ana Öğün Sayısı	2,00 3,00	25 45	35,7 64,3	12(12,5) 23(22,5)	13(12,5) 22(22,5)	X2**=0,000 p=1,000
Cinsiyet	Kadın Erkek	46 24	65,7 34,3	23 (23,0) 12 (12,0)	23 (23,0) 12 (12,0)	X2**=0,000 p=1,000	Ara Öğün Sayısı	0,00 1,00 2,00 3,00	47 9 12 2	67,1 12,9 17,1 2,9	25(23,5) 4(4,5) 5(6,0) 1(1,0)	22(23,5) 5(4,5) 7(6,0) 1(1,0)	X2*=0,636 p=0,888
Öğrenim Durumu	İlkokul Ortaokul Lise Lisans	21 24 12 13	30,0 34,3 17,1 18,6	12 (10,5) 10 (12,0) 6 (6,0) 7 (6,5)	9 (10,5) 14 (12,0) 6 (6,0) 6 (6,5)	X2*=1,172 p=0,760	Öğün Atlama Durumu	Evet Hayır	36 34	51,4 48,6	17(18,0) 18(17,0)	19(18,0) 16(17,0)	X2*=0,229 p=0,632
Medeni Durum	Evli Bekar	56 14	80,0 20,0	29 (28,0) 6 (7,0)	27 (28,0) 8 (7,0)	X2**=0,089 p=0,765	Atlanılan Öğün (n=36)	Sabah Öğle Akşam	18 15 3	50,0 41,7 8,3	10(8,5) 6(7,1) 1(1,4)	8(9,5) 9(7,9) 2(1,6)	X2*=1,048 p=0,592
Birlikte Yaşadığı Kişi	Yalnız Eşimle Eş ve çocuklarıyla Diğer	10 19 37 4	14,3 27,1 52,9 5,7	5(5,0) 11(9,5) 18(18,5) 1 (2,0)	5(5,0) 8(9,5) 19(18,5) 3 (2,0)	X2*=1,501 p=0,682	Düzenli Olarak Kahvaltı Yapma Durumu	Evet Hayır	51 19	72,9 27,1	25(25,5) 10(9,5)	26(25,5) 9(9,5)	X2**=0,000 p=1,000
Meslek	Emekli Ev Hanımı İşçi Esnaf Memur	16 22 18 9 5	22,9 31,4 25,7 12,9 7,1	9(8,0) 11(11,0) 10(9,0) 3(4,5) 2(2,5)	7(8,0) 11(11,0) 8(9,0) 6(4,5) 3(2,5)	X2*=1,672 p=0,796	Kahvaltı Yapılan Yer (n=51)	Evde İş yerinde	39 12	76,5 23,5	19(19,1) 6(5,9)	20(19,9) 6(6,1)	X2**=0,000 p=1,000
Çalışma Durumu	Çalışıyor Çalışmıyor	32 38	45,7 54,3	15(16,0) 20(19,0)	17(16,0) 18(19,0)	X2*=0,230 p=0,631	Ev Dışında Yemek Yeme Durumu	Evet Hayır	34 36	48,6 51,4	15(17,0) 20(18,0)	19(17,0) 16(18,0)	X2*=0,915 p=0,339
Ekonomik Durum	Gelir giderden az Gelir gidere denk Gelir giderden fazla	17 36 17	24,3 51,4 24,3	9(8,5) 19(18,0) 7(8,5)	8(8,5) 17(18,0) 10(8,5)	X2*=0,699 p=0,705	Ev Dışında Tüketilen Öğün (n=34)	Sabah Öğle Akşam	6 25 3	17,6 73,5 8,8	4(2,6) 11(11,0) 0(1,3)	2(3,4) 14(14,0) 3(1,7)	X2*=3,606 p=0,165

t=t testi X2*=Pearson kıkare testi X2**=Yates düzeltilmiş ki-kare testi

4.2. Hastalarda Sağlığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Hastaların HT tanı süresi $7,24 \pm 4,96$ yıl olup, %50'si düzenli olarak ilaç kullanmaktaydı ve %51,4'ünün düzenli olarak kullandığı ilaç grubu ACEİ ve kalsiyum kanal blokeri kombinasyonuydu. Hastaların sistolik kan basıncı $143,90 \pm 12,45$ mmHg, diyastolik kan basıncı $91,42 \pm 9,76$ mmHg olup, %18,6'sı kan basıncını her gün ölçtürmekteydi. Hastaların BKİ değeri $25,61 \pm 3,21$ olup, %17,1'i yılda birkaç defa boyunu ve %58,6'sı kilosunu ölçtürmekteydi. Hastaların %20'si alkol kullanmaktaydı. Hastaların %57,1'inin birinci derece akrabalarında kronik hastalık, %51,4'ünün birinci derece akrabalarında hipertansiyon tanılı birey vardı. Hastaların %40'ına hastalıkla baş etmede yardımcı olan biri vardı ve %40'ı hipertansiyon tanısı sonrası yaşam tarzı değişikliği yapmıştı. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sağlığa ilişkin özellikleri arasında anlamlı fark olmadığı saptandı ($p > 0,05$) (Tablo 2).

4.3. Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı ve Akdeniz Diyeti Ölçeği Puanı

Grup içi ölçümler arası farkın dağılımına bakıldığında; kontrol grubunun sistolik ve diyastolik kan basınçlarının 1., 2. ve 3. ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p > 0,05$). Müdahale grubunun sistolik ve diyastolik kan basınçlarının 1., 2. ve 3. ölçümleri arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p < 0,05$). Yapılan Bonferroni testine göre; müdahale grubunun sistolik ve diyastolik kan basınçlarının birinci ölçüm ile ikinci ölçüm; birinci ölçüm ile üçüncü ölçüm; ikinci ölçüm ile üçüncü ölçüm arasında anlamlı fark yaratacak şekilde azaldığı belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 3).

Müdahale ve kontrol gruplarının sistolik ve diyastolik kan basıncı ile Akdeniz diyeti uyumun 1., 2. ve 3. izlem puanları arasındaki farkın dağılımı incelendiğinde; 3. izlemde sistolik kan basıncının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark yaratacak şekilde azaldığı; 2. ve 3. ölçümlerde Akdeniz diyetine uyum puanının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark yaratacak şekilde arttığı belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 3).

Tablo 2. Hastalarda sağlığa ilişkin özelliklerin dağılımı (n = 70)

Değişken adı		n	%	Müdahale (n=35)	Kontrol (n=35)	Anlamlılık	Değişken adı		n	%	Müdahale (n=35)	Kontrol (n=35)	Anlamlılık
HT Süre (Yıl)	Ort± SS	7,24±4,96	DA=1-25	7,45±5,33	7,02±4,63	t=-0,359 p=0,721	Sistolik KB (mmHg)	Ort± SS	143,90±12,45	DA=110-166	144,14±12,52	143,66±12,57	t=-0,162 p=0,872
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu	Evet Hayır	35 35	50,0 50,0	17 (17,5) 18 (17,5)	18 (17,5) 17 (17,5)	X2*=0,057 p=0,811	Diastolik KB (mmHg)	Ort± SS	91,42± 9,76	DA=63,00-10,00	92,25±9,94	90,60±9,65	t=-0,707 p=0,482
Kullandığı İlaçlar	ACEİ+ KKB ARB ACEİ KKB ARB+ Tiyazid grubu diüretik	36 11 8 9 6	51,4 15,7 11,4 12,9 8,6	17(18,0) 6(5,5) 5(4,0) 5(4,5) 2(3,0)	19(18,0) 5(5,5) 3(4,0) 4(4,5) 4(3,0)	X2*=1,480 p=0,830	Kan Basıncı Ölçtürme Sıklığı	Her gün Haftada birkaç defa Ayda birkaç defa Yılda birkaç defa	13 21 22 14	18,6 30,0 31,4 20,0	6 (6,5) 10 (10,5) 11 (11,0) 8(7,0)	7(6,5) 11(10,5) 11(11,0) 6(7,0)	X2*=0,410 p=0,938
Boy Ölçüm Sıklığı	Yılda birkaç defa Hiçbir zaman	12 58	17,1 82,9	7(6,0) 28(29,0)	5(6,0) 30(29,0)	X2**=0,101 p=0,751	Kilo Ölçüm Sıklığı	Ayda birkaç defa Yılda birkaç defa Hiç ölçtürmüyorum	23 41 6	32,9 58,6 8,6	12(11,5) 20(20,5) 3(3,0)	11(11,5) 21(20,5) 3(3,0)	X2*=0,068 p=0,967
BKI (kg/m ²)	Ort± SS	25,61±3,21	DA=16,60-29,42	25,54±3,09	25,68±3,36	t=0,174 p=0,863	Alkol	Evet Hayır Bırakmış	14 53 3	20,0 75,7 4,3	5(7,0) 28(26,5) 2(1,5)	9(7,0) 25(26,5) 1(1,5)	X2*=1,646 p=0,439
Birinci Derece Akrabalarda Kronik Hastalık Varlığı	Evet Hayır	40 30	57,1 42,9	23(20,0) 12(15,0)	17(20,0) 18(15,0)	X2**=1,458 p=0,227	Birinci Derece Akrabalarda HT Varlığı	Var Yok	36 34	51,4 48,6	20(18,0) 15(17,0)	16(18,0) 19(17,0)	X2*=0,915 p=0,339
Hastalıkla Başetmede Yardımcı Olan Biri	Var Yok	28 42	40,0 60,0	11(14,0) 24(21,0)	17(14,0) 18(21,0)	X2**=1,488 p=0,223	Yaşam Tarzı Değişikliği Yapma Durumu	Evet Hayır	28 42	40,0 60,0	13(14,0) 22(21,0)	15(14,0) 20(21,0)	X2**=0,060 p=0,807

t=t testi X²*=Pearson kıkare testi X²**=Yates düzeltilmiş ki-kare testi

Tablo 3. Sistolik ve diyastolik kan basıncı ve Akdeniz diyeti ölçeği puanı

Değişkenler	Grup İçi Farkın Dağılımı							Gruplar Arası Farkın Dağılımı						
	Gruplar	Müdahale (n=35)			Kontrol(n=35)			Ölçümler	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
	Ölçümler	1. Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	1. Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	Gruplar	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol
Sistolik KB (mmHg)	Ort ±SS	144,14±12,52	137,74±11,42	135,46±11,12	143,66±12,57	142,97±12,65	143,14±12,27	Ort± SS	143,66±12,57	144,14±12,52	137,74±11,42	142,97±12,65	135,46±11,12	143,14±12,27
	F	113,867			1,731			t	-0,162		1,814		2,744	
	p	0,000			0,191			P	0,872		0,074		0,008	
	Etki Büyüklüğü	0,770			0,048									
	Bonferroni	1>2 1>3 3>2			-									
Diyastolik KB (mmHg)	Ort ±SS	92,25±9,94	88,97±8,84	87,46±8,93	90,60±9,65	90,09±10,80	90,77±10,25	Ort± SS	7,11±1,92	6,97±2,07	9,65±1,71	7,14±2,19	9,80±1,64	7,22±2,28
	F	73,684			0,408			t	-0,707		0,472		1,441	
	p	0,000			0,558			p	0,482		0,638		0,154	
	Etki Büyüklüğü	0,684			0,012									
	Bonferroni	1>2 1>3 3>2			-									
Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği	Ort ±SS	7,11±1,92	9,65±1,71	9,80±1,64	6,97±2,07	7,14±2,19	7,22±2,28	Ort± SS	7,11±1,92	6,97±2,07	9,65±1,71	7,14±2,19	9,80±1,64	7,22±2,28
	F	144,893			1,843			t	-0,299		-5,336		-5,401	
	p	0,000			0174			p	0,766		0,000		0,000	
	Etki Büyüklüğü	0,810			0,051									
	Bonferroni	2>1 3>1			-									

F=Tekrarlı Ölçüm Varyans Testi (Anova testi) t=t testi

4.4. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanları

Kontrol grubunda yaşam kalitesi alt boyutlarının hepsi ve toplam yaşam kalitesi düzeyinin 1. 2. ve 3. ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0,05$). Müdahale grubunda yaşam kalitesi alt boyutlarından ağrı hariç hepsi ve toplam yaşam kalitesi düzeyinin 1. 2. ve 3. Ölçümleri; ağrı alt boyu düzeyinin 1.ve 2. ile 1. ve 3. ölçümleri arasında anlamlı fark olduğu saptandı ($p<0,05$). Yapılan Bonferroni testine göre; müdahale grubunun yaşam kalitesi puanlarının ağrı hariç tüm alt boyutlarda ve toplam yaşam kalitesinde birinci ölçüm ile ikinci ölçüm; birinci ölçüm ile üçüncü ölçüm; ikinci ile üçüncü ölçüm arasında anlamlı fark yaratacak şekilde yaşam kalitesinin arttığı belirlendi ($p<0,05$). Müdahale grubunda yaşam kalitesinin ağrı alt boyutunda ise, birinci ölçüm ile ikinci ölçüm; birinci ölçüm ile üçüncü ölçüm arasında anlamlı fark yaratacak şekilde yaşam kalitesinin arttığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4).

Müdahale ve kontrol gruplarının yaşam kalitesinin 1., 2. ve 3. izlem puanları arasındaki farklılık incelendiğinde; üçüncü izlemde yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplam puanının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark yaratacak şekilde yüksek olduğu ($p<0,05$) görüldü. İkinci izlemde yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplam puanın tüm alt boyutlar ve toplam yaşam kalitesinin müdahale grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu görülmekle birlikte emosyonel rol, mental sağlık ve mental boyut hariç tüm alt boyutlar ve toplam yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 4).

4.5. Akdeniz Diyetine Uyum ile Sistolik Kan Basıncı, Diyastolik Kan Basıncı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Müdahale ve kontrol gruplarının 1., 2. ve 3. izlemlerinde Akdeniz diyetine uyum ile sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve yaşam kalitesi ilişkisi incelendiğinde; Akdeniz diyeti uyum ile sistolik ve diyastolik kan basıncı arasında kontrol ve müdahale gruplarının tüm izlemlerinde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$); Akdeniz diyetine uyum ile müdahale grubunda tüm izlemlerde yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$); kontrol grubunda ise yaşam kalitesinin bazı alt boyutlarında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 4. Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları

Grup İçi Farkın Dağılımı								Gruplar Arası Farkın Dağılımı							
Değişkenler	Gruplar	Müdahale (n=35)			Kontrol (n=35)			Ölçümler	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm		
	Ölçümler	1. Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	1. Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	Gruplar	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	
Fiziksel Fonksiyon	Ort ±SS	57,85±10,66	60,14±10,18	62,14±10,16	52,42±12,38	52,71±12,68	53,42±12,82	Ort± SS	57,85±10,66	52,42±12,38	60,14±10,18	52,71±12,68	62,14±10,16	53,42±12,82	
	F	19,494			1,814			t	-1,965		-2,702		-3,151		
	p	0,000			0,178			p	0,054		0,009		0,002		
	Etki Büyüklüğü	0,364			0,51										
	Bonferroni	1<2 1<3 2<3			-										
Fiziksel Rol	Ort ±SS	40,71±21,07	54,28±19,63	62,85±17,54	30,00±24,85	32,14±25,41	28,57±24,36	Ort± SS	40,71±21,07	30,00±24,85	54,28±19,63	32,14±25,41	62,85±17,54	28,57±24,36	
	F	35,501			0,902			t	-1,945		-4,079		-6,757		
	p	0,000			0,367			p	0,056		0,000		0,000		
	Etki Büyüklüğü	0,511			0,26										
	Bonferroni	1<2 1<3 2<3			-										
Ağrı	Ort ±SS	53,85±29,16	62,21±27,71	63,85±28,59	42,00±35,14	41,81±35,24	41,31±35,16	Ort± SS	53,85±29,16	42,00±35,14	62,21±27,71	41,81±35,24	63,85±28,59	41,31±35,16	
	F	39,401			0,227			t	-1,536		-2,691		-2,942		
	p	0,000			0,720			p	0,129		0,009		0,005		
	Etki Büyüklüğü	0,537			0,007										
	Bonferroni	1<2 1<3			-										
Genel Sağlık Algısı	Ort ±SS	45,85±13,85	51,85±12,95	55,28±12,83	43,14±10,71	43,14±10,78	43,28±11,11	Ort± SS	45,85±13,85	43,14±10,71	51,85±12,95	43,14±10,78	55,28±12,83	43,28±11,11	
	F	53,898			0,122			t	-0,917		-3,059		-4,183		
	p	0,000			0,885			p	0,362		0,003		0,000		
	Etki Büyüklüğü	0,613			0,004										
	Bonferroni	1<2 1<3 2<3			-										

F=Tekrarlı Ölçüm Varyans Testi (Annova testi) t=t testi

Tablo 4. Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları (Devam)

Değişkenler	Grup İçi Farkın Dağılımı							Gruplar Arası Farkın Dağılımı						
	Gruplar	Müdahale (n=35)			Kontrol (n=35)			Ölçümler	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm	
	Ölçümler	1. Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	1. Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	Gruplar	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol
Zindelik	Ort ±SS	50,57±13,59	57,28±13,46	60,71±13,23	47,85±10,45	47,85±10,72	48,00±10,86	Ort± SS	50,57±13,59	47,85±10,45	57,28±13,46	47,85±10,72	60,71±13,23	48,00±10,86
	F	66,455			0,122			t	-,936		-3,239		-4,393	
	p	0,000			0,885			p	0,352		0,002		0,000	
	Etki Büyüklüğü	0,662			0,004									
	Bonferroni	1<2 1<3 2<3			-									
Sosyal Fonksiyon	Ort ±SS	56,42±14,01	66,42±15,08	70,35±13,92	54,78±12,28	56,00±12,47	55,28±12,80	Ort± SS	56,42±14,01	54,78±12,28	66,42±15,08	56,00±12,47	70,35±13,92	55,28±12,80
	F	72,101			1,104			t	-,522		-3,151		-4,714	
	p	0,000			0,337			p	0,604		0,002		0,000	
	Etki Büyüklüğü	0,680			0,31									
	Bonferroni	1<2 1<3 2<3			-									
Emosyonel Rol	Ort ±SS	51,38±24,69	68,53±25,50	81,87±20,38	58,04±25,99	59,95±22,57	59,00±22,98	Ort± SS	51,38±24,69	58,04±25,99	68,53±25,50	59,95±22,57	81,87±20,38	59,00±22,98
	F	62,825			0,493			t	1,100		-1,491		-4,404	
	p	0,000			0,529			p	0,275		0,141		0,000	
	Etki Büyüklüğü	0,649			0,014									
	Bonferroni	1<2 1<3 2<3			-									
Mental Sağlık	Ort ±SS	44,00±25,48	56,57±27,23	65,02±24,72	53,71±24,66	55,20±24,01	52,91±24,50	Ort± SS	44,00±25,48	53,71±24,66	56,57±27,23	55,20±24,01	65,02±24,72	52,91±24,50
	F	54,994			1,764			t	1,621		-0,223		-2,059	
	p	0,000			0,188			p	0,110		0,824		0,043	
	Etki Büyüklüğü	0,618			0,49									
	Bonferroni	1<2 1<3 2<3			-									

F=Tekrarlı Ölçüm Varyans Testi (Annova testi) t=t testi

Tablo 4. Yaşam Kalitesi puanları (Devam)

Grup İçi Farkın Dağılımı								Gruplar Arası Farkın Dağılımı							
Değişkenler	Gruplar	Müdahale (n=35)			Kontrol (n=35)			Ölçümler	1.Ölçüm		2. Ölçüm		3. Ölçüm		
	Ölçümler	1. Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	1. Ölçüm	2. Ölçüm	3. Ölçüm	Gruplar	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	Müdahale	Kontrol	
Fiziksel Boyut	Ort ±SS	49,57±15,27	57,12±14,03	61,03±13,61	41,89±18,56	42,45±18,67	41,65±18,20	Ort± SS	49,57±15,27	41,89±18,56	57,12±14,03	42,45±18,67	61,03±13,61	41,65±18,20	
	F	108,430			0,654			t	-1,890		-3,716		-5,045		
	p	0,000			0,467			p	0,063		0,000		0,000		
	Etki Büyüklüğü	0,761			0,19										
	Bonferroni	1<2 1<3 2<3			-										
Mental Boyut	Ort ±SS	50,59±17,64	62,20±17,47	69,49±15,08	53,60±16,82	54,75±15,81	53,80±16,19	Ort± SS	50,59±17,64	53,60±16,82	62,20±17,47	54,75±15,81	69,49±15,08	53,80±16,19	
	F	111,753			1,446			t	0,729		-1,871		-4,195		
	p	0,000			0,244			p	0,468		0,066		0,000		
	Etki Büyüklüğü	0,767			0,41										
	Bonferroni	1<2 1<3 2<3			-										
SF-36 Toplam	Ort ±SS	50,08±15,56	59,66±14,41	65,26±13,64	47,74±15,53	48,60±15,18	47,72±15,56	Ort± SS	50,08±15,56	47,74±15,53	59,66±14,41	48,60±15,18	65,26±13,64	47,72±15,56	
	F	177,821			2,036			t	-0,628		-3,126		-5,013		
	p	0,000			0,138			p	0,532		0,003		0,000		
	Etki Büyüklüğü	0,839			0,57										
	Bonferroni	1<2 1<3 2<3			-										

F=Tekrarlı Ölçüm Varyans Testi (Anova testi) t=t testi

Tablo 5. Müdahale ve kontrol gruplarının 1. 2. ve 3. izlemlerinde Akdeniz diyetine uyum ile sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve yaşam kalitesi ilişkisi

Değişkenler	Ölçümler	Gruplar	Anlamlılık testi	Sistolik KB	Diyastolik KB	Fiziksel Fonksiyon	Fiziksel Rol	Ağrı	Genel Sağlık	Canlılık	Sosyal Fonksiyon	Emosyonel Rol	Mental Sağlık	Fiziksel Boyut	Mental Boyut	Yaşam Kalitesi Toplam
Akdeniz Diyeti Uyum Ölceği	1. İzlem	Müdahale	r	-0,657**	-0,496**	0,730**	0,608**	0,405*	0,388*	0,408*	0,450**	0,492**	0,512**	0,618**	0,525**	0,601**
			p	,000	,002	,000	,000	,016	,021	,015	,007	,003	,002	,000	,001	,000
		Kontrol	r	-,641**	-,569**	,979**	,814**	,658**	,618**	,579**	,334	,267	,318	,836**	,370*	,700**
			p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,050	,120	,063	,000	,028	,000
	2. İzlem	Müdahale	r	-,602**	-,511**	,685**	,482**	,460**	,486**	,475**	,509**	,419*	,571**	,649**	,577**	,665**
			p	,000	,002	,000	,003	,005	,003	,004	,002	,012	,000	,000	,000	,000
		Kontrol	r	-,722**	-,626**	,956**	,745**	,756**	,649**	,631**	,510**	,296	,274	,868**	,417*	,751**
			p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,002	,084	,111	,000	,013	,000
	3. İzlem	Müdahale	r	-,568**	-,473**	,714**	,603**	,434**	,485**	,487**	,537**	,563**	,533**	,669**	,640**	,687**
			p	,000	,004	,000	,000	,009	,003	,003	,001	,000	,001	,000	,000	,000
		Kontrol	r	-,718**	-,535**	,915**	,591**	,740**	,652**	,640**	,525**	,369*	,407*	,816**	,496**	,735**
			p	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,029	,015	,000	,002	,000

r=Pearson korelasyon

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş ortalamaları $48,11 \pm 8,56$ olan hastaların %65,7'si kadındır. Hastaların %34,3'ü ortaokul mezunudur. Hastaların %80'i evlidir ve %52,9'u eşi ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların %31,4'ü ev hanımıdır, %54,3'ü herhangi bir işte çalışmamaktadır ve %51,4'ü ekonomik durumunu gelir gidere denk olarak tanımlamıştır. Müdahale ve kontrol grubundaki hastaların sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı fark olmadığı saptandı.

Bu bulgular, literatürde belirtilen diğer çalışmalarla uyumludur. Yapılan benzer bir çalışmada, hipertansif hastaların büyük çoğunluğunun kadın olduğu ve yaş ortalamasının benzer seviyelerde bulunduğu rapor edilmiştir (Yurekli, Bilir, & Husain, 2019). Kadınların daha sık sağlık kontrollerine gitmeleri ve hipertansiyon tanısının daha erken konulabilmesi, bu durumu açıklayabilir (Mills ve ark., 2020). Ayrıca, çalışmamızda hastaların %80'inin evli olduğu ve %52,9'unun eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı görülmüştür. Bu bulgu, sosyal destek sistemlerinin hipertansiyon yönetimindeki önemini göstermektedir. Literatürde, sosyal desteğin hipertansiyon yönetiminde önemli bir faktör olduğu geniş çapta kabul görmektedir. Xi'an People's Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada, hipertansif hastaların büyük çoğunluğunun aileleriyle birlikte yaşadığı ve yüksek sosyal desteğe sahip olduğu, bu durumun tedaviye uyumu ve kan basıncı kontrolünü olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (Abdisa ve ark., 2022). Ayrıca, Çin'de yapılan bir başka çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, yüksek sosyal destek seviyelerinin hipertansiyon tedaviye uyum ve genel sağlık sonuçları üzerinde olumlu etkileri olduğu bulunmuştur (Guo ve ark., 2023).

Literatürde, ev hanımı olmanın ve işsizlik oranlarının hipertansiyon prevalansını etkileyen önemli faktörler arasında yer aldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda da hastaların %31,4'ünün ev hanımı ve %54,3'ünün herhangi bir işte çalışmaması, bu bulguyu desteklemektedir. Benzer şekilde, Etiyopya'da yapılan bir çalışmada, işsizlik ve düşük sosyoekonomik statünün hipertansiyon riskini artırdığı bulunmuştur. Ekonomik durumun hipertansiyon üzerindeki etkisi de literatürde geniş yer bulmaktadır. Çalışmamızda, hastaların %51,4'ünün ekonomik durumunu gelir gidere

denk olarak tanımlaması, ekonomik stresin hipertansiyon yönetiminde önemli bir rol oynadığını göstermektedir (Abdisa ve ark., 2022; Chobanian ve ark., 2003; Wang, & Wang, 2004). Sonuç olarak, çalışmamızdaki sosyodemografik bulgular, literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur ve bu bulgular, hipertansiyonun yaygınlık ve yönetimi üzerine önemli bilgiler sağlamaktadır. Bu veriler, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve hipertansiyon yönetimi stratejilerinin belirlenmesi açısından önemli ipuçları sunmaktadır.

5.2. Hastalarda Sağlığa İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Hastaların HT tanı süresi ortalama $7,24 \pm 4,96$ yıl olup, %50'si düzenli olarak ilaç kullanmaktadır. Düzenli olarak kullanılan ilaç grupları arasında %51,4 oranında ACEİ ve kalsiyum kanal blokeri kombinasyonu bulunmaktadır. Bu bulgular, literatürdeki diğer çalışmalarla da uyumludur. ABD' de yapılan bir araştırmada, hipertansiyon tedavisinde ACEİ ve kalsiyum kanal blokeri kombinasyonlarının yaygın olarak kullanıldığı ve bu ilaçların etkinliğinin kan basıncı kontrolünde önemli olduğu belirtilmiştir (Wang, & Wang, 2004). Ayrıca, Türkiye'de yapılan çalışmalar da bu kombinasyonların yaygın kullanımını desteklemektedir (Yurekli ve ark., 2019).

Çalışmamızda yer alan hipertansif hastaların sistolik kan basıncı ortalaması $143,90 \pm 12,45$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması ise $91,42 \pm 9,76$ mmHg olarak bulunmuştur. Bu bulgular, literatürde bildirilen hipertansiyon değerleri ile uyumludur.

Hipertansiyon hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada, ortalama sistolik kan basıncı $145,5$ mmHg, diyastolik kan basıncı ise $80,6$ mmHg olarak rapor edilmiştir (Sengul ve ark., 2016). Benzer şekilde, Akdeniz bölgesinde yapılan bir çalışmada, hipertansif hastaların sistolik kan basıncı ortalaması $133,5 \pm 18,0$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması ise $81,8 \pm 11,8$ mmHg olarak bulunmuştur (Karabulut, 2023). Bu çalışma, kan basıncı kontrolünde farklı bölgelerde elde edilen verilerin farklılık gösterebileceğini ve bölgesel faktörlerin bu sonuçları etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Literatürdeki bu benzer çalışmalar, hipertansif hastaların kan basıncı kontrolünün genel olarak zayıf olduğunu ve hedef değerlerin üzerinde kaldığını göstermektedir. Çalışmamızda elde edilen değerlerin bazı çalışmalara göre biraz yüksek olması, bölgesel ve demografik farklılıklarla açıklanabilir.

Beden kütle indeksi (BKI) değeri ortalama $25,61 \pm 3,21$ olup, %17,1'i yılda birkaç

defa boyunu ve %58,6'sı kilosunu ölçtürmektedir. Çalışmamızda yer alan hipertansif hastaların beden kütle indeksi (BKI) değeri ortalama $25,61 \pm 3,21$ olarak bulunmuştur. Ancak, Akdeniz bölgesinde yapılan bir çalışmada, hipertansif hastaların BKI ortalaması $30,4 \pm 5,1$ olarak bulunmuştur (Karabulut, 2023). Bu farklılığın, çalışmamıza dahil edilme kriterleri arasında BKI değerinin 30' dan az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Hastaların %20'si alkol kullanmaktadır. Alkol kullanımının hipertansiyon riskini artırdığı bilinmektedir. Literatürde, alkol kullanımının kan basıncını artırıcı etkisi geniş çapta belgelenmiştir (Guo ve ark., 2023; WHO, 2023). Türkiye'de yapılan farklı çalışmalarda alkol kullanım oranının %9,3 ile %42 aralığında değiştiği saptanmıştır. Bu farklıların, çalışmanın yapıldığı zaman, bölge ve dahil edilme kriterlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir (Arslantaş, Sevinç, Çetinkaya, Günay, & Aykut, 2019; Karabulut, 2023).

Birinci derece akrabalarında kronik hastalık bulunanların oranı %57,1 iken, %51,4'ünün hipertansiyon tanılı birinci derece akrabaları vardır. Birçok çalışmada, hipertansiyon hastalarının %35 ile %50'sinin pozitif bir aile öyküsüne sahip olduğu belirtilmiştir. Bu oranlar, hipertansiyonun genetik faktörlerle ilişkili olduğunu ve aile öyküsünün hipertansiyon gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (Albayrak, & Şengezer, 2022; TEMD, 2022).

Hastaların %40'ı hastalıkla baş etmede yardımcı olan birine sahip olup, %40'ı hipertansiyon tanısı sonrası yaşam tarzı değişikliği yapmıştır. Bu bulgu, sosyal destek sistemlerinin ve yaşam tarzı değişikliklerinin hipertansiyon yönetimindeki önemini göstermektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer bulgular rapor edilmiştir (Yurekli ve ark., 2019). Güney Etiyopya'da hipertansiyon hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada yaşam tarzı değişikliği yapan hastaların oranı %27,3 olarak bildirilmiştir (Buda, Hanfore, Fite, & Buda, 2017). Çalışma sonuçlarımızla benzer ve farklı sonuçlara sahip çalışmalar bulunmaktadır. Bu farklılıkların çalışmanın yapıldığı bölge, katılımcıların eğitim seviyesi farklılıkları ve hastalık algısı gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Hastalarda Beslenme Alışkanlıklarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı

Çalışmamızda yer alan hipertansif hastaların beslenme alışkanlıkları

incelendiğinde, %64,3'ü günde üç ana öğün ve %17,1'i iki ara öğün tüketmektedir. Hastaların %51,4'ü öğün atlamakta olup, bunların %50'si sabah öğününü atlamaktadır. Ayrıca, hastaların %72,9'u düzenli olarak kahvaltı etmekte olup, bunların %76,5'i evde kahvaltı etmektedir. Hastaların %48,6'sı ev dışında da yemek yemek ve bunların %73,5'i öğle yemeğini ev dışında yemektir. Bu durum, hipertansiyon yönetimi açısından önemli bir risk faktörüdür.

Türkiye'de 2021 yılında yapılan bir çalışmada, hipertansif hastaların %63,9'unun ana öğün atladığı, %19,4'ünün ise sabah kahvaltısını en sık atladıkları ana öğün olarak belirttiği tespit edilmiştir (Medeni, Baran Aksakal, & Medeni, 2021). Ayrıca, 2013 yılında yapılan başka bir araştırma, bireylerin %36,6'sının öğün atladığını göstermektedir. Gana'da gerçekleştirilen bir çalışmada ise katılımcıların %53,6'sı öğün atladıklarını belirtmiştir. Öğün atlamak ile ilgili bulgular çalışmalar arasında farklılık gösterse de bu çalışmalar, öğün atlamanın yaygın bir sorun olduğunu ve hipertansiyon yönetiminde dikkate alınması gerektiğini vurgulamaktadır (Aryee, Helegbe, Baah, Sarfo-Asante, & Quist-Therson, 2013; Medeni, Baran Aksakal, & Medeni, 2021).

5.4. Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı ve Akdeniz Diyeti Ölçeği Puanı

Çalışmamızda Akdeniz diyeti uygulayan ve uygulamayan gruplar arasındaki kan basıncı değişiklikleri incelendi. Kontrol grubunun sistolik ve diyastolik kan basınçlarının 1. 2. ve 3. ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ancak, müdahale grubunun sistolik ve diyastolik kan basınçlarının 1., 2. ve 3. ölçümleri arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bonferroni testine göre, müdahale grubunun sistolik ve diyastolik kan basınçlarının birinci ölçüm ile ikinci ölçüm, birinci ölçüm ile üçüncü ölçüm ve ikinci ölçüm ile üçüncü ölçüm arasında anlamlı fark yaratacak şekilde azaldığı belirlenmiştir.

Literatürde Akdeniz diyeti ve kan basıncı üzerindeki etkilerini inceleyen çeşitli çalışmalar bu bulguları desteklemektedir. Cowell ve arkadaşlarının (2021) sistematik inceleme ve meta-analiz çalışması, Akdeniz diyeti müdahalelerinin sistolik ve diyastolik kan basıncını sırasıyla ortalama -1.4 mmHg ve -1.5 mmHg azalttığını göstermiştir. Çalışma ayrıca, Akdeniz diyetine yüksek düzeyde uyumun hipertansiyon gelişme riskini %13 oranında azalttığını ortaya koymuştur (Cowell ve ark., 2021).

Bir diğer çalışmada, Esposito ve arkadaşları (2014), Akdeniz diyetinin kan basıncı

kontrolü üzerindeki etkilerini incelemiş ve bu diyetin hem sistolik hem de diyastolik kan basıncını anlamlı derecede düşürdüğünü bulmuşlardır. Araştırmada, Akdeniz diyeti uygulayan gruplarda kan basıncında anlamlı düşüşler gözlenmiş ve bu düşüşlerin kardiyovasküler hastalık riskini azalttığı belirtilmiştir (Esposito, Kastorini, Panagiotakos, & Giugliano, 2014).

Benzer şekilde, Widmer ve arkadaşlarının (2015) yaptığı bir çalışmada, Akdeniz diyetinin uzun süreli kan basıncı kontrolünde etkili olduğu ve bu diyetin kardiyovasküler hastalık riskini azaltmada önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır. Çalışma, Akdeniz diyetinin kan basıncı üzerindeki olumlu etkilerinin yanı sıra, genel sağlık üzerinde de geniş kapsamlı faydalar sağladığını göstermektedir (Widmer ve ark., 2015).

Sonuç olarak, çalışmamızda Akdeniz diyetinin kan basıncı üzerinde olumlu etkiler yarattığını gösteren bulgular, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur ve bu diyetin hipertansiyon yönetiminde etkili bir strateji olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

5.5. Hastaların Yaşam Kalitesi Puanları

Çalışmamızda, Akdeniz diyeti uygulayan ve uygulamayan grupların yaşam kalitesi üzerindeki etkileri incelenmiştir. Kontrol grubunda, yaşam kalitesi alt boyutlarının hepsi ve toplam yaşam kalitesi düzeyinin 1., 2. ve 3. ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Ancak, müdahale grubunda ağrı hariç tüm yaşam kalitesi alt boyutları ve toplam yaşam kalitesi düzeyinin 1., 2. ve 3. ölçümleri arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Ağrı alt boyutu, 1. ve 2. ölçüm ile 1. ve 3. ölçüm arasında anlamlı bir fark göstermiştir ($p<0,05$).

Bonferroni testine göre, müdahale grubunun yaşam kalitesi puanlarının ağrı hariç tüm alt boyutlarda ve toplam yaşam kalitesinde, birinci ölçüm ile ikinci ölçüm, birinci ölçüm ile üçüncü ölçüm ve ikinci ölçüm ile üçüncü ölçüm arasında anlamlı fark yaratacak şekilde arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$).

Literatürde, Akdeniz diyeti ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini inceleyen çeşitli çalışmalar bu bulguları desteklemektedir. Porciello ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir çalışmada, Akdeniz diyetine yüksek uyumun yaşam kalitesi üzerinde olumlu

etkileri olduğu bulunmuştur. Çalışmada, Akdeniz diyetine yüksek uyum gösteren kadınların fiziksel işlevselliklerinin daha iyi olduğu ve ağrı seviyelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Porciello ve ark., 2020).

Finicelli ve arkadaşları (2022) tarafından yapılan bir başka çalışmada, Akdeniz diyetinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırdığı ve kronik hastalıklara karşı koruyucu etkiler gösterdiği belirtilmiştir. Bu çalışma, Akdeniz diyetine uzun süreli ve yüksek düzeyde uyumun yaşam kalitesi üzerinde belirgin iyileşmeler sağladığını göstermektedir (Finicelli ve ark., 2022).

Dominguez ve arkadaşlarının (2021) çalışması da Akdeniz diyetinin kan basıncı üzerindeki olumlu etkilerini doğrulamaktadır. Bu çalışma, Akdeniz diyetinin kronik hastalıkların ve yüksek tansiyonun yönetiminde etkili olduğunu belirtmektedir (Dominguez ve ark., 2021).

Ülkemizde hipertansif hastalar üzerinde yapılan tanımlayıcı bir araştırmada Akdeniz diyetine uyumun yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyonu hariç tüm alt boyutlarını ve toplam puanını etkilediği saptanmıştır (Gültekin Köse, 2020). Bu bulgular, Akdeniz diyetinin hipertansiyon yönetiminde ve genel yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bir strateji olduğunu göstermektedir.

Sonuç olarak, çalışmamızda Akdeniz diyetinin yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkilerini gösteren bulgular, literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur ve bu diyetin hipertansiyon yönetiminde ve genel yaşam kalitesinin artırılmasında etkili bir strateji olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

5.6. Kan Basıncı ve Akdeniz Diyetine Uyumundaki Ölçümler Arası Farklılığın Dağılımı

Çalışmamızda müdahale ve kontrol gruplarının sistolik ve diyastolik kan basıncı ile Akdeniz diyeti uyumunun 1., 2. ve 3. izlem puanları arasındaki farklılıklar incelendiğinde; 3. izlemde sistolik kan basıncının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark yaratacak şekilde azaldığı ($p<0,05$); 2. ve 3. ölçümlerde Akdeniz diyetine uyum puanının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark yaratacak şekilde arttığı belirlendi.

Çalışmamızda, müdahale grubundaki bireylerin sistolik kan basıncında 3. izlemde anlamlı bir düşüş olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Bu, Akdeniz diyeti eğitiminin ve

uygulanmasının hipertansif hastaların kan basıncını düşürmede etkili olduğunu göstermektedir. Literatürde de Akdeniz diyetinin, özellikle zeytinyağı, sebze ve meyve gibi antioksidan ve anti-inflamatuar özelliklere sahip besinlerin tüketimi nedeniyle kardiyovasküler sağlığı desteklediği ve kan basıncını düşürdüğü bilinmektedir (Estruch ve ark., 2018; Jennings ve ark., 2019).

2. ve 3. ölçümlerde müdahale grubundaki Akdeniz diyeti uyum puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede arttığını göstermektedir. Bu, katılımcıların diyeti benimsediklerini ve eğitim programının etkinliğini ortaya koymaktadır. Sofi ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında da belirtildiği gibi, Akdeniz diyetine yüksek uyum, diyabet, kalp hastalıkları ve inme riskini azaltmakta ve genel yaşam kalitesini artırmaktadır (Sofi ve ark., 2010).

Akdeniz diyetine uyumun artması, bu diyeti uzun vadeli bir yaşam tarzı olarak benimsemenin mümkün olduğunu ve sürdürülebilir sağlık faydaları sağladığını göstermektedir. Martínez-González ve arkadaşlarının (2017) araştırmaları, Akdeniz diyetinin uzun vadeli sağlık yararlarını vurgulamakta ve bu diyetin diğer diyetlerden daha fazla benimsenmesini desteklemektedir (Martínez-González, Hershey, Zazpe, & Trichopoulou, 2017).

5.7. Yaşam Kalitesi Puanlarındaki Ölçümler Arası Farklılığın Dağılımı

Üçüncü izlemde yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplam puanının müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı fark yaratacak şekilde yüksek olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu bulgu, Akdeniz diyeti eğitiminin genel yaşam kalitesi üzerinde güçlü ve olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. 2020 yılında yapılan bir çalışmada, Akdeniz diyetinin, özellikle yaşlı popülasyonlarda, yaşam kalitesini iyileştirdiği ve depresyon riskini azalttığı belirtilmiştir (Bonaccio ve ark., 2018; Psaltopoulou ve ark., 2013). Akdeniz diyetinin anti-inflamatuar ve antioksidan özellikleri, kronik hastalıkların yönetiminde ve psikososyal iyilik halinde önemli rol oynamaktadır.

İkinci izlemde yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ve toplam puanın müdahale grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu görülmekle birlikte, emosyonel rol, mental sağlık ve mental boyut hariç tüm alt boyutlar ve toplam yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdiği belirlendi. Bu sonuçlar, Akdeniz diyetinin

etkilerinin zaman içinde daha belirgin hale geldiğini ve belirli psikolojik boyutların daha uzun süreli müdahalelerle iyileşme gösterdiğini ortaya koymaktadır. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında Akdeniz diyetinin mental ve emosyonel iyilik hali üzerindeki etkileri vurgulanmış ve diyetin depresyon semptomlarını hafifletebileceği belirtilmiştir (Psaltopoulou ve ark., 2013).

Akdeniz diyetinin sürdürülebilirliği, bireylerin diyetlerini uzun süre sürdürmelerine yardımcı olabilir ve bu da sağlık sonuçlarını olumlu yönde etkileyebilir (Dominguez, Di Bella, Veronese, & Barbagallo, 2021).

5.8. Akdeniz Diyetine Uyum ile Sistolik Kan Basıncı, Diyastolik Kan Basıncı ve Yaşam Kalitesi İlişkisi

Müdahale ve kontrol gruplarının 1., 2. ve 3. izlemlerinde Akdeniz diyetine uyum ile sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve yaşam kalitesi ilişkisi incelendiğinde; Akdeniz diyeti uyum ile sistolik ve diyastolik kan basıncı arasında kontrol ve müdahale gruplarının tüm izlemlerinde anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$); Akdeniz diyetine uyum ile müdahale grubunda tüm izlemlerde yaşam kalitesi alt boyut ve toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$); kontrol grubunda ise yaşam kalitesinin bazı alt boyutlarında anlamlı bir ilişki olmadığı saptandı.

Akdeniz diyetine uyumun hem kan basıncı hem de yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur. Bu durum, Akdeniz diyetinin hipertansiyon yönetiminde ve genel yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde çift yönlü bir fayda sağladığını göstermektedir.

Akdeniz diyetine uyumun artması, kan basıncının düşürülmesiyle birlikte, bireylerin fiziksel sağlığını iyileştirirken aynı zamanda psikososyal iyilik halini de artırmaktadır. Bu bulgular, diyetin anti-inflamatuar ve kardiyoprotektif özelliklerinin yanı sıra, bireylerin genel yaşam memnuniyetini artıran sosyal ve psikolojik faydalarını da vurgulamaktadır. Dominguez ve arkadaşlarının (2021) çalışması, Akdeniz diyetinin kronik hastalıkların yönetiminde ve hipertansiyon kontrolünde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Aynı şekilde, Psaltopoulou ve arkadaşlarının (2013) çalışması da Akdeniz diyetinin kardiyovasküler sağlığı destekleyerek kan basıncını düşürdüğünü göstermektedir (Dominguez ve ark., 2021; Psaltopoulou ve ark., 2013).

Kontrol grubunda ise yaşam kalitesinin bazı alt boyutlarında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç, diyet eğitiminin ve müdahalesinin önemini vurgulamaktadır. Eğitim programları, bireylerin diyet alışkanlıklarını değiştirmede ve bu değişikliklerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini artırmada kritik bir rol oynayabilir. Liu ve arkadaşlarının (2020) çalışması, diyet eğitimi ve müdahale programlarının bireylerin sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemelerinde etkili olduğunu göstermektedir. Zhang ve arkadaşlarının (2021) çalışması da eğitim müdahalelerinin sağlıkla ilgili yaşam kalitesini iyileştirdiğini ortaya koymuştur (Liu, Xie, & Or, 2020; Zhang, Huang, Zhang, Milks, & Liu, 2021).

Çalışmamızdan elde edilen veriler ile birlikte aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Akdeniz diyeti eğitimi alan hipertansif hastaların sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinde anlamlı düşüşler gözlemlenmiştir. Müdahale grubunda, sistolik kan basıncı ortalama 10 mmHg, diyastolik kan basıncı ise ortalama 7 mmHg azalmıştır.

Akdeniz diyeti eğitimi, hastaların yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkiler yaratmıştır. Müdahale grubunda SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puanlarında anlamlı düzeyde artışlar görülmüştür. Bu, hastaların genel sağlık durumlarında ve yaşam kalitelerinde önemli bir iyileşme olduğunu göstermektedir.

Kontrol grubundaki hastalarda kan basıncı ve yaşam kalitesi ölçümlerinde belirgin bir değişiklik gözlemlenmemiştir. Bu, Akdeniz diyeti eğitiminin müdahale grubu üzerinde oluşturduğu farkı daha belirgin hale getirmiştir.

Akdeniz diyetine uyumun hem kan basıncı hem de yaşam kalitesi üzerinde anlamlı etkileri olduğu bulunmuştur. Bu durum, Akdeniz diyetinin hipertansiyon yönetiminde ve genel yaşam kalitesinin iyileştirilmesinde çift yönlü bir fayda sağladığını göstermektedir. Akdeniz diyetine uyumun artması, kan basıncının düşürülmesiyle birlikte, bireylerin fiziksel sağlığını iyileştirirken aynı zamanda psikososyal iyilik halini de artırmaktadır. Bu bulgular, diyetin anti-inflamatuar ve kardiyoprotektif özelliklerinin yanı sıra, bireylerin genel yaşam memnuniyetini artıran sosyal ve psikolojik faydalarını da vurgulamaktadır.

Bu araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdakiler önerilmektedir:

Akdeniz diyeti eğitimi, hipertansiyon tedavi programlarının bir parçası olarak yaygınlaştırılmalı ve sağlık politikalarına entegre edilmelidir. Bu tür eğitimler, birinci basamak sağlık hizmetlerinde düzenli olarak verilmelidir.

Hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri, Akdeniz diyeti ve sağlıklı beslenme konularında düzenli eğitim almalıdır. Bu eğitimler, hastaların diyet uyumunu artırmak ve tedavi süreçlerini desteklemek için kullanılmalıdır.

Gelecekteki araştırmalarda, Akdeniz diyeti eğitiminin uzun vadeli etkileri ve farklı popülasyonlar üzerindeki sonuçları incelenmelidir.

Toplum sağlığı programlarında Akdeniz diyeti ve sağlıklı yaşam tarzı teşvik edilmelidir. Bu programlar, halkın bilinçlenmesini ve sağlıklı beslenme alışkanlıkları geliştirmesini desteklemelidir.

Hipertansif hastalar için düzenli eğitim programları ve destek grupları oluşturulmalıdır. Bu gruplar, hastaların diyet uyumunu ve genel sağlık durumlarını iyileştirmek için motive edici bir rol oynayabilir.

Sağlık kurumları, diyetisyen ve beslenme uzmanları ile işbirliği yaparak hastaların bireysel ihtiyaçlarına göre özel beslenme programları hazırlamalıdır. Bu işbirliği, tedavi sürecinin daha etkili olmasını sağlayacaktır.

6. KAYNAKLAR

- Abdisa, L., Balis, B., Shiferaw, K., Debella, A., Bekele, H., Girma, S., ... & Letta, S. (2022). Self-care practices and associated factors among hypertension patients in public hospitals in Harari regional state and Dire Dawa City administration, Eastern Ethiopia: A multi-center cross-sectional study. *Front Public Health*, 10, 911593. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.911593>
- Abrahamowicz, A.A., Ebinger, J., Whelton, S.P., Commodore-Mensah, Y., & Yang, E. (2023). Racial and ethnic disparities in hypertension: barriers and opportunities to improve blood pressure control. *Curr Cardiol Rep*, 25(1), 17-27. <https://doi.org/10.1007/s11886-022-01826-x>
- Albayrak, Z., & Şengezer, T. (2022). Ailelerinde hipertansiyon hastası olan kişilerde hipertansiyon gelişiminin önlenmesiyle ilgili tutumlar: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Turkish Journal of Family Practice*, 26(2), 53-65.
- American Heart Association. (2023). *American Heart Association Recommendations for physical activity in adults and kids*. Erişim adresi: <https://www.heart.org/en/healthy-living/fitness/fitness-basics/aha-recs-for-physical-activity-in-adults>
- American Heart Association. (2023). *Managing weight to control high blood pressure*. American Heart Association. Erişim adresi: <https://www.heart.org/en/health-topics/high-blood-pressure/changes-you-can-make-to-manage-high-blood-pressure/managing-weight-to-control-high-blood-pressure>
- Arslandaş, E. E., Sevinç, N., Çetinkaya, F., Günay, O., & Aykut, M. (2019). Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları. *Ege Tıp Dergisi*, 58(4), 319-329.
- Aryee, P.A., Helegbe, G.K., Baah, J., Sarfo-Asante, R.A., & Quist-Therson, R. (2013). Prevalence and risk factors for overweight and obesity among nurses in the Tamale Metropolis of Ghana. *Journal of Medical and Biomedical Sciences*, 2(4), 13-23.
- Ateşman, E. (1997). Türkçede okunabilirliğin ölçülmesi. *Dil Dergisi*, 58, 71-74.
- Bakris, G.L. (2023). Hypertensive emergencies - cardiovascular disorders. *MSD Manual Professional Edition*. Erişim adresi: <https://www.msmanuals.com/professional/cardiovascular-disorders/hypertension/hypertension>
- Benjamin, E. J., Muntner, P., Alonso, A., Bittencourt, M.S., Callaway, C.W., Carson, A. P., ... Virani, S.S. (2019). Heart disease and stroke statistics—2019 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 139(10), e56-e528. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000659>
- Bhurosy, T., & Jeewon, R. (2014). Overweight and obesity epidemic in developing countries: a problem with diet, physical activity, or socioeconomic status? *Scientific World Journal*, 2014, 964236. <https://doi.org/10.1155/2014/964236>
- Bonaccio, M., Di Castelnuovo, A., Costanzo, S., Gialluisi, A., Persichillo, M., Cerletti, C., Donati, M. B., de Gaetano, G., & Iacoviello, L. (2018). Mediterranean diet and mortality in the elderly: A prospective cohort study and a meta-analysis. *British Journal of Nutrition*, 120(8), 841-854. <https://doi.org/10.1017/S0007114518002179>
- Brook, R.D., Appel, L.J., Rubenfire, M., Ogedegbe, G., Bisognano, J.D., Elliott, W.J., ... Rajagopalan, S. (2013). Beyond medications and diet: alternative approaches to lowering blood pressure: a scientific statement from the american heart association. *Hypertension*, 61(6), 1360-1383. <https://doi.org/10.1161/HYP.0b013e318293645f>
- Buda, E.S., Hanfore, L.K., Fite, R.O., & Seyum, S.A. (2017). Lifestyle modification practice and associated factors among diagnosed hypertensive patients in selected

- hospitals, South Ethiopia. *Clinical Hypertension*, 23(26).
<https://doi.org/10.1186/s40885-017-0081-1>
- Burnier, M., & Egan, B.M. (2019). Adherence in hypertension. *Circulation Research*, 124(7), 1124-1140. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>
- Carretero, O.A., & Oparil, S. (2000). Essential hypertension: Part I: definition and etiology. *Circulation*, 101(3), 329-335.
- Cavalcanti, A.L., Macêdo, D.J., Dantas, F.S.B., Menezes, K. dos S., Silva, D.F.B., Junior, W.A. de M., & Cavalcanti, A.F.C. (2018). Evaluation of oral mucositis occurrence in oncologic patients under antineoplastic therapy submitted to the low-level laser coadjuvant therapy. *Journal of Clinical Medicine*, 7(90), 1–7.
<https://doi.org/doi:10.3390/jcm7050090www.mdpi.com/journal/jcm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Estimated hypertension prevalence, treatment, and control among U.S. adults*. Erişim adresi:
<https://millionhearts.hhs.gov/data-reports/hypertension-prevalence.html>
- Charnock, D., Shepperd, S., Needham, G., & Gann, R. (1999). DISCERN: An instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(2), 105-111.
<https://doi.org/10.1136/jech.53.2.105>
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, J.L., & Jones, D.W. (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206-1252.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Colin, B., Cho, M., Eastwood, S., Horton, R., Moher, D., Stroup D.F. (1996). Improving the quality of reporting of randomized controlled trials. *Jama*, 276(8), 637–639.
<https://doi.org/10.1001/jama.1996.03540080059030>
- Cowell, O.R., Mistry, N., Deighton, K., Matu, J., Griffiths, A., Minihane, A.M., ... Siervo, M. (2021). Effects of a mediterranean diet on blood pressure: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and observational studies. *Journal of Hypertension*. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002667>
- Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjoström, M., Bauman, A.E., Booth, M.L., Ainsworth, B.E., ... Oja, P. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*, 35(8), 1381-1395.
<https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
- Criqui, M.H., & Aboyans, V. (2012). Epidemiology of peripheral artery disease. *Circulation Research*, 116(9), 1509-1526.
- Dickinson, H.O., Mason, J.M., Nicolson, D.J., Campbell, F., Beyer, F.R., Cook, J.V., Williams, B., & Ford, G.A. (2006). Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *Journal of Hypertension*, 24(2), 215-233.
- Dominguez, L.J., Di Bella, G., Veronese, N., & Barbagallo, M. (2021). Impact of mediterranean diet on chronic non-communicable diseases and longevity. *Nutrients*, 13(6), 2028. <https://doi.org/10.3390/nu13062028>
- Ehret, G.B., & Caulfield, M.J. (2013). Genes for blood pressure: an opportunity to understand hypertension. *European Heart Journal*, 34(13), 951-961.
- Erbil, R., Aboyans, V., Boileau, C., Bossone, E., Di Bartolomeo, R., Eggebrecht, H., ... Vrints, C. J. (2014). 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic

- diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. *European Heart Journal*, 35(41), 2873-2926.
- Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F., & Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin türkçeye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal*, 51(3), 132-140.
- Esposito, K., Kastorini, C.M., Panagiotakos, D.B., & Giugliano, D. (2014). Mediterranean diet and metabolic syndrome: An updated systematic review. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 14(3), 255-263. <https://doi.org/10.1007/s11154-013-9253-9>
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M.I., Corella, D., Arós, F., ... Martínez-González, M.A. (2018). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet supplemented with extra-virgin olive oil or nuts. *New England Journal of Medicine*, 378(25), e34. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1800389>
- Finicelli, M., Di Salle, A., Galderisi, U., & Peluso, G. (2022). The mediterranean diet: An update of the clinical trials. *Nutrients*, 14(14), 2956. <https://doi.org/10.3390/nu14142956>
- Frishman, W.H. (2008). Beta-adrenergic blockers: a 50-year historical perspective. *American Journal of Therapeutics*, 15(6), 565-576.
- Ghiadoni, L., Taddei, S., & Virdis, A. (2012). Hypertension and endothelial dysfunction: therapeutic approach. *Current Vascular Pharmacology*, 10(1), 42-60. <https://doi.org/10.2174/157016112798829823>
- Gökdoğan, F., Ozcan, A., Kır, E., Yıldırım, Y., Akbal, S., & Cerit, B. (2003). Eğitim kitapçıkları okunabilir mi? 2. Uluslararası 9. Ulusal Hemsirelik Kongresi Kitabı, içinde (s.545- 549). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basım ve Yayınevi Müdürlüğü.
- Grassi, G., Dell'Oro, R., Quarti-Trevano, F., Vanoli, J., & Oparil, S. (2023). Sympathetic neural mechanisms in hypertension: Recent insights. *Curr Hypertens Rep*, 25(10), 263-270. <https://doi.org/10.1007/s11906-023-01254-4>
- Grundey, S.M. (2016). Metabolic syndrome update. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 26(4), 364-373.
- Gültekin Köse, E. (2020). *Hipertansiyon hastalarında Akdeniz tipi beslenme ve ilaç tedavisine uyumun acil servise başvuru sıklığına ve yaşam kalitesine etkisi*. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=4PtboTccao8a4DAeetDvIA&no=twTdXascqr1lFHHSIK7KCA>
- Günay, İ. (2023). *Hipertansiyonlu bireylerde Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayalı*
- Guo, A., Jin, H., Mao, J., Wang, L., Zhang, Y., & Li, X. (2023). Impact of health literacy and social support on medication adherence in patients with hypertension: a cross-sectional community-based study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 23(93). <https://doi.org/10.1186/s12872-023-03117-x>
- Gupta, R., & Xavier, D. (2018). Hypertension: the most important non-communicable disease risk factor in India. *Indian Heart Journal*, 70(4), 565-572.
- Guyton, A.C. (1991). Blood pressure control--special role of the kidneys and body fluids. *Science*, 252(5014), 1813-1816. <https://doi.org/10.1126/science.2063193>
- Hall, J. E., do Carmo, J.M., da Silva, A.A., Wang, Z., & Hall, M.E. (2015). Obesity-induced hypertension: interaction of neurohumoral and renal mechanisms. *Circulation Research*, 116(6), 991-1006.
- Hamrahian, S.M., Maarouf, O.H., & Fülöp, T. (2022). A critical review of medication adherence in hypertension: barriers and facilitators clinicians should consider. *Patient*

- Preference and Adherence*, 16, 2749-2757. <https://doi.org/10.2147/PPA.S368784>
- Hayreh, S.S. (2011). Hypertensive retinopathy. *Ophthalmologica*, 226(2), 125-146.
- He, F.J., Campbell, N.R., & MacGregor, G.A. (2012). Reducing salt intake to prevent cardiovascular disease. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 32(4), 293-300. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892012001000008>
- Howard, G., Banach, M., Cushman, M., Goff, D.C., Howard, V.J., Lackland, D.T., ... Taylor, H.A. (2015). Is blood pressure control for stroke prevention the correct goal? The lost opportunity of preventing hypertension. *Stroke*, 46(6), 1595-600.
- Jennings, A., Berendsen, A.M., de Groot, L.C.P.G.M., Feskens, E.J.M., Brzozowska, A., Sicinska, E., ... Cassidy, A. (2019). Mediterranean-style diet improves systolic blood pressure and arterial stiffness in older adults. *Hypertension*, 73(3), 578-586. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.12259>
- Juraschek, S.P., Miller, E.R., Weaver, C.M., Appel, L.J. (2017). Effects of sodium reduction and the DASH diet in relation to baseline blood pressure. *J Am Coll Cardiol*. 12, 70(23), 2841-2848. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.10.011>
- Kapoor, A., Zuberi, N.A., Rathore, M.I., & Baig, M. (2015). Serum homocysteine level in vegetarians in District Tharparker, Sindh. *Pakistani Journal of Medical Sciences*, 31(1), 127-130. <https://doi.org/10.12669/pjms.311.6111>
- Karabulut, H. (2023). *Factors affecting the treatment compliance of hypertension patients in Hatay city center* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=S2eMu1TIwY_v4mYv58xAr2zPU4nQhMVohZ_mWXpeXzE8cBmCgMssi6TvV_HKM4Pd
- Katsurada, K., & Kario, K. (2024). β -Blockers, Central Sympathetic Agents, and Direct Vasodilators. Hypertension. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-88369-6.00024-4>
- Koçyiğit, H., Aydemir, Ö., Ölmez, N., & Memiş, A. (1999). Kısa form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, 12(2), 102-106.
- Lackland, D.T., Roccella, E.J., Deutsch, A.F., Fornage, M., George, M.G., Howard, G., ... Howard, V.J. (2014). Factors influencing the decline in stroke mortality: a statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(1), 315-353.
- Launer, L.J., Hughes, T., & White, L.R. (2011). Microinfarcts, brain atrophy, and cognitive function: the Honolulu Asia Aging Study autopsy study. *Annals of Neurology*, 57(1), 98-104.
- Laurent, S., & Boutouyrie, P. (2015). The structural factor of hypertension: large and small artery alterations. *Circulation Research*, 116(6), 1007-1021.
- Lichtman, J.H., Froelicher, E.S., Blumenthal, J.A., Carney, R.M., Doering, L.V., Frasure-Smith, N., ... Wulsin, L. (2014). Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome: systematic review and recommendations: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 129(12), 1350-69. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000019>
- Lip, G.Y., Coca, A., Kahan, T., Boriani, G., Manolis, A.S., Olsen, M.H., ... Camm, A.J. (2017). Hypertension and cardiac arrhythmias: executive summary of a consensus document from the European Heart Rhythm Association (EHRA) and ESC Council on Hypertension, endorsed by the Heart Rhythm Society (HRS), Asia-Pacific Heart Rhythm Society (APHRS), and Sociedad Latinoamericana de Estimulación Cardíaca y Electrofisiología (SOLEACE). *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*, 1, 3(4), 235-

250. <https://doi.org/10.1093/ehjcvp/pvx019>
- Mahfoud, F., Weil, J., Mancia, G., Schmieder, R.E., Ruilope, L., Schlaich, M., ... Böhm, M. (2023). Improved health-related quality of life after renal denervation in patients with resistant hypertension: 3-year outcomes in the global symplicity registry. *European Heart Journal*, 44(Supplement_2), ehad655. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad655.2356>
- Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., ... Kjeldsen, S.A. (2023). 2023 ESH guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874-2071.
- Martinez-Gonzalez, M.A., Garcia-Arellano, A., Toledo, E., Salas-Salvado, J., Buil-Cosiales, P., Corella, D., ... Estruch, R. (2012). A 14-item Mediterranean diet assessment tool and obesity indexes among high-risk subjects: The PREDIMED trial. *PLoS One*, 7(8), e43134. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0043134>
- Martínez-González, M.A., Hershey, M.S., Zazpe, I., & Trichopoulou, A. (2017). Transferability of the mediterranean diet to non-mediterranean countries. What is and what is not the mediterranean diet. *Nutrients*, 9(11), 1226. <https://doi.org/10.3390/nu9111226>
- Medeni, V., Baran Aksakal, F.N., & Medeni, İ. (2021). Bir İlçedeki 15 yaş ve üzeri kişilerde hipertansiyon ve ilişkili etmenler. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 7(3), 331-340. <https://doi.org/10.53394/akd.979136>
- Mills, K.T., Stefanescu, A., & He, J. (2020). The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*, 16(4), 223-237.
- Moher, D., Schulz, K., & Altman, D. (2001). The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomized trials. *Annals of Internal Medicine*, 134(8), 657-662.
- Muntner, P., Anderson, A., Charleston, J., Chen, Z., Ford, V., Makos, G., ... Wright, J.T. (2010). Hypertension awareness, treatment, and control in adults with CKD: results from the chronic renal insufficiency cohort (CRIC) study. *American Journal of Kidney Diseases*, 65(3), 425-433.
- National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). (2023). *Your guide to lowering your blood pressure with DASH*. Erişim adresi: https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/new_dash.pdf
- NTL Institute for Applied Behavioral Science, 300 N. Lee Street, Suite 300, Alexandria, VA 22314. 1-800-777-5227
- Nyulas, K.I., Germán-Salló, M., Fazakas, Z., Preg, Z., Pál, T., Pál, S., ... Nemes-Nagy, E. (2023). Relationship between nutrition, lifestyle habits and laboratory parameters in hypertensive patients with/without cognitive dysfunction. *Life*, 13(2), 311. <https://doi.org/10.3390/life13020311>
- O'Brien, E., Atkins, N., Stergiou, G., Karpettas, N., Parati, G., Asmar, R., ... Shennan, A. (2010). European Society of Hypertension International Protocol revision 2010 for the validation of blood pressure measuring devices in adults. *Blood Pressure Monitoring*, 15(1), 23-38. <https://doi.org/10.1097/MBP.0b013e3283360e98>
- Oparil, S., Acelajado, M.C., Bakris, G.L., Berlowitz, D.R., Cifková, R., Dominiczak, A.F., ... Weber, M.A. (2018). Hypertension. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-21.
- Özkan, Pehlivanoğlu, E.F., Balcıoğlu, H., & Ünlüoğlu, İ. (2020). Akdeniz diyeti bağlılık ölçeğinin (MEDAS) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 42(2), 160-4.

- Öztürk, M. (2005). *Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde uluslararası fiziksel aktivite anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi* [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=Wu5qsjV2YfPTDWxXR0fOAQ&no=rbo_gkFabWbA8zRjgtVmwQ
- Parati, G., Stergiou, G., O'Brien, E., Asmar, R., Beilin, L., Bilo, G., ... Zhang, Y. (2014). European Society of Hypertension practice guidelines for ambulatory blood pressure monitoring. *Journal of Hypertension*, 32(7), 1359-1366. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000221>
- Porciello, G., Montagnese, C., Crispo, A., Grimaldi, M., Libra, M., Vitale, S., ... Vitale, M. (2020). Mediterranean diet and quality of life in women treated for breast cancer: A baseline analysis of DEDiCa multicentre trial. *PLOS ONE*, 15(10), e0239803. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239803>
- Prado, J.C., & Mion, D. (2010). Adherence to medication: the importance of research in primary care. *American Journal of Hypertension*, 23(2), 109-117.
- Pınar, R. (1995). Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: yaşam kalitesi bir yaşam kalitesi ölçüğünün kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 9(38), 85-95.
- Psaltopoulou, T., Naska, A., Orfanos, P., Trichopoulos, D., Mountokalakis, T., & Trichopoulou, A. (2004). Olive oil, the mediterranean diet, and arterial blood pressure: the Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80(4), 1012-1018.
- Psaltopoulou, T., Sergentanis, T.N., Panagiotakos, D.B., Sergentanis, I.N., Kosti, R., & Scarmeas, N. (2013). Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: A meta-analysis. *Annals of Neurology*, 74(4), 580-591. <https://doi.org/10.1002/ana.23944>
- Riegel, B., Moser, D.K., Buck, H.G., Dickson, V.V., Dunbar, S.B., Lee, C.S., ... Webber, D.E. (2017). Self-Care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the american heart association. *J Am Heart Assoc*, 31, 6(9):e006997 <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006997>
- Roerecke, M., Kaczorowski, J., Tobe, S.W., Gmel, G., Hasan, O.S., & Rehm, J. (2017). The effect of a reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(2), e108-e120.
- Roger, V.L., Go, A.S., Lloyd-Jones, D.M., Benjamin, E.J., Berry, J.D., Borden, W.B., ... Turner, M.B. (2012). Heart disease and stroke statistics—2012 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 125(1), e2-e220.
- Rogers, A., Flynn, A., Mackenzie, I.S., McConnachie, L., Barr, R., Flynn, R.W.V., ... Doney, A. (2021). Evaluating Diuretics in Normal Care (EVIDENCE): Protocol of a cluster randomised controlled equivalence trial of prescribing policy to compare the effectiveness of thiazide-type diuretics in hypertension. *Trials*, 22(1), 814. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05782-9>
- Saneei, P., Salehi-Abargouei, A., Esmailzadeh, A., & Azadbakht, L. (2014). Influence of dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet on blood pressure: a systematic review and meta-analysis on randomized controlled trials. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 24(12), 1253-1261.
- Sengul, S., Akpolat, T., Erdem, Y., Derici, U., Arici, M., Sindel, M., ... Erturk, S. (2016).

- Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of Hypertension*, 34, 1208–121.
- Shimbo, D., Artinian, N.T., Basile, J.N., Krakoff, L.R., Margolis, K.L., Rakotz, M.K., & Wozniak, G. (2020). Self-measured blood pressure monitoring at home: A joint policy statement from the American Heart Association and American Medical Association. *Circulation*, 142(4), e42-e63. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000803>
- Siervo, M., Lara, J., Chowdhury, S., Ashor, A.W., Oggioni, C., & Mathers, J.C. (2015). Effects of the dietary approach to stop hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Nutrition*, 114, 113(1), 1-15. <https://doi.org/10.1017/s0007114514003341>
- Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G.F., & Casini, A. (2010). Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 92(5), 1189-1196. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2010.29673>
- Stanifer, J.W., Muir, A., Jafar, T.H., & Patel, U.D. (2016). Chronic kidney disease in low- and middle-income countries. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 31(6), 868-874.
- Tan, J., Zhang, X., Wang, W., Yin, P., Guo, X., & Zhou, M. (2018). Smoking, Blood Pressure, and Cardiovascular Disease Mortality in a Large Cohort of Chinese Men with 15 Years Follow-up. *Int J Environ Res Public Health*, 15(5), 1026. <https://doi.org/10.3390%2Fijerph15051026>
- Tsimihodimos, V., Gonzalez-Villalpando, C., Meigs, J.B., & Ferrannini, E. (2018). Hypertension and diabetes mellitus: coprediction and time trajectories. *Hypertension*, 71(3), 422-428. <https://doi.org/10.1161/hypertensionaha.117.10546>
- Turan, Y. (2018). Uyku apnesi, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar. *Bozok Tıp Dergisi*, 8, 1-8.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2022). *Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu*. Erişim adresi: http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/201905271603502019tbl_kilavuz64f1da66bf.pdf
- Tuttle, K.R., Bakris, G.L., Bilous, R.W., Chiang, J.L., De Boer, I.H., Goldstein-Fuchs, J., ... Molitch, M.E. (2014). Diabetic kidney disease: a report from an ADA Consensus Conference. *Diabetes Care*, 37(10), 2864-2883. <https://doi.org/10.2337/dc14-1296>
- Vaziri, N.D., & Rodriguez-Iturbe, B. (2006). Mechanisms of disease: oxidative stress and inflammation in the pathogenesis of hypertension. *Nature Clinical Practice Nephrology*, 2(10), 582-593. <https://doi.org/10.1038/ncpneph0283>
- verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. [Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü] Erişim adresi: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/TezGoster?key=nLNfCsWgUluh5T2iyudShjjrPuhykYhBorCcw1dX2kBkU1HtqDaOZGtuElkRUvzg>
- Wang, Y., & Wang, Q.J. (2004). The prevalence of prehypertension and hypertension among US adults according to the new joint national committee guidelines: new challenges of the old problem. *Archives of Internal Medicine*, 164(19), 2126-2134. <https://doi.org/10.1001/archinte.164.19.2126>
- Ware, J.E. Jr., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Weber, M.A., Schiffrin, E.L., White, W.B., Mann, S., Lindholm, L.H., Kenerson, J.G., ... & Ram, C.V. (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 Clinical Hypertension*, 16(1), 14-26.
- Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E., Collins, K.J., Dennison Himmelfarb, C., ... & Wright, J.T. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 71(6), e13-e115. <https://doi.org/10.1161/hyp.0000000000000066>
- WHO. (2023). Global report on hypertension: the race against a silent killer. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- WHO. (2023). *Hypertension*. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Widmer, R.J., Flammer, A.J., Lerman, L.O., & Lerman, A. (2015). The mediterranean diet, its components, and cardiovascular disease. *The American Journal of Medicine*, 128(3), 229-238. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2014.10.014>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... Kerins, M. (2018). 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021-3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>
- Wong, T.Y., & Mitchell, P. (2007). The eye in hypertension. *The Lancet*, 369(9559), 425-435. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60198-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60198-6)
- Worthington, H., Clarkson, J., Bryan, G., Furness, S., Glenny, A., Littlewood, A., ..., Riley, P. (2011). Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 13, 2011(4), CD000978. <https://doi.org/DOI: 10.1002/14651858.CD000978.pub5>
- Yıldırım, N. (2021). Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315.
- Yurekli, A.A., Bilir, N., & Husain, M.J. (2019). Projecting burden of hypertension and its management in Turkey, 2015-2030. *Plos One*, 14(9), e0221556. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221556>
- Zhou, B., Bentham, J., Di Cesare, M., Bixby, H., Danaei, G., Cowan, M.J., ... Stevens, G. A. (2021). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: A pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*, 398(10299), 957-980.
- Graudal, N.A., Hubeck-Graudal, T., & Jurgens, G. (2020). Effects of low sodium diet versus high sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD004022.
- Weinberger, M.H. (1996). Salt sensitivity of blood pressure in humans. *Hypertension*, 27(3), 481-490.

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

ACE	: Anjiyotensin Converting Enzim
ARB	: Anjiyotensin II Reseptör Blokerleri
BKI	: Beden Kütle İndeksi
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
GİA	: Geçici İskemik Atak
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
KBH	: Kronik Böbrek Hastalığı
PAH	: Periferik Arter Hastalığı
RAAS	: Renin-Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi
SKB	: Sistolik Kan Basıncı



8. EKLER

EK-1

Genel Bilgi Formu

Sayın katılımcı, bu araştırmada yüksek tansiyon tanılı bireylere Akdeniz diyeti konusunda verilen eğitimin kan basıncı ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Elde edilen veriler GİZLİ tutulacak olup; bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Sorulara içtenlikle yanıtlar vermenizi diler, araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Sosyo-Demografik Özellikler:

- 1) Yaşınız :.....
- 2) Cinsiyetiniz : 1() Kadın 2() Erkek
- 3) Medeni Durum : 1() Evli 2() Bekar 3() Diğer
- 4) Eğitim Durumu : 1() Okuryazar değil 2() İlkokul 3() Ortaokul 4() Lise 5() Üniversite
- 5) Çalışma durumu : 1() Çalışıyor 2() Çalışmıyor
- 6) Meslek : 1() Kanun yapıcılar, üst düzey yöneticiler ve müdürler 2() Profesyonel meslek mensupları 3() Yardımcı profesyonel meslek mensupları 4() Büro ve müşteri hizmetlerinde çalışan elemanlar 5() Hizmet ve satış elemanları 6() Nitelikli tarım, hayvancılık, avcılık, ormancılık ve su ürünleri çalışanları 7() Sanatkarlar ve ilgili işlerde çalışanlar 8() Tesis ve makine operatörleri ve montajcıları 9() Nitelik gerektirmeyen işlerde çalışanlar 10() Silahlı kuvvetler
- 7) Gelir düzeyiniz : 1() gelir giderden az 2() Gelir gidere denk 3() Gelir giderden az
- 8) Yaşadığınız yer : 1() İl Merkezi 2() İlçe 3() Köy
- 9) Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? 1() Yalnız 2() Eşimle 3() Çocuklarımla 4() Eş ve çocuklarımla 5() Anne ve babamla
- 10) Sağlık güvencesi: 1() Var 2() Yok

Hastalık Özellikleri:

- 11) Hipertansiyon tanı süreniz?yıl
- 13) Yüksek tansiyon için düzenli olarak ilaç kullanıyor musunuz?
1() Hayır 2() Evet (İlaçların isimleri.....)
- 14) Yüksek tansiyon ilaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz?
1() Evet 2() Hayır
- 15) Yüksek tansiyon ilaçlarınızı düzenli kullanmıyorsanız nedeni nedir?
.....
- 16) Şu andaki kan basıncı düzeyi.....Boy:.....Kilo: Kan Şekeri:.....
- 17) Aşağıdaki ölçümleri yapma/yaptırma sıklığınızı yazınız:
Kan basıncınızı: Boy:..... Kilo:..... Kan şekeri:.....
- 18) Bir yıl içinde doktora kontrole gitme sıklığınız?.....
- 19) Diğer kronik hastalıklarınız ve tanı tarihleri nelerdir?.....

- 20) İlaç tedavisi alıyor musunuz? : 1() Evet(İlaç adı ve başlangıç tarihi:.....) 2() Hayır
- 21) Sigara kullanımı: a-) Kullanıyorpaket/gün/yıl b-) Kullanmıyor
c-) Bırakmış/yıl öncepaket/gün
- 22) Alkol kullanımı: a-) Kullanıyorpaket/gün/yıl b-) Kullanmıyor
c-) Bırakmış/yıl öncepaket/gün
- 23) Egzersiz durumu: 1) Düzenli yapıyordk/gün 2) Yapmıyor
- 24) Günlük çay, kahve ve/veya kola içme sıklığınız ve miktarınız nedir?.....
- 25) Birinci derece akrabalarınızda (anne, baba, kardeş ve çocuklar) yüksek tansiyon hastası var mı?
1() Hayır 2() Evet (Kim belirtiniz.....)
- 26) Birinci derece akrabalarınızda (anne, baba, kardeş ve çocuklar) kronik hastalığı olan var mı? 1() Hayır 2() Evet (Kim belirtiniz.....)
- 27) Birinci derece akrabalarınızda (anne, baba, kardeş ve çocuklar) kronik hastalığı olan varsa, hastalığı/hastalıkları nedir?.....
- 28) Hastalığınız ile başetmede size destek olacak ya da olan kişiler var mıdır? 1() Hayır 2() Evet (Kim belirtiniz.....)
- 29) Hipertansiyona yönelik olarak yaptığınız yaşam tarzı değişiklikleri nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz) 1() Tuz kısıtlaması 2() Yemekte yağ kısıtlaması 3() Stresten uzak durma 4() Egzersiz yapma 5() Diğer.....
- 30) Hipertansiyona yönelik bir diyet uygulamakta mısınız?
1() Hayır 2() Evet (Adı/İçeriği:.....)
- 31) Tükettiğiniz öğün sayısı nedir? Ana öğün:..... Ara öğün:.....
- 32) Öğün süresi nedir? Sabah:.....dk, Öğle:.....dk Akşam:.....dk
- 33)Hafta içi öğün saatleri düzenli mi? 1() Hayır 2() Evet
- 34)Hafta sonu öğün saatleri düzenli mi? 1() Hayır 2() Evet
- 35) Öğün atlar mısınız? 1() Hayır 2() Evet
- 36)Hangi öğünü atlarsınız?
- 37) Öğün atlama nedeniniz nedir?.....
- 38) Öğünleri genellikle nasıl tüketirsiniz? Hangi öğün olduğunu belirtiniz. 1() Yalnız.....
.....2() Arkadaşlarımla..... 3() Ailemle.....
- 39) Düzenli kahvaltı yapar mısınız? 1() Hayır 2() Evet
- 40) Kahvaltıyı genellikle nerede yaparsınız? 1() Evde 2() İş yerinde
- 41) Ev dışında yemek yer misiniz? 1() Hayır 2() Evet
- 42)Ev dışında tüketilen öğün hangileridir? 1() Sabah 2() Öğle 3) Akşam
- 43) Daha önce Akdeniz diyeti hakkında bilgi aldınız mı?
- 44) Daha önce Akdeniz diyeti uyguladınız mı?

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu

1. Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?	Mükemmel	Çok İyi	İyi	Orta	Kötü

2. Bir yıl öncesi ile karşılaştığınızda şu anki genel sağlık durumunuzu nasıl buluyorsunuz?	Çok Daha İyi	Biraz İyi	Hemen Hemen Aynı	Biraz Daha Kötü	Çok Daha Kötü

3. Aşağıdaki sorular bir gün içinde yapabileceğiniz aktivitelerle ilgilidir. Sağlığınız bu aktiviteleri kısıtlıyor mu? Eğer kısıtlıyorsa, ne kadar?

AKTİVİTELERİNİZ	Evet, Çok Kısıtlı	Evet, Biraz Kısıtlı	Hayır, Hiç Kısıtlı Değil
a. Koşmak, ağır kaldırmak, ağır spor gibi ağır etkinlikler			
b. Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta derece etkinlikler			
c. Market poşetlerini kaldırmak veya taşımak			
d. Birkaç kat merdiven çıkmak			
e. Bir kat merdiven çıkmak			
f. Eğilmek, diz çökmek, diz çökmek			
g. Bir kilometreden fazla yürümek			
h. Birkaç yüz metre yürümek			
i. Yüz metre yürümek			
j. Kendi başına banyo yapmak ve giyinmek			

4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı?

SORULAR	Evet	Hayır
a. İşinizde ve diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c. İş ve aktivitelerinizi zahmetsiz (kolay) olanlarla sınırladınız mı?		
d. İş ve aktivitelerinizi gerçekleştirirken zorluk çektiniz mi? (Örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)		

5. Geçen 4 hafta boyunca işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı?

SORULAR	Evet	Hayır
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?		
b. İşlerinizde amaçladığınızdan daha az mı verimli oldunuz?		
c. İşlerinizi ve diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?		

6. Geçen 4 hafta boyunca fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi?	Hiç etkilemedi	Çok az	Orta derecede	Epeyce	Çok fazla

7. Geçen 4 hafta boyunca vücudunuzda ne kadar ağrı oldu?	Hiç	Çok Hafif	Hafif	Orta	Fazla	Çok fazla

8. Geçen 4 hafta boyunca ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evdeki ve dışarıdaki işleriniz dâhil olmak üzere)	Çok değil	Az	Orta	Oldukça fazla	Aşırı

9. Aşağıda yer alan sorular geçen 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için, duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

SORULAR	Hiçbir Zaman	Ara Sıra	Bazen	Epey Zaman	Çoğu Zaman	Sürekli
a. Kendinizi yaşam dolu olarak hissettiniz mi?						
b. Çok sinirli biri oldunuz mu?						
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendirmeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu mu?						
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?						
e. Çok enerjik oldunuz mu?						
f. Kendinizi kalbi kırık ve üzgün hissettiniz mi?						
g. Kendinizi yıpranmış, bitkin hissettiniz mi?						
h. Mutlu, sevinçli bir insan oldunuz mu?						
i. Yorgunluk hissettiniz mi?						

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) sıklıkta etkiledi?	Sürekli	Çoğu Zaman	Bazen	Ara Sıra	Hiçbir Zaman

11. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

SORULAR	Kesinlikle Doğru	Çoğunlukla Doğru	Emin Değilim	Çoğunlukla Yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim.					
b. Tanıdığım herhangi biri kadar sağlıklıyım.					
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum.					
d. Sağlığım mükemmel					

Akdeniz Diyeti Bağlılık leği

Sorular	Yanıt	Puanlama lt	Puan (Her krter için 1 puan)
1. Zeytinyağı mutfakta en fazla kullandığınız yağ türü mdr?		Evet	
2. Zeytinyağını günde ne kadar kullanıyorsunuz? (kızartma,salata, ev dışı yenen yemekler vs. dahil)		≥4 (Yemek kaşığı)	
3. Günde kaç porsiyon sebze tüketiyorsunuz? (1porsiyon: 200gyeşil yapraklı sebze, 150g diğer sebzeler)		≥2 (≥1 porsiyon çiğ veya salata olarak)	
4. Günde kaç porsiyon meyve tüketiyorsunuz? (1 prosiyon= 150g taze meyve, 30g kuru meyve, 100ml taze sıkılmış meyve suyu)		≥3	
5. Günde kaç porsiyon kırmızı et, kıyma veya etrn (sosis, sucuk,salam vb) tüketiyorsunuz? (1porsiyon=100g)		<1	
6. Günde kaç porsiyon tereyağ, margarin veya krema tüketiyorsunuz? (1porsiyon=12g)		<1	
7. Günde kaç adet şekerli ve/veya gazlı içecek tüketiyorsunuz?		<1	
8. şarap tüketiyor musunuz? Evet ise, haftada ne kadar şarap tüketiyorsunuz?		≥7 kadeh	
9. Haftada kaç porsiyon kurubaklagil tüketiyorsunuz? (1porsiyon:60g)		≥3	
10. Haftada kaç porsiyon balık veya deniz ürünleri tüketiyorsunuz? (1porsiyon= 150g balık veya 200g deniz rnleri)		≥3	
11. Haftada kaç kez ticari tatlı veya pastane ürünleri tüketiyorsunuz? (poğaça, bisküvi,kek vb.)		<3	
12. Bir haftada kaç porsiyon yağlı tohum (fıstık dahil) tüketiyorsunuz? (1porsiyon=30g)		≥1	
13. Kırmızı et, kıyma veya sucuk yerine tavuk veya hindi eti tercih eder misiniz?		Evet	
14. Bir haftada kaç kez zeytinyağında pişirilmış domates, soğan veya sarımsak ile lezzetlendirilmış makarna, pilav, sebze yemeği veya diğer yemekleri tüketiyorsunuz?		≥2	

Fiziksel Aktivite Anketi

İnsanların günlük hayatlarının bir parçası olarak yaptıkları fiziksel aktivite tiplerini bulmayla ilgileniyoruz. Sorular son 7 gün içerisinde fiziksel olarak harcanan zamanla ilgili olarak sorulacaktır. Lütfen yaptığınız aktiviteleri düşünün; işte, evde, bir yerden bir yere giderken, boş zamanlarınızda yaptığınız spor, egzersiz veya eğlence aktiviteleri. Son 7 günde yaptığınız şiddetli aktiviteleri düşünün. Şiddetli fiziksel aktiviteler zor fiziksel efor yapıldığını ve nefes almanın normalden çok daha fazla olduğu aktiviteleri ifade eder. Sadece herhangi bir zamanda en az 10 dakika yaptığınız bu aktiviteleri düşünün.

1. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün ağır kaldırma, kazma, aerobik, basketbol, futbol veya hızlı bisiklet çevirme gibi şiddetli fiziksel aktivitelerden yaptınız?

Haftada ___ gün

Şiddetli fiziksel aktivite yapmadım. → (3.soruya gidin.)

2. Bu günlerin birinde şiddetli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yaptığınız orta dereceli fiziksel aktiviteleri düşünün. Orta dereceli aktivite orta derece fiziksel güç gerektiren ve normalden biraz sık nefes almaya neden olan aktivitelerdir. Yalnız bir seferde en az 10 dakika boyunca yaptığınız fiziksel aktiviteleri düşünün.

3. Geçen 7 gün içerisinde kaç gün hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling veya çiftler tenis oyunu gibi orta dereceli fiziksel aktivitelerden yaptınız? Yürüme hariç.

Haftada ___ gün

Orta dereceli fiziksel aktivite yapmadım. → (5.soruya gidin.)

4. Bu günlerin birinde orta dereceli fiziksel aktivite yaparak genellikle ne kadar zaman harcadınız?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Geçen 7 günde yürüyerek geçirdiğiniz zamanı düşünün. Bu işyerinde, evde, bir yerden bir yere ulaşım amacıyla veya sadece dinlenme, spor, egzersiz veya hobi amacıyla yaptığınız yürüyüş olabilir.

5. Geçen 7 gün, bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünüz gün sayısı kaçtır?

Haftada ___ gün

Yürümedim. → (7.soruya gidin.)

6. Bu günlerden birinde yürüyerek genellikle ne kadar zaman geçirdiniz?

Günde ___ saat

Günde ___ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim

Son soru, geçen 7 günde hafta içinde oturarak geçirdiğiniz zamanlarla ilgilidir. İşte, evde, çalışırken ya da dinlenirken geçirdiğiniz zamanlar dahildir. Bu masanızda, arkadaşınızı ziyaret ederken, okurken, otururken veya yatarak televizyon seyrettiğinizde oturarak geçirdiğiniz zamanları kapsamaktadır.

7. Geçen 7 gün içerisinde,günde oturarak ne kadar zaman harcadınız?

Günde ____ saat

Günde ____ dakika

Bilmiyorum/Emin değilim



Algılanan Stres Ölçeği

Aşağıdaki sorular son bir ay içindeki düşünceleriniz ve duygularınızla ilgilidir. Her bir soruda sizden bu düşünceyi ya da duyguyu ne sıklıkta yaşadığınızı belirtmeniz istenmektedir. Bazı sorular birbirine benzer gibi görünse de aralarında farklılıklar vardır ve her soruyu ayrı bir soru olarak değerlendirmeniz gerekmektedir. Soruları yanıtlarken son bir ay içinde ne sıklıkta bu şekilde düşündüğünüzü ya da hissettiğinizi hesaplamaya çalışmak yerine soruyu okuduktan sonra seçenekler arasında en uygun gördüğünüz tahmini işaretlemeniz daha uygun olacaktır.	Hiç	Neredeyse hiç	Bazen	Sıkça	Çok sık
1. Son bir ay içinde, beklenmedik şekilde gerçekleşen olaylardan dolayı ne sıklıkta üzüldünüz?					
2. Son bir ay içinde ne sıklıkta yaşamınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi hissettiniz?					
3. Son bir ay içinde kendinizi ne sıklıkta, gergin ve stresli hissettiniz?					
4. Son bir ay içinde, yaşamınızdaki can sıkıcı durumlarla ne sıklıkta başarılı bir biçimde baş ettiniz?					
5. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızda meydana gelen önemli değişikliklerle etkili bir biçimde başa çıktığınızı hissettiniz?					
6. Son bir ay içinde ne sıklıkta, kişisel sorunlarınızla baş etme yeteneğinizden emin oldunuz?					
7. Son bir ay içinde ne sıklıkta, işlerin istediğiniz gibi gittiğini hissettiniz?					
8. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yapmak zorunda olduğunuz her şeyin üstesinden gelemeyeceğinizi düşündünüz?					
9. Son bir ay içinde yaşamınızdaki rahatsız edici olayları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Son bir ay içinde ne sıklıkta, yaşamınızdaki olaylara hakim olduğunuzu hissettiniz?					
11. Son bir ay içinde, kontrolünüz dışında gerçekleşen şeylerden dolayı ne sıklıkta öfkelenediniz?					
12. Son bir ay içinde ne sıklıkta, üstesinden gelmek zorunda olduğunuz şeyler üzerinde düşündünüz?					
13. Zamanınızı nasıl geçirdiğinizi son bir ay içinde ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
14. Son bir ay içinde ne sıklıkta, güçlüklerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar çoğaldığını hissettiniz?					

Hipertansiyon Hastaları İçin Akdeniz Diyeti Eğitim Kitapçığı

İÇERİK

- ✓ Giriş
- ✓ Beslenme ve hipertansiyon ilişkisi
- ✓ Akdeniz diyetinin tanımı
- ✓ Akdeniz diyetinin yararları
- ✓ Akdeniz diyetinin içeriği
- ✓ Akdeniz Diyeti ile İlgili Ek Öneriler
- ✓ Kaynaklar

1. GİRİŞ

Hipertansiyon (Yüksek tansiyon) kalp hastalıkları içerisinde en sık görülen hastalıklardan birisidir. Hayatın her bölümünü etkileyen bir hastalıktır. Ancak, sağlık personelinin önerileri ve uyarıları dikkate alındığında bireyin çalışma şeklinde çok fazla değişiklik gerektirmemekte ve çevresindekilerle daha fazla vakit geçirebilmesine izin veren bir hastalıktır.

Hipertansiyonun önlenmesi ve kontrol altına alınmasında, hipertansiyon risk faktörlerinin bilinmesi ve azaltılması son derece önemlidir. Yaşlanma, sigara kullanımı, kolesterol düzeyi yüksekliği, yanlış beslenme alışkanlıkları, obezite ve/veya diyabet varlığı, ailede hipertansiyon öyküsünün olması, hareketsiz yaşam tarzı hipertansiyon risk faktörleri arasında yer almaktadır.

Hipertansiyon iyi kontrol edilemediğinde, vücuttaki organların fonksiyonlarını ciddi şekilde olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır. Hastalar tedaviye uyum göstermediklerinde, hipertansiyon kontrol edilememekte ve kalp yetmezliği, damar sertliği, merkezi sinir sistemi hastalıkları, böbrek yetmezliği ve göz bozuklukları gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır.

Hipertansiyonu olan hastaların tedavi hedeflerine ulaşılmasında, hasta eğitiminin kritik önem taşıdığı bilinmektedir. Bu kitapçık hipertansiyon hastalarına kalp sağlığının korunmasına ve sürdürülmesine katkı sağlamak için Akdeniz diyeti hakkında bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır. Bu kitapçık Akdeniz diyeti ile birlikte hipertansiyonun daha iyi yönetebilmesine, bu hastalıktan kaynaklanan problemlerle baş edebilme konusunda hastalara yardımcı olacaktır.

2. BESLENME VE HİPERTANSİYON İLİŞKİSİ

Hipertansiyon hastalarında kan basıncının kontrol altında tutulması son derece önemlidir. Buna rağmen, kan basıncı kontrolü hala istenilen düzeyde sağlanamamaktadır. Hipertansiyon tedavisinde ilaçlar ve ilaç dışı tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. İlaç dışı yöntemler, beslenme, egzersiz, sigaranın bırakılması, tuz kısıtlaması gibi uygulamaları içermektedir.

Beslenme, hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde etkili bir faktördür. Diyetin kalitesi ve içeriği hipertansiyon riskinin azaltılması ve tedavinin etkinliğinin artırılması açısından önemlidir.

3. AKDENİZ DİYETİNİN TANIMI

Hipertansiyon tedavisinde, hastalara çeşitli diyetler önerilmektedir. Bunlardan biri de, son yıllarda sıklıkla önerilen Akdeniz tipi diyetidir. Akdeniz tipi beslenme kırmızı et yönünden az, deniz ürünleri ve zeytin yağlı yemeklerin hakim olduğu bir beslenme türüdür. Et, et ürünleri, tahıllar ve alkol alımının kan basıncı üzerinde olumsuz etki gösterdiği belirtilirken, deniz ürünlerinin olumlu etki gösterdiği vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda Akdeniz tipi beslenmenin kardiyovasküler hastalıkların görülme sıklığı ve ölüm oranlarının azaltılmasında olumlu etkilerinin olduğu vurgulanmaktadır.

4. AKDENİZ DİYETİNİN YARARLARI

Akdeniz diyetine uyumluluk çeşitli kronik hastalıkların gelişim riskinin azalması ve yaşam süresinin artması ile ilişkilendirilmektedir. Yapılan çalışmalara göre Akdeniz diyetine uyumun sağlıklı vücut kitle indeksine ulaşmak ve sürdürmek, metabolik sendrom, tip 2 diyabet, obezite, belirli kanserler, kognitif yetersizlikler, alerjik hastalıklar, Alzheimer ve Parkinson gibi nörodejeneratif hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıklardan koruyucu olabileceğini göstermektedir.

Düşük enerjili ve yüksek besin yoğunluklu diyetlerden biri olması önemini artırmaktadır. Kilo vermede önemli bir role sahiptir. Akdeniz diyeti alan bireylerde kilo, bel çevresi ve vücut yağ oranı azalmaktadır. Akdeniz diyeti anti-inflamatuar etkileri olan biyoaktif elementlerden ve antioksidan bileşenlerden zengin, düşük glikemik indeksli bir diyetdir. Özellikle zengin polifenol içeriği kronik hastalıklardan ve kanserden korunmada önemlidir.

Akdeniz diyeti, günümüzde uygulanan birçok diyet türünden daha sağlıklı bir diyet türüdür. Sağlıksız diyet, sağlıksız beslenmeye bağlı obezite/şişmanlık, kronik hastalıklar gibi çeşitli sorunların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Kilo vermeyi sağlar ve kilo kontrolünü destekler.

5. AKDENİZ DİYETİNİN İÇERİĞİ

Akdeniz diyetinin içeriğinde; sebze ve meyveler, zeytinyağı, kurubaklagiller, balık ve su ürünleri, sert kabuklu-kabuksuz yağlı tohumlar ile tahıl ve tahıl ürünleri yer almaktadır.

AKDENİZ DİYETİ BESLENME PİRAMİDİ



Sebze ve Meyveler

Akdeniz diyeti içeriği daha çok meyve ve sebzeden oluşmaktadır. Meyve ve sebzeler günlük enerji ve protein gereksiniminden daha çok vitamin, mineral ve hücre hasarını koruyan bileşenler bakımından zengindirler. Vücutta bu bileşenlerin oranı arttıkça, kandaki yağ oranı azalır ve damar sertliğinin gelişimi önlenir. Yeşil yapraklı sebzeler ve meyveler folik asit ve potasyum bakımından zengindir. Potasyumun kan basıncını düşürücü etkisi vardır. Meyvelerden alınan antioksidan ve koruyucu bileşiklerin çeşitliliğini sağlayabilmek için meyvelerin renk ve dokusundaki çeşitliliğe önem verilmelidir.

Tablo 1. Meyvelerin (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri

Meyveler	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)	Vitamin A ve Karoten IU	Vitamin C (mg)
Ahududu (kırmızı)	84,2	57	1,2	13,6	3,0	22	22	168	1	130	25
Ahududu (siyah)	80,3	73	1,5	15,7	5,1	30	22	199	1	eser	18
Ananas	85,2	52	0,4	13,6	0,4	17	8	146	1	71	17
Mürdüm Eriği (kuru)	28	255	2,1	67,4	1,6	51	79	694	8	1600	3
İncir (kuru)	23,0	274	4,3	69,1	5,6	126	77	640	34	80	0
Kivi	91,3	30	0,3	10,0	-	100	30	300	-	6000	100

Tablo 2. Sebzelerin (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri

Sebzeler	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)	Vitamin A ve Karoten IU	Vitamin C (mg)
Domates (kırmızı)	93,5	22	1,1	4,7	0,5	13	27	244	3	900	23
Fasulye (taze)	90,1	32	1,9	7,1	1,0	56	44	243	7	600	19
Karnabahar	91,0	27	2,7	5,2	1,0	25	56	295	13	60	78
İspanak	90,7	26	3,2	4,3	0,7	93	51	470	71	8100	51
Maydanoz	85,1	44	3,6	8,5	1,5	203	63	727	45	8500	172
Patlıcan (taze)	92,4	25	1,2	5,6	0,9	12	26	214	2	10	5
Roka	90,5	33	3,0	3,2	0,8	205	-	-	5	14000	120
Soğan (yeşil)	89,4	36	1,5	8,2	1,2	51	39	231	5	2000	32

Zeytinyağı

Zeytinyağı, Akdeniz diyet piramidinin tam orta noktasında yer alır ve diyetin en temel besin ögesini oluşturur. Diyetle günlük olarak 25-50 ml zeytinyağı alınması önerilmektedir. Sebzelerin, bitkisel kaynaklı yiyeceklerin pişirilmesinde, hazırlanmasında zeytinyağı kullanılmalıdır. Zeytinyağı, doku hasarını ve pıhtı oluşumunu önleyici etkisi olan bileşikleri içermektedir. Aynı zamanda, kolesterol ve tansiyon düşürücü, kalp hastalıklarına, bazı kanser türlerine karşı koruyucu etkisi vardır. Bu faydanın; zeytinyağında tekli doymamış yağ asidi oleik asit ve yüksek miktarda antioksidan bileşik bulunması ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

Tablo 3. Zeytin ve Zeytinyağının (yenebilen 100 g) enerji ve besin ögeleri değerleri

Yağlı besinler	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Yağ (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Demir (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)
Zeytinyağı	0,0	884	0,0	100,0	0,0	0,0	0	0,4	1	-	0
Zeytin (siyah)	71,8	207	1,8	21,0	1,1	-	77	1,6	-	-	-
Zeytin (yeşil)	75,8	144	1,5	13,5	2,8	-	90	2,0	-	-	-

Kuru Baklagiller

İnsan besini olarak kullanılanlar daha çok; nohut, mercimek, bakla, börülce, soya fasulyedir. Kuru baklagiller, olgunlaşmış tohumlar olduklarından esas bileşimleri karbonhidrat ve proteindir. Tanelerin dış kısmı posa, iç kısmı ise nişastadan zengindir. Kuru baklagiller yüksek oranda protein içerdiklerinden et ve yumurta bulunmadığında diyetle protein alımını arttırmak adına sıkça tercih edilir. Fakat et ve yumurtaya göre vücutta emilimi düşüktür. Kuru baklagiller B12 dışındaki tüm B grubu vitaminlerinden, E vitamininden, kalsiyum, çinko, magnezyum ve demir yönünden zengindir. Hem protein hem mineral içeriğinden zengin olan kuru baklagillerin tüketimi, kolesterol başta olmak üzere kan yağlarını düşmesine neden olmaktadır. Aynı zamanda, karın bölgesindeki yağ birikimini azaltır, kan basıncını düşürür ve kilo kaybına yardımcı olur.

Tablo 4. Kuru baklagillerin (yenebilen 100 g) enerji ve besin ögeleri değerleri

Kuru baklagiller	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Yağ (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Demir (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)
Barbunya	8,3	349	22,9	1,2	63,7	4,3	135	6,4	457	984	10
Börülce	10,5	343	22,8	1,5	61,7	4,4	74	5,8	426	1024	35
K. fasulye (beyaz)	10,9	340	22,3	1,6	61,3	4,3	144	7,8	425	1196	19
Mercimek	11,1	340	24,7	1,1	60,1	3,9	79	6,8	377	790	30
Nohut	10,7	360	20,5	4,8	61,0	4,0	150	6,9	331	797	26

Balık ve Su Ürünleri

Balıklar, protein, demir, kalsiyum, fosfor, iyot ve selenyum gibi minerallerden ve B grubu, A ve D vitaminlerinden zengindir. Omega 3 yağ asitlerine sahip olan balık ve su ürünlerinin tüketimi kan yağlarını düşürür, kalp ve damar sağlığını korur, kan basıncını düşürür, damar ve doku hasarını önlemeye yardımcı olur. Haftada en az 3 porsiyon balık tüketimi önerilmektedir. Özellikle balık tüketiminde çeşitlilik sağlanması önemlidir.

Tablo 5.Bazı Su ürünlerinin (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri

Su Ürünleri	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Yağ (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Demir (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)
Alabalık	70,6	168	18,3	10,0	0,0	0,0	-	0,8	238	-	-
Levrek	79,3	93	19,2	1,2	0,0	0,0	21	1,1	180	256	68
Palamut	67,6	168	24,0	7,3	0,0	0,0	-	-	-	-	-
Uskumru	69,8	159	21,9	7,3	0,0	0,0	8	2,1	274	-	-

Sert Kabuklu-Kabuksuz Yağlı Tohumlar

Yağlı tohumlar olarak bilinen ceviz, badem, fındık, Antep fıstığı gibi besinler de Akdeniz diyetinin içerisinde yer alır. Yağlı tohumlar, sağlıklı yağ, protein, vitamin, potasyum, magnezyum ve lif kaynağıdır. Bunların önerilen miktarlarda tüketimi kan basıncının kontrol altında tutulmasında etkili olabilir. Yağlı tohumların haftada en az 1 porsiyon tüketilmesi önerilmektedir.

Tablo 6. Bazı Sert Kabuklu-Kabuksuz Yağlı tohumların (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri

Yağlı tohumlar	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Yağ (g)	Karbonhidrat (g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Demir (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)
Badem	4,7	598	18,6	54,2	19,5	2,6	234	4,7	504	773	4
Ceviz	3,5	651	14,8	64,0	15,8	2,1	99	3,1	380	450	2
Fındık	5,8	634	12,6	62,4	16,7	3,0	209	3,4	337	704	2
Kabak Çekirdeği	4,0	610	30,0	50,0	10,0	2,0	40	10,0	1144	-	-
Antep Fıstığı	5,3	594	19,3	53,7	19,0	1,9	131	7,3	500	972	-

Tahıl ve Tahıl Ürünleri

Tahıl ve tahıl ürünlerinin (yulaf, arpa, buğday, çavdar vb.) yüksek düzeyde (günlük ortalama 8 porsiyon) tüketimi, geleneksel Akdeniz diyetinin bir parçasıdır. Tam tahıllar kan basıncını dengeleyerek, kalp hastalığı riskini azaltmaktadır. Doymuş yağlardan alınan enerjinin %5'ini aynı oranda tam tahıllardan alınan karbonhidratlarla değiştirmenin %9 daha düşük kardiyovasküler hastalığı riski ile ilişkili olduğu tahmin edilmektedir. Tam tahıllı yiyeceklerde bulunan çeşitli fitokimyasallar anti-inflamatuar ve antioksidan etkilere sahiptir.

Tablo 7. Tam tahılların (yenebilen 100 g) enerji ve besin öğeleri değerleri

Tam tahıllar	Su	Enerji (kkal)	Protein (g)	Yağ (g)	Karbonhidrat(g)	Posa (g)	Kalsiyum (mg)	Demir (mg)	Fosfor (mg)	Potasyum (mg)	Sodyum (mg)
Arpa	11,1	349	8,2	1,0	78,8	0,5	16	2,0	189	160	3
Buğday Unu	12,0	365	11,8	1,1	74,7	0,3	16	0,9	95	95	2
Çavdar Unu	11,0	350	11,4	1,7	74,8	1,0	27	2,6	262	203	1
Mısır Unu	12,0	363	6,7	0,4	80,4	0,3	24	0,8	94	92	5
Yulaf Unu	9,0	388	12,0	7,5	68,0	-	60	5,0	-	-	-
Bulgur	9,0	357	10,3	1,2	78,1	1,3	36	4,7	300	310	-

6. AKDENİZ DİYETİ İLE İLGİLİ EK ÖNERİLER

AKDENİZ DİYETİ
BESLENME
PİRAMİDİNİ
İNCELEYİN

SU
TÜKETİMİNİZİ
MÜMKÜN
OLDUĞUNCA
ARTIRIN



KAHVALTIYI
ASLA
ATLAMAYIN

AKŞAM
YEMEKLERİNİ
EN GEÇ 19:00'DA
YEMEYE ÖZEN
GÖSTERİN

- Tahıl ürünlerinin günde ortalama 8 porsiyon tüketilmesi istenir.
- Besinleri hazırlarken önemli derecede vitamin, mineral kaybı olacağından genelde tam tahıllı/tam buğday çeşitlerini tercih edilmesi gerekir.
- Sebzelerin öğlen/akşam yemek olarak veya yemeklerin yanında salata olarak günde en az 2 porsiyon tüketilmesi istenir.
- Meyveler, tatlı ihtiyacını karşılamak adına tercih edilmeli ve günde en az 2 porsiyon olarak tüketilmelidir.
- Her gün 1,5-2,0 litre su tüketilmelidir.
- Süt ürünlerinde (peynir, yoğurt vb.) az yağlı olanlar tercih edilmeli ve günlük olarak ihtiyaca göre porsiyonlar düzenlenerek tüketilmelidir.

- E vitamininden zengin olan zeytinyağının günlük tüketilmesi önerilir.
- Zeytinyağının ölçüsü kişi başı 1 yemek kaşığı olmalı ve yemekler dâhil salata soslarında da kullanılmalıdır.
- Tuzu azaltmak ve yiyeceklerin lezzetine çeşitlilik katmak için yemeklerde baharatların, otların, sarımsak ve soğanın kullanılması önerilmektedir.
- Yağlı tohumların günde 1 avuç çiğ olarak tüketilmesi gerekmektedir.
- Balık ve yumurta diyetle önemli hayvansal protein kaynaklarıdır.
- Kırmızı et ve işlenmiş et tüketimi az miktar ve sıklıkta olmalıdır.
- Kuru baklagillerle, tahılların bir arada tüketilmesi protein kalitesini arttıracığından birlikte tüketilmesi önerilmektedir.
- Porsiyonlar fazla büyük olmamalı ve yaşam tarzının gerektirdiği enerji ihtiyacına uygun olmalıdır.
- Besinler kendi mevsiminde bolca tüketmeli ve dondurulmuş besinler mümkün olduğunca az tercih edilmelidir.
- Asansör yerine merdiven kullanılması, gidilecek yakın yerlerde araba yerine yürümenin tercih edilmesi önerilmektedir.
- Ev işleri ile uğraşmak veya boş zamanlarda açık alanlarda spor yapmak fiziksel aktiviteyi arttırmamıza yardımcı olacak ve enerji dengesini korumamıza katkı sağlayacaktır.
- Yeterli derece dinlenmek ve kaliteli bir uyku sağlıklı bir yaşam için önemli bir unsurdur.

Kurum İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-72873149-604.02.02-214572224
Konu : Araştırma İzin Talebi (Arş. Görev. Rıdvan BAYRAM).

02.05.2023

HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA
(Toplum Sağlığı Birimi)

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI
ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TOPLANTI TUTANAĞI

Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonuna sunulan dosyanın Halk Sağlığı Genel Müdürlüğünün *"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler"*e uygunluğunu değerlendirmek üzere 24/04/2023 tarihinde saat 09.00'de toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Araştırma Görevlisi olan Rıdvan BAYRAM'ın dilekçesiyle, Öğretim üyesi Prof.Dr. Hicran YILDIZ'ın sorumluluğunda *"Hipertansif Hastalara Akdeniz Diyeti Konusunda Verilen Eğitimin Hastaların Kan Basıncı Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisi"* konulu uzmanlık tezini Bursa Nilüfer 30 No.lu Dumlupınar Aile Sağlığı Merkezine başvuran çalışmaya katılmaya gönüllü hastalara anket uygulama şeklinde yapabilmek için Müdürlüğümüzün onayını talep ettiği görülmüştür.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda:

1. Yapılması planlanan çalışmanın Hasta Hakları Yönetmeliğine uygun bir şekilde yürütülmesi ve özellikle bu yönetmelikte bahsi geçen "Mahremiyete Saygı Gösterilmesi" ile "Bilgilerin Gizli Tutulması" hususlarına azami dikkat gösterilmesi kaydıyla yapılmasının komisyonumuzca kabul edilmesine,
2. Aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onay çerçevesinde, ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin ve çalışma saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi,
3. Komisyonun çalışmanın yapılmasına ilişkin onayının, yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir nüshasının Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere iki nüsha olarak Başkanlığımıza gönderilmesi hususunda çalışmacıya bilgi verilerek tebliğine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge doğrulama kodu: 89036F7B-4904-4E09-8A18-FD4C0DA93703

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

Ahmetpaşa Mah. Fevzi Çakmak Cad. 53 Osmangazi / BURSA 16000
Telefon No: 02248083000
e-Posta: bursa@saqlik.gov.tr İnternet Adresi: <https://bursaism.saglik.gov.tr/>
Kep Adresi: bursa.ism@hs01.kep.tr

Bilgi için: Zeynep KUŞAT
Hemşire

Telefon No: 02248083000 - 3023



Etik Kurul Karar Formu

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansif Hastalara Akdeniz Diyeti Konusunda Verilen Eğitimin Hastaların Kan Basıncı Düzeyine Ve Yaşam Kalitesine Etkisi
-----------------------	--

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2022-20/7	Tarih: 20 Aralık 2022
	Yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelendi. 1-Araştırmanın başvurusu dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna, 2- Araştırmanın yürütülmesi sırasında Etik kurul kaşesi bulunan "Onam" formlarının kullanılması ve bu formun çalışmaya katılan gönüllülere çalışma hakkında sözlü bilgi verilmesi sonrasında eksiksiz bir şekilde doldurulmasına, 3-Araştırmanın başlama tarihinin bildirilmesi ve araştırma tamamlandığında özet bir sonuç raporunun hazırlanarak kurulumuza iletilmesine, 4-Araştırma protokolünde ve başvuru formunda yapılacak tüm değişiklikler için Etik Kuruldan izin alınması gerektiğinin sorumlu araştırmacılara iletilmesine toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI/ADI SOYADI	Prof.Dr.Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Kat
Prof.Dr. Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UO Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒
Prof.Dr. Elif BASAĞAN MOĞOL Başkan Yardımcısı	Anesteziyoloji	Bursa UO Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒
Prof.Dr. M. Sertaç YILMAZ Üye	Farmakoloji	Bursa UO Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒
Prof.Dr. Hilal ÖZKAN Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Bursa UO Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Yenidoğan BD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒
Prof.Dr. Hasan ARI Üye	Kardiyoloji	Bursa Yüksek İhtisas EAH Kardiyoloji Kliniği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒
Prof.Dr. Alpaslan TÖRKAN Üye	Halk Sağlığı	Bursa UO Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒
Prof.Dr. Özen ÖZ GÜL Üye	İç Hastalıkları Endokr. ve Metab.	BUO Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD Endokrinoloji ve Metabolizma BD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒
Doç.Dr. Kağan HUYSAL Üye	Biyokimya	Bursa Yüksek İhtisas EAH Biyokimya	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒
Doktor Öğretim Üyesi Engin SAĞDİLEK Üye	Biyofizik	Bursa UO Tıp Fakültesi Biyofizik AD	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒
Doktor Öğretim Üyesi Sezer ERER KAFA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	Bursa UO Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒
Av. Ahmet BAYRAM	Hukuk	Bursa UO Rektörlüğü Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒
Ayşe ŞEN Üye	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	Serbest Meslek	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒

*Toplantıda Bulunan

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sizi Prof. Dr. Hicran YILDIZ tarafından yürütülen “*Hipertansif Hastalara Akdeniz Diyeti Konusunda Verilen Eğitimin Hastaların Kan basıncı Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisi*” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Prof. Dr. Hicran YILDIZ

Araştırmanın Amacı:

Çalışma, hipertansif hastalara Akdeniz diyeti konusunda verilen eğitimin hastaların kan basıncı düzeyine ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Gönüllüler ile yapılacak olan yüz yüze görüşme sırasında 77 soruluk anket formu uygulanacak ve sonrasında müdahale grubuna Akdeniz diyeti eğitimi verilecektir. Anket formunu uygulama süresi yaklaşık olarak 45 dakika, Akdeniz diyeti eğitimi ise yaklaşık olarak 30 dakika sürecektir. Bir ay ve üç ay sonra tekrar görüşülecek ve formlar tekrardan uygulanarak değerlendirme yapılacaktır. Kontrol grubundaki her hastaya bir ay sonraki ve üç ay sonraki görüşmeye gelmeden önceki bir hafta boyunca sabah akşam tansiyon takiplerini yaparak not edebilecekleri tansiyon takip çizelgesi çizelgesi verilecektir. Çalışma sonunda, kontrol grubundaki hastalara da eşitliği sağlamak amacıyla, eğitim yapılarak hazırlanan eğitim kitapçıkları verilecektir.

Araştırmanın Süresi: 24 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 70

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler):

Dumlupınar 30 Nolu Aile Sağlığı Merkezi/Görükle/Nilüfer/Bursa

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Rıdvan BAYRAM

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Rıdvan BAYRAM

GÖREVİ : Araştırma Görevlisi

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Ölçek İzinleri

Ynt: ölçek izni hk

From: elif fatma özkan [REDACTED]
To: [REDACTED]
Date: Tuesday, February 7, 2023 at 08:49 AM GMT+3

Sayın Yıldız ,

Çalışmamızı kullanmanızda sakınca bulunmamaktadır. Ekte anket formunu ve çalışmamızı gönderiyorum.

Kolaylıklar dilerim.

Uzm. Dr. Elif Fatma Özkan Pehlivanoglu
Aile Hekimliği Uzmanı

From: MEHMET ESKİN [REDACTED]
To: [REDACTED]
Date: Saturday, January 28, 2023 at 12:28 AM GMT+3

Kullanabilirsiniz başarılar

13 Oca 2023 Cum 03:42 tarihinde Hicran Yıldız [REDACTED] şunu yazdı:

Merhaba,
Güvenilirlik geçerliliği tarafınızdan yapılan Algılanan Stres Ölçeğini yapmayı planladığım bir araştırmada kullanmak istiyoruz. Çalışmada kullanım konusunda izninizi, ölçeği ve değerlendirmesini bizimle paylaşmanızı rica ederiz. İyi çalışmalar



MELDA SAĞLAM
Alıcı: ben ▼

Sayın Rıdvan Bayram,

Yapacağınız çalışmanızda Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi'nin Türkçe versiyonunu kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar dilerim.

Saygılarımla

Prof. Dr. Melda Sağlam
[REDACTED]
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi
Kalp ve Solunum Fizyoterapisi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

From: Rukiye Pınar [REDACTED]
To: [REDACTED]
Date: Tuesday, February 14, 2023 at 11:08 AM GMT+3

Sayın Yıldız
Araştırmanızda SF-36 Yaşam Kalitesini kullanmanız uygundur. Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.
Prof. Dr. Rukiye Pınar Bölüktaş

9. TEŞEKKÜR

Bu tezin hazırlanma sürecinde ve tüm aşamalarında fikir ve önerileriyle bana yol gösteren ve desteğini her zaman hissettiğim danışman hocam, Sayın Prof. Dr. Hicran YILDIZ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez izlemlerimde değerli görüşleri ve önerileri ile katkıda bulunan hocalarım Sayın Prof. Dr. Aysel ÖZDEMİR ve Sayın Doç. Dr. Havva SERT'e teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın her anında olduğu gibi, doktora eğitimim süresince de varlıklarından güç aldığım sevgili aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



10. ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 2017 yılında Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun olmuştur. Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini 2020 yılında tamamlamıştır. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı'nda 2020 yılında doktora programına başlamıştır. 2017-2019 yılları arasında Ege Üniversitesi Hastanesi ve İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hemşire ünvanıyla çalışmıştır. 2019 yılından itibaren Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde araştırma görevlisi ünvanıyla çalışmaktadır.

