



TÜRKİYE CUMHURİYETİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

**HİPERTANSİF BİREYLERİN BESLENME ALIŞKANLIĞI YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİĞİ VE TEDAVİ UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. NEJLA (KARAHODA) ÖZTÜRK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TIPTA UZMANLIK TEZİ

2025

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ KARDİYOLOJİ POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN HİPERTANSİF BİREYLERİN BESLENME ALIŞKANLIĞI YAŞAM
TARZI DEĞİŞİKLİĞİ VE TEDAVİ UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. NEJLA (KARAHODA) ÖZTÜRK

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

PROF. DR. TUNCAY MÜGE ALVUR

Etik Kurul Uygunluk Onayı Karar No: KÜ GOKAEK-2024/15.14 2024/395

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iv
KISALTMALAR.....	v
TABLolar.....	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Hipertansiyonun Tanımı.....	2
2.2. Kan Basıncı Ölçümü.....	2
2.2.1. Ofis Kan Basıncı Ölçümü.....	2
2.2.2. Evde Kan Basıncı Ölçümü	2
2.2.3. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü.....	3
2.3. Hipertansiyon Prevalansı.....	3
2.4. Hipertansiyon Sınıflandırılması.....	4
2.5. Hipertansiyon Etiyopatogenezi.....	5
2.6. Hipertansiyon Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişikliği.....	7
2.6.1. Fiziksel Aktivite.....	8
2.6.2. Diyet	8
2.6.3 Tuz Kısıtlaması.....	9
2.6.4. Sigara ve Alkol	9
2.6.5. Kilo Kontrolü.....	10
2.6.6. Stres Yönetimi	10
2.7. Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavisi.....	11
2.8. Hipertansiyon Tedavisinde Uyum	13
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	14
3.1.Araştırma Modeli.....	14
3.2. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması	14

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi	15
3.4. Etik Onay	16
4. BULGULAR	17
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇLAR.....	46
7. ÖZET	47
8. ABSTRACT.....	49
9. EKLER.....	51
EK-1 Çalışmada Kullanılan Anket Formu.....	51
10. KAYNAKÇA	56

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca her zaman yanımda olup bana yol gösteren, her türlü fikir ve desteği veren, varlığıyla her zaman güven veren, asistanı olmaktan gurur duyduğum çok kıymetli hocam sayın Prof. Dr. Tuncay Müge ALVUR'a,

Bu günlere gelmemi sağlayan tüm eğitim hayatım boyunca her zaman maddi ve manevi tüm destekleri ile yanımda olan ve bana çok emek veren başta annem ve babam olmak üzere kıymetli abilerim ve tüm aileme,

Tanıştığımız ilk günden beri beni hiç yalnız bırakmayan, anlayışı ve güzel kalbiyle beni her zaman destekleyen hep yanımda olan çok kıymetli eşim Ahmet Beyazıthan Öztürk'e,

Tezimi yazmamda bana her türlü yardımda bulunan, her sorumda bir telefon uzağımda olan değerli abim Dr. Bertan Karahoda'ya

Tez verilerimi girmemde bana yardım eden yeğenim Metin Karahoda'ya

Tezimi hazırladığımda sürekli bilgisayar başına gelen tezimi yazmak için fırsat veren çok değerli biricik kızım Rüya Öztürk'e,

Her birini tanımaktan mutluluk duyduğum ve birlikte çalışmaktan keyif aldığım Kocaeli Üniversitesi Aile Hekimliği bölümündeki değerli arkadaşlarıma,

Tez çalışmama katılmış olan bütün hastalarım,

Saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Nejla ÖZTÜRK
Kocaeli, 2025

KISALTMALAR

ACC/AHA: American College of Cardiology / American Heart Association

ACE-İ: Anjiotensin Converting Enzim İnhibitörü

AKBÖ: Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü

ARB: Anjiotensin Reseptör Blokeri

BB: Beta Bloker

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DASH: Hipertansiyonu Durdurmak İçin Diyet Yaklaşımları

DKB: Diyastolik Kan Basıncı

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ESC: European Society of Cardiology

HT: Hipertansiyon

JNC: Joint National Committee

KB: Kan Basıncı

KKB: Kalsiyum Kanal Blokeri

KY: Kalp Yetmezliği

MASES: İlaça Uyum Öz-Etkililik Ölçeği

MI: Miyokard İnfarktüsü

MM: Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği

PATENT: Prevalence, Awareness, Treatment and Control Rates in Turkey

RAAS: Renin Anjiotensin Aldosteron Sistemi

SEAMS: Uygun İlaç Kullanımı için Öz-yeterlik Ölçeği

SKB: Sistolik Kan Basıncı

SVH : Serebrovasküler Hastalık

SVO: Serebrovasküler Olay

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

TABLÖLAR

- Tablo 1. Ofis, ev ve ambulatuvar kan basıncı (KB) ölçümlerinin karşılaştırılması
- Tablo 2. ACC/AHA kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflandırılması
- Tablo 3. Sekonder hipertansiyon nedenleri
- Tablo 4. Hipertansiflerde yaşam tarzı önerileri
- Tablo 5. Antihipertansif ilaçların kesin ve olası kontrendikasyonları
- Tablo 6. Katılımcıların demografik özellikleri
- Tablo 7. Katılımcıların kronik hastalık dağılımı
- Tablo 8. Katılımcıların hipertansiyon ile ilgili özellik ve alışkanlık dağılımı
- Tablo 9. Katılımcıların sayısal demografik veri dağılımı
- Tablo 10. Katılımcıların sayısal hipertansiyon ile ilgili veri dağılımı
- Tablo 11. Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği ortalamaları ve ölçek sonuç dağılımı
- Tablo 12. Cinsiyet ile ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 13. Medeni durum ile ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 14. Öğrenim durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 15. Meslek ile ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 16. Yalnız yaşama ile ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 17. Sigara kullanımı ile ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 18. Ek kronik hastalık ile ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 19. Diyabet ile ölçek puanlarının karşılaştırılması
- Tablo 20. Kronik kalp hastalığı ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 21. Hiperlipidemi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 22. Serebrovasküler hastalık ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 23. Böbrek yetmezliği ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 24. Birinci derece akrabalarınızda hipertansiyon hastalığı olma ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 25. Yeterli bilgi düzeyi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 26. Diyetle uyuma ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 27. Evde tansiyon aleti olması ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 28. Düzenli kan basıncı ölçümü ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 29. Egzersiz yapma ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 30. Vücut ağırlığı değişimi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 31. Vücut ağırlığı değişimi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 32. Evde yemekleri pişiren kişi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 33. Evde yemekler pişirilirken evde bir hipertansiyon hastası olduğu dikkate alınması ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 34. Sofrada yemeğe tuz atma ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 35. Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yeme alışkanlığınızda değişiklik olması ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

Tablo 36. Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği ile yaş, hipertansiyon ve VKİ karşılaştırılması

Tablo 37. Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği ile kategorik değişkenlerin karşılaştırılması



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon (HT) ülkemizde ve dünyada sık görülen kronik hastalıklardan biridir. HT koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği (KY), son dönem böbrek hastalığı ve birçok kardiyovasküler hastalık için önemli bir risk faktörüdür. HT'nin önlenmesi buna bağlı kardiyovasküler ve renal komplikasyonların görülme sıklığını azaltmak için kan basıncını kontrol altına almak önem taşımaktadır (1).

Günümüzde HT ciddi komplikasyonlara neden olan toplumda sık görülen sağlık sorunudur, yapılan birçok çalışmada kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri arasındadır (2). Patent T2 çalışmasına göre HT'nin prevalansı kadınlarda (%32,2) erkeklere (%28,4) göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. HT farkındalık oranları da kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek bulunmuştur (3).

Hipertansiyon tedavisinde tedavinin önemli bir kısmını yaşam tarzı değişikliği ve beslenme alışkanlıklarındaki değişiklikler oluşturmaktadır. Ayrıca hastaların tedaviye olan uyumunun yüksek olması ilaçların düzenli kullanımını ve kan basıncının kontrol altına alınması açısından önemli role sahiptir. HT tanısı aldıktan sonra yapılan beslenme alışkanlığının değiştirilmesi yaşam tarzı değişikliğiyle kan basıncının kontrol altına alınması mümkündür. Yaşam tarzı değişiklikleri arasında egzersiz yapmak, kilo vermek, sigara bırakmak ve yeme alışkanlığının değiştirilmesidir. HT tedavisindeki başarısızlığın en önemli nedenlerinden biri hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluğudur (3)

Bu tez çalışmasında amaç Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran hipertansif bireylerin HT tanısı aldıktan sonra beslenme alışkanlıklarının, yaşam tarzı değişikliklerinin ve tedaviye olan uyumlarının araştırılmasıdır. Yaşam tarzı değişikliği ile amaç HT'ye bağlı görülebilecek olan komplikasyonları en aza indirebilmek ve tedavide kullanılan ilaç sayısını olabildiğince azaltmaktır. Bu nedenle çalışmamızda hipertansif bireylerin tanı aldıktan sonraki süre içerisinde beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişiklikleri ve tedaviye olan uyumlarını değerlendirilmeyi amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Tekrarlayan ofis ölçümlerinde sistolik kan basıncının (SKB) >140 diyastolik kan basıncının(DKB) >90 mmHg üzerinde olması HT olarak tanımlanmaktadır (2). Yetişkin bireylerde HT tanısı birbirini tekrar eden iki veya daha fazla ölçümlerde SKB ortalamasının 140 mmHg DKB ortalamasının 90 mmHg ve üzerinde olması durumunda konulmaktadır (3).

Hipertansiyon sistemik bir hastalık olması ciddi komplikasyonlara neden olup toplumda yaygın olarak görülmesi nedeniyle günümüzde önemli bir sağlık problemini oluşturmaktadır (2). HT olgularının yaklaşık %80-95'inde etyoloji bilinmemektedir ve buna primer (esansiyel) hipertansiyon adı verilmektedir. Olguların %5-10'unda sekonder HT görülmektedir. Sekonder nedenlerin arasında renal arter stenozu, aort koarktasyonu, feokromasitoma, hiperaldosteronizm, renal parankimal hastalık, uyku apnesi, hiperparatiroidi, cushing sendromu yer almaktadır (4).

2.2. Kan Basıncı Ölçümü

2.2.1. Ofis Kan Basıncı Ölçümü

Hipertansiyon tanısı koymak için kan basıncının doğru bir şekilde ölçülmesi oldukça önem taşımaktadır. Kan basıncını ölçerken ortamın sessiz olması ve hastanın en az beş dakika dinlenmiş olması, kol çevresine uygun manşonun seçilmesi, hastanın sırtının desteklenmesi kolu da kalp hizasında olacak şekilde desteklenmelidir. Kan basıncı bir iki dakika ara ile üç kez ölçülmeli ve son iki değer ortalama alınmalıdır. Palpasyon ile nabız kontrolü yapılmalı ve aritmi olup olmadığı da değerlendirilmelidir. Kan basıncı her iki koldan ölçülmelidir (5).

2.2.2. Evde Kan Basıncı Ölçümü

Hastanın kendisi tarafından kalibre edilmiş bir tansiyon aleti ile sessiz bir odada sırt ve kol destekli olacak şekilde ölçülmelidir. İki ölçüm alınmalı, tüm ölçümler kaydedilmelidir. Yedi gün boyunca en az iki kez sabah ve akşam ölçümler yapılmalıdır. Evde ölçülen kan basıncı değerlerinin ortalamasını $>135/85$ mmHg'nın üzerinde olması HT olarak kabul edilmelidir (5).

2.2.3. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü (AKBÜ)

Ambulatuvar kan basıncı ölçümü için 24 saatlik süre boyunca tam otomatik çalışan cihazla ölçüm yapılan ofis dışı kan basıncı ölçümüdür. Bu cihazlar kan basıncını osilometrik yöntemlerle ölçmektedir. Ölçümler genellikle gün içinde 15-30 dakikalık aralıklarla (sabah 7'den akşam 11'e kadar) ve geceleri 30-60 dakikalık aralıklarla (akşam 11'den sabah 7'ye kadar) kaydedilmektedir. AKBÜ'nün geçerli olabilmesi için en az %70 kan basıncı kaydı gereklidir. Yorumlamaya yardımcı olması için aktiviteler (örneğin yemek ve egzersiz) ve uyku süresi bir günlüğe kaydedilmelidir. 24 saatlik AKBÜ ortalama değerinin $>130/80$ mmHg, gündüz ortalama değerinin $>135/85$ mmHg, gece ortalama değerinin $>120/70$ mmHg olması hipertansiyon tanısını koydurur (5).

2.3. Hipertansiyon Prevalansı

Dünyada önlenabilir ölümlerin nedenleri arasında bir numaralı risk faktörü HT'dir. 2000 yılından sonra nüfusun %26,4'ünün HT tanısı olduğu ve 2025 yılına geldiğimizde bu oranın %29,2'ye çıkacağı öngörülmektedir (6). HT prevalansının erişkin toplumda %35-46 arasında değişmekte olduğu bildirilmektedir. Toplumda yaşlı nüfusunun artması, obezite riskinin artışı ve diyetle tüketilen günlük tuz miktarının fazla olması prevalans yüksekliğinin en önemli nedenleri arasındadır (7). Hipertansiyon prevalansı coğrafya bölgesine göre ırka göre değişkenlik göstermektedir. Avrupa ve Amerika'da yetişkin nüfusun %25-30'unda HT görülmektedir. Türkiyede'ki HT prevalansı ile ilgili yapılan en geniş kapsamlı çalışma (TEKHARF) Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri çalışmasıdır. Bu çalışmada HT prevalansı %33,7 olarak bulunmuştur (2). 2003

yılında kesitsel epidemiyolojik bir araştırma olan PatenT çalışmasında hipertansiyonun genel yaş ve cinsiyete göre düzeltilmiş prevalansı %31,8 olarak bulunmuştur (3).

2.4. Hipertansiyon Sınıflandırılması

2024 kılavuzlarında hipertansiyonu SKB>140 mmHg DKB'nın >90 mmHg olarak tanımlamaya devam etmiştir. Kılavuzda yapılan bazı değişiklikler önceki kılavuzdan farklı olarak başlıkta olan arteryal terimini çıkartarak “yükselmiş kan basıncı” ifadesi kullanmıştır. Buna ek olarak önceki kılavuzda olan HT sınıflandırılmasında da bazı değişiklikler yapılmıştır. Önceki kılavuzda olan normotansiyon, yüksek normal, grade 1-2-3 HT sınıflandırılmasını kaldırarak yükselmemiş KB, yükselmiş KB ve HT olmak üzere üç alt grupta HT sınıflandırılması yapılmıştır (5).

Yeni kılavuzda kan basıncı ölçümü için kullanılacak olan cihazların kalibre edilerek, kan basıncı ölçümünün doğru ölçüm teknikleriyle yapılması gerektiği vurgulanmıştır (8).

Beyaz önlük HT ve maskeli HT'yi dışlamak için ofis dışı kan basıncı ölçümleri önerilmektedir. Beyaz önlük HT ofis KB 140/90 mmHg iken ev ölçümlerinin <135/85 mmHg olmasıdır ve Tablo 1'de gösterilmiştir (5).

Tablo 1. Ofis, ev ve ambulatuvar kan basıncı (KB) ölçümlerinin karşılaştırılması (8).

	Ofis KB (mmHg)	Ev KB (mmHg)	Gündüz ambulatuvar KB (mmHg)	24 saatlik ambulatuvar KB (mmHg)
Yükselmemiş KB	<120/70	<120/70	<120/70	<115/65
Yükselmiş KB	120/70-140/90	120/70-135/85	120/70-135/85	115/65-130/80
Hipertansiyon	>140/90	>135/85	>135/85	>130/80

Amerikan Kardiyoloji Derneği/Amerika Kalp Birliği (ACC/AHA) Kasım 2017 tarihinde yeni hipertansiyon kılavuzu yayınlamıştır (Tablo 2).

Tablo 2. ACC/AHA kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflandırılması (9).

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

2.5. Hipertansiyon Etiyopatogenezi

Hipertansiyon, oluşma mekanizmalarına bağlı olarak primer ve sekonder olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Vakalarının %90-95’inde herhangi bir hastalığa bağlı oluşmamış, nedeni belli olmayan kan basıncı yüksekliği söz konusudur (primer, esansiyel HT). %5-10’luk kısmında ise altta yatan bir hastalığa bağlı olarak kan basıncı yüksekliği vardır (sekonder HT). Özellikle ani başlangıçlı şiddetli HT vakalarında, ilaç tedavisine rağmen yeterli yanıt alınamayan vakalarda, 20 yaşı öncesi 50 yaşı sonrası başlangıçlı HT vakalarında sekonder HT araştırılmalıdır. Sekonder HT nedenleri Tablo 3’de gösterilmiştir (10, 11).

Esansiyel hipertansiyon etiyopatogenezinde genetik ve çevresel faktörlerin sorumlu tutulduğu birçok mekanizma sorumludur. Altta yatan en temel mekanizma genetik yatkınlıktır aile öyküsünde hipertansiyon olan bireylerde hipertansiyon gelişme riski artmaktadır, bunun yanısıra aşırı tuz tüketimi su tutulumunu artırarak kardiyak önyükün artışı ardından bunun sonucu olan kardiyak output artışına neden olmaktadır. Obezite ve insülin direncinin olması da insülin direncinin sonucu olan hiperinsülinemi nedeniyle sempatik sinir sistemi uyarılarak vasküler düz kas hücrelerinde hipertrofi sonucunda hipertansiyon gelişimine neden olmaktadır (12).

Tablo 3. Sekonder hipertansiyon nedenleri (11).

Sekonder Hipertansiyon Nedenleri	
1.Endokrin nedenler • Hipertiroidi,hipotiroidi • Cushing sendromu,primer hiperaldosteroizm • Feokromositoma • Akromegali	3.Uyku apne sendromu 4.Aort koarktasyonu 5.Gebeliğe bağlı hipertansiyon
2.Renal nedenler • Kronik böbrek hastalığı • Polikistik böbrek • Renal arter stenozu • Diyabetik nefropati • Wilms tm, renin salgılayan tümörler	6.İyatrojenik • Oral kontraseptif ilaçlar • Steroidler • Antidepresan ilaçlar (trisiklik antidepresan, MAO inhibitörleri vb.) • Soğuk algınlığı ilaçları (fenilpropanolamin vb.)

2.6. Hipertansiyon Tedavisinde Yaşam Tarzı Değişikliği

Hipertansif bireyler kalp hastalıkları ve inme açısından risk altındadır. Düzenli fiziksel aktivite, obezite varlığında kilo verilmesi, beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi özellikle meyve ve sebze ağırlıklı diyet, tuz kısıtlanması, sigaranın bırakılması gibi yaşam

tarzı değişikliklerini benimsemek özellikle evre 1 HT'ü önlemek veya kontrol altına almak için önemli rol oynamaktadır (12). HT'nin önlenmesi açısından yaşam tarzı değişiklikleri mutlaka önerilmektedir. Yüksek Kan Basıncının Önlenmesi, Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisi Ortak Ulusal Komitesi Yedinci Raporu (JNC 7) tarafından erken müdahale etmek açısından geliştirilen yeni bir kategori olan HT (140/90 mmHg ve üzeri), prehipertansiyon (120/80-139/89 mmHg) olan tüm hastalarda yaşam tarzı değişikliklerini önermektedir (13). JNC-7 tarafından yayınlanan kılavuzda kan basıncını düşürmek için 5 yaşam tarzı değişikliğini önermiştir;

1. Sodyum alımının kısıtlanması
2. Egzersiz yapmak
3. Alkol tüketimini azaltmak
4. Kilo vermek
5. Hipertansiyonu durdurmak için diyet yaklaşımları (DASH) beslenme

Hipertansiyonu durdurmak için diyet yaklaşımları (DASH) beslenme diyeti meyve sebze ağırlıklı diyet yanında az yağlı süt ürünleri ve azaltılmış doymuş yağ asitlerinden oluşan diyettir. Bu önlemler ile birlikte yapılan fiziksel aktivitede artış ve beraberinde kilo kaybı ile birlikte hafif hipertansiyonu olan hastalarda ilaç tedavisini önleyebilir (14). Bu önerilen yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanması ile kan basıncı düşürücü etkisi kanıtlanmıştır (13).

2.6.1. Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite, HT'de yaşam tarzı değişiklikleri arasında en önemli role sahiptir. HT için mevcut olan tüm kılavuzlarda HT tedavisinde fiziksel aktivite ve farmakolojik olmayan müdahalelerin rolünü vurgulamaktadır. Kılavuzlarda hipertansif bireylerin haftada beş-yedi gün en az 30 dakika orta şiddette (yürüme, hafif koşu, yüzme) egzersiz yapmasını önermektedir. Fiziksel olarak aktif kişilerde HT gelişme ihtimalinin düşük olduğunu ispatlayan birçok çalışma bulunmaktadır. İngiliz literatüründe yapılan bir çalışmaya göre hipertansif bireylerin yaklaşık %75'inde egzersiz ile kan basıncını azalttığını ve SKB'de 11

mmHg, DKB'de 8 mmHg düşme olduğunu göstermiştir (15-17). Özellikle aerobik egzersiz yapılması hipertansiyon tanısı olsun ya da olmasın kan basıncı üzerinde olumlu etkileri vardır (13).

2.6.2. Diyet

Diyet değişikliği, birçok hastada farmakolojik olmayan tedavinin önemli bir basamağıdır. Kan basıncının düşürülmesi üzerinde en büyük etkisi olan The Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) diyetidir. DASH HT'yi durdurmak için diyet yaklaşımları anlamına gelen kan basıncını düşürmeye yardımcı olan beslenme planıdır. Bu diyet içerisinde bol miktarda sebze, meyve, tahıllar, az yağlı veya yağsız süt ürünleri, yağsız etler bulunmaktadır, ayrıca lif ve minerallerden (kalsiyum, magnezyum, potasyum) zengin bir diyeti oluşturmaktadır (18, 19). Diyetteki lif oranını artırılması, akdeniz tipi (zeytinyağlı gıdalar, meyve ve sebze ağırlıklı) diyetin uygulanması da önerilen diyet yaklaşımları arasındadır (20).

Diyetle omega-3 alımı da önemlidir, omega-3 yağ asitleri PGI₂'yi artırarak anjiotensin ve norepinefrine vasküler cevabı azaltmaktadır, günde üç gram üzerinde omega-3 alımı kan basıncını -5,5/-3,5 mmHg azaltır (21).

2.6.3 Tuz Kısıtlaması

Yapılan birçok çalışma HT ile günlük tüketilen tuz miktarında bir ilişki olduğu yönündedir. SALTURK çalışmasında günlük tuz alımı ile tansiyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada katılımcılardan 24 saatlik idrar toplanıp aynı zamanda tansiyon ölçümü yapılarak arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yapılan çalışmada günlük tuz alımı 18,01gr/gün olarak bulunmuştur ve tuz alımı ile SKB ve DKB

arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Her 100 mmol/gün tuz alımı SKB’de 5,8 mmHg, DKB’de 3,8 mmHg artışa neden olduğu gösterilmiştir (22).

2.6.4. Sigara ve Alkol

Hipertansiyon ve sigara kullanımı dünyadaki önlenebilir ölümlerin birinci ve ikinci önde gelen nedenleridir. Kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için sigarayı bırakmak önem taşımaktadır. Uzun dönemde sigara kullanımı endotel disfonksiyonuna neden olarak plak progresyonunu, arter duvarında sertliğe yol açarak HT oluşumunu tetiklemektedir (15, 23).

Türkiye’de sigara kullanımı oldukça yaygındır. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2006 yılında yapılan çalışmada 18 ve üzeri yaşlarda her gün sigara kullananların sıklığı %33,4 olarak saptanmıştır. Sigara kullanımı erkeklerde (%50,6) kadınlara (%16,6) göre daha fazla bulunmuştur (24).

Hipertansiyon tedavisinde başarılı olabilmek için sigaranın bırakılması gerekmektedir. Hipertansif hastaların sigara kullanmaması eğer kullanıyor ise mutlaka bırakması gerektiği konusunda tavsiye ve teşvik edilmelidir (25).

Alkol kullanımı da antihipertansif tedavinin etkinliğini azaltarak inme riskinin artmasına neden olmaktadır. Alkol kullanan kişilerde özellikle günlük 20-30 mg’dan fazla alkol tüketimi olan kişilerde HT prevalansı yüksektir. HT tedavisinde alkol tüketimi sınırlandırılmalıdır (26).

2.6.5. Kilo Kontrolü

Hipertansiyona neden olan önemli risk faktörlerimden bir diğeri de obezitedir. Aşırı kilolu bireylerde HT görülme riski daha fazladır. Aşırı kilo ve obezitenin HT riski dışında

diğer etkileri lipit, insülin direnci gibi sonuçlara yol açarak kardiyovasküler riski arttırmaktadır. Framingham Kalp Çalışması'nda, aşırı vücut aşırı kilo ve obezitenin erkeklerde HT vakalarının yaklaşık %26'sını ve kadınlarda %28'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir (27). Bu nedenle aşırı kilolu bireylerde HT tedavisi için yapılabilecek yaşam tarzı değişikliklerinden biri de kilo kaybıdır. Kilo vermenin kan basıncı üzerinde olan etkisi bir ilaç tedavisinin etkisi kadar yakındır. Obez bireylerde mutlaka yaşam biçimi değiştirilmeli, sedanter yaşamdan kaçınılmalıdır. Yaklaşık bir kilogram kilo kaybı SKB'de 2-3 mmHg, DKB'de 2 mmHg azalmaya neden olmaktadır (28, 29). Kilo kaybını sürdürebilmek için her zaman fiziksel aktivitede artış kalori alımında ise azaltma yapılması gerekmektedir (27). Sağlıklı kilonun (BKİ 25 kg/m²) ve bel çevresinin korunması (erkeklerde <102, kadınlarda <88 cm) hipertansif kişilerde kan basıncının düşürülmesi için önerilmektedir (30).

2.6.6. Stres Yönetimi

Akut stres kan basıncında geçici olarak yükselmelere neden olabilmektedir. Yapılan birçok çalışmada stresli olaylar, felaketler ve korku gibi durumların kan basıncı yükselmesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (31). Kronik stres ile hipertansiyon arasında da bir ilişki bulunmaktadır. HT tedavisi için önerilen yaşam tarzı değişiklikleri arasında da mutlaka davranışların düzenlenmesi hakkında önerilerde bulunulmalıdır (Tablo 4) (2).

Tablo 4. Hipertansiflerde yaşam tarzı önerileri (2).

	ÖNERİ
Tuz kısıtlaması	Günde <6 gr (1 çay kaşığı)
Hipertansiyon diyeti DASH	Meyve - sebze Az yağlı süt ürünleri
Lif tüketimi	Günlük 20-35gr lif tüketimi

Potasyum tuzu	Meyve ve sebzelerden sağlanan günlük 90 mmol potasyum kullanımı
Kilo kaybı	VKİ (kg/m ²) 18.5-24.9
Fiziksel aktivite	Haftada 90-150 dk yürüme (3-4 gün/hafta)
Sigara	Sigaranın içilmemesi
Alkol tüketimi	Erkeklerde en fazla günde 20-30 gr Kadınlarda en fazla günde 10-20 gr
İçecek tüketimi	Günde en fazla 2 kafeinsiz kahve veya çay tüketilmesi

2.7. Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavisi

Hipertansiyon kardiyovasküler hastalık ve buna bağlı ölümlere neden olan en yaygın değiştirilebilir risk faktörüdür. Antihipertansif ilaçlar kan basıncını düşürerek, hedef organ hasarını azaltarak kardiyovasküler hastalık sonuçlarını önlemektedir (32). HT tedavisinde yaşam tarzı değişikliklerine ek olarak ilaç tedavisi de hipertansiyon kaynaklı ölümlerin azaltılmasında önemli role sahiptir. Kan basıncı üzerinde etkili düşüş sağlayan ve kardiyovasküler olay görülme riskini anlamlı şekilde azaltan ilaçlar arasında ACE inhibitörleri, ARB'ler, beta blokerler (BB), kalsiyum kanal blokerleri (KKB) yer almaktadır (33).

Hipertansiyon tedavisini tedaviye uyumun daha iyi olabilmesi için monoterapi ya da kombinasyon tedavisi ile başlatmak uygun olabilir. Kombinasyon tedavisi için özellikle ilk tercih kombinasyonlar arasında, ACE/ARB – Kalsiyum kanal blokerleri veya ACE/ARB-Diüretik (Tiazid, klortalidon, Indapamid), kombinasyonları şeklindedir. RAAS inhibitörlerinin diüretiklerle olan kombinasyonları arasında tiyazid diüretikleri intravasküler hacmi azaltarak etki göstermektedir, intravasküler hacmin azaltılması sonucunda zaman içerisinde RAAS aktive olarak antihipertansif etkinliğinin azalmasına

yol açar bunun önüne geçebilmek için tedaviye RAAS inhibitörünün eklenmesi ile bu durum engellenmiş olur.

RAAS inh – KKB kombinasyonunda özellikle dihidropiridin grubu KKB’ler damarlarda vazodilatasyona yol açarak sempatik sinir sisteminde uyarılmaya yol açarlar, RAAS inhibitörleri de uyarılan sempatik sinir sistemi inhibisyonu ile artmış olan kalp hızını düşürüp aynı zamanda KKB’lerin yan etkisi olan ödemi de kısmen önlemektedir.

Kabul edilebilir kombinasyonlar arasında yer alanlar:

Renin inhibitörü – ARB , Diüretik – KKB kombinasyonu, Beta bloker – diüretik kombinasyonu, KKB – diüretik kombinasyonları şeklindedir.

Düşük etkinlik ya da pek tercih edilmeyen kombinasyonlar:

ACE/ARB – Beta bloker, non dihidropiridin grubu KKB – Beta bloker pek tercih edilmeyen kombinasyonlar arasında yer almaktadır (2, 34).

Antihipertansif ilaçların kesin ve olası kontrendikasyonları Tablo 5’de gösterilmiştir (35).

Tablo 5. Antihipertansif ilaçların kesin ve olası kontrendikasyonları (35).

İlaç grubu	Kesin kontrendikasyon	Olası kontrendikasyon
Tiyazid diüretikler	Gut	Metabolik sendrom, glukoz intoleransı, gebelik, hiperkalsemi, hipopotasemi
Beta blokerler	Astın, ileri derece (2. Ya da 3. Derece) AV blok	Periferik arter hastalığı, metabolik sendrom,KOAH
KKB (dihidropiridinler)		Taşiaritmiler, kalp yetersizliği
KKB (verapamil, diltiazem)	İleri derece (2. Ya da 3. Derece) AV blok, kalp yetersizliği	

ACE İnhibitörleri	Gebelik, anjionörotik ödem, hiperpotasemi, renal arter darlığı	Gebelik planı olanlar
ARB'ler	Gebelik, hiperpotasemi, renal arter darlığı	Gebelik planı olanlar
Diüretikler (Aldosteron antagonistleri)	Böbrek yetersizliği, hiperpotasemi	

2.8. Hipertansiyon Tedavisinde Uyum

Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk kan basıncının kontrol altına tutmakta önemli bir sorunu oluşturmaktadır. Bu uyumsuzluk sonucunda hastaların birçoğunda HT kontrol altına alınamayabilir. Hedef kan basıncı değerlerine ulaşmak için yaşam tarzı değişiklikleri yanında ilaç ayarlamalarına da dikkat etmek gerekir. Hastanın tedaviye olan uyumunun değerlendirilmesi amacıyla bir-iki ay sonra hasta ile görüşme yapılmalıdır. Kan basıncı hedefine ulaşıldığı takdirde üç-altı aylık aralıklarla takibi yapmak uygundur. Morbidite ve mortalitenin önlenmesi açısından kan basıncını kontrol altında tutmak oldukça önemlidir. Yaşam tarzı değişiklikleri yanında tedaviye uyumun da olmasıyla birlikte HT kontrol altına alınabilir. Hastanın tedaviye uyumu en az ilaç tedavisi kadar önemlidir (36).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırma Modeli

Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir anket çalışmasıdır. Bu çalışma 30 Ekim- 30 Kasım 2024 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran HT tanılı hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya gönüllülük esasına bağlı olarak 182 hasta katılmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

- HT tanılı olmak,
- Gönüllü olmak,
- 18 yaşından büyük olmak.

Dahil edilmeme kriterleri:

- HT tanısı olmayan hastalar,
- Herhangi bir engel nedeni ile iletişim kuramayan hastalar.

3.2. Araştırmanın Uygulama Şekli ve Verilerin Toplanması

Çalışmamız, Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran HT tanısı olan hastalara görüşülerek, gönüllü olmaları durumunda yüz yüze görüşülerek anket formu doldurularak yapılmıştır. Veri toplamak için kullandığımız anket formu toplam iki bölümden oluşmaktadır. Gönüllü bilgilendirme formu ve anket çalışmasına katılmak için onay sonrası anketin ilk bölümünde sekiz sorudan oluşan sosyodemografik özellikleri,

ardından kaç yıldır HT varlığı olduğu tansiyon için kaç ilaç kullandıkları, kronik hastalık varlığı sorgulanmıştır.

Birinci derece yakınlarında hipertansiyon varlığının olup olmadığı tanı aldıktan sonra beslenme alışkanlıklarında ve yaşam tarzı değişikliklerine olan uyumları, evde tansiyon aleti varlığı varsa düzenli ölçüm yapıp yapılmadığı sorulmuştur.

Son bölümde de “Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek 18 sorudan ve beş faktörden oluşmakta, ölçekteki sorular “hiçbir zaman=1 puan” “nadiren=2 puan” “bazen=3 puan” “sıklıkla=4 puan” “her zaman=5 puan” arasında 1’den 5’e kadar değişen puanlar almaktadır.

Ölçeğin 1, 2, 3, 4, 5, 6. soruları medikal tedaviye uyumu, 7, 8, 9.sorular sağlıklı beslenme, 10, 11, 12.sorular fiziksel aktivite ve kilo kontrolü, 13, 14, 15.sorular tedavi süresince hekim ile iletişimi, 16, 17, 18.sorular ise tuz ve hazır gıda tüketimi ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçekten ters puanlama ile toplam alınabilecek puan 68’dir. Ölçekten çıkan puan sonucuna göre bireyler tedaviye uyumlu ya da uyumsuz olarak belirlenecektir.

3.3. Verilerin İstatistiksel Analizi

İstatistiksel değerlendirme IBM SPSS 29.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) ile yapıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma, normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler medyan (25.-75. yüzdelik) olarak verildi. Kategorik değişkenler frekans (yüzde) olarak verildi. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Çoklu karşılaştırmalarda Dunn testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler Bonferroni düzeltmesi kullanılarak Ki-kare analizi ile belirlendi. Sürekli değişkenler

arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Hipotez testlerinde $p<0,05$ istatistiksel önemlilik için yeterli kabul edildi.

3.4. Etik Onay

Tarih : 26 Eylül 2024 Karar No: KÜ GOKAEK-2024/15.14 Proje No: 2024/395

26 Eylül 2024 tarihinde Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan GOKAEK-2024/15.14 karar numarası proje no: 2024/395 ile etik onay alınmıştır. Çalışmanın yapılması için gerekli izinler Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan alınmıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların 112'si (%61,54) kadın, 70'i (%38,44) erkektir. Katılımcıların 160'ı (%87,91) evlidir ve 162'si (%89,5) yakını veya eşi ile yaşamaktadır. Katılımcıların 34'ü (%18,68) sigara, 16'sı (%8,79) alkol kullanmaktadır. Eğitim durumu ve meslek dağılımı Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Katılımcıların demografik özellikleri

		n(%)
Cinsiyet	Kadın	112(61,54)
	Erkek	70(38,46)
Medeni Durum	Evli	160(87,91)
	Bekar	22(12,09)
Eğitim durumu	Okur-yazar değil / Okul-yazar	15(8,24)
	İlköğretim	88(48,35)
	Lise	52(28,57)
	Üniversite / Lisansüstü	27(14,84)
Meslek	Memur	11(6,08)
	Özel sektör	18(9,94)
	Çalışmıyor	80(44,2)
	Emekli	72(39,78)
Birlikte Yaşama	Yalnız yaşıyorum	19(10,5)
	Yakınlarımla yaşıyorum	162(89,5)
Sigara	Hayır	148(81,32)
	Evet	34(18,68)
Alkol	Hayır	166(91,21)
	Evet	16(8,79)

Katılımcıların 130'unun (%72,22) hipertansiyon dışında ek hastalığı mevcuttur. hastalık dağılımı Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. Katılımcıların kronik hastalık dağılımı

		n(%)
Ek hastalık	Başka hastalık var	130(72,22)
	Başka hastalık yok	50(27,78)
Diyabet	Yok	113(62,78)
	Var	67(37,22)
Kronik kalp hastalığı	Yok	99(55)
	Var	81(45)
Hiperlipidemi	Yok	117(65)
	Var	63(35)
Serebrovasküler hastalık	Yok	171(95)
	Var	9(5)
Böbrek yetmezliği	Yok	140(77,78)
	Var	40(22,22)

Katılımcıların hipertansiyon ile ilgili alışkanlık ve yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili değişkenler Tablo 8'de saptanmıştır.

Tablo 8. Katılımcıların hipertansiyon ile ilgili özellik ve alışkanlık dağılımı

		n(%)
	Hayır	41(22,65)

Birinci derece akrabalarınızda hipertansiyon hastalığı olan var mı?	Evet	140(77,35)
Hipertansiyon tanısı aldığınızda doktorunuz sizi yaşam tarzı değişikliği hakkında bilgilendirdi mi?	Hayır	69(39,66)
	Evet	105(60,34)
Hipertansiyon için size bir diyet verildi mi?	Hayır	62(34,64)
	Tam uyum	43(24,02)
	Kısmi uyum	54(30,17)
	Uymuyorum/uyamıyorum	20(11,17)
Evde tansiyon ölçüm aletiniz var mı?	Hayır	9(5)
	Evet	171(95)
Tansiyonunuzu düzenle ölçer misiniz?	Hayır	22(12,29)
	Evet	157(87,71)
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra düzenli egzersiz yapmaya başladınız mı? (Haftada 5-7 gün en az 30 dk yoğunlukta)	Hayır	110(61,45)
	Evet	69(38,55)
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kilonuzda değişme oldu mu?	Artış oldu	38(21,11)
	Azalma oldu	92(51,11)
	Değişmedi	50(27,78)
Eğer sigara kullanıyorsanız Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra sigara kullanım alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu?	Arttı	6(3,37)
	Azaldı	8(4,49)
	Değişmedi	22(12,36)
	Kullanmıyor	142(79,78)
Evde yemekleri genelde kim pişirir	Eşim	62(36,9)
	Kendim	100(59,52)

	Diğer	6(3,57)
Evde yemekler pişirilirken evde bir hipertansiyon hastası olduğu dikkate alınır mı?	Hayır	48(26,97)
	Evet	130(73,03)
Sofrada yemeklerinize tuz atar mısınız?	Hayır	141(78,77)
	Evet	38(21,23)
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra günlük kullandığınız tuz miktarında değişiklik oldu mu?	Arttı	3(1,68)
	Aynı	65(36,31)
	Azaldı	111(62,01)
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yeme alışkanlığınızda değişiklik oldu mu ?(taze sebze/meyse ,baklagiller, az yağlı gıda tüketiminde artma)	Hayır	95(53,67)
	Evet	82(46,33)

Katılımcıların yaş ortalaması 63,04±9 yıl, boy uzunluğu ortalaması 164,73±9,3 cm, vücut ağırlığı ortalaması 81,91±15 kilogram, BKİ ortalaması 30,19±5,1 kg/m² olarak saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Katılımcıların sayısal demografik veri dağılımı

	Ortalama ± SD	Medyan (p25-p75)
Yaş	63,04±9	64(57-70)
Boy uzunluğu (cm)	164,73±9,3	165(158-171)
Vücut ağırlığı (kg)	81,91±15	80(72-90)
Beden kitle indeksi (kg/m ²)	30,19±5,1	30(26,8-33,1)

Katılımcıların hipertansiyon tanı süresi ortalaması 13,33±10 yıl, kullanılan hipertansiyon ilaç ortalaması 1,44±0,7 olarak saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Katılımcıların sayısal hipertansiyon ile ilgili veri dağılımı

	Ortalama $\pm$ SD	Medyan (p25-p75)
Hipertansiyon (Yıl)	13,33 $\pm$ 10	10(5-20)
Hipertansiyon kullanılan ilaç sayısı	1,44 $\pm$ 0,7	1(1-2)

Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeğine göre katılımcıların 34'ü (%21,52) uyumsuz, 124'ü (%78,48) uyumlu saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği ortalamaları ve ölçek sonuç dağılımı

	Ortalama $\pm$ SD	Medyan (p25-p75)
Medikal tedaviye uyum	22,41 $\pm$ 3,7	24(21-25)
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11,97 $\pm$ 2	11(11-14)
Sağlıklı beslenme	10,87 $\pm$ 2,5	11(9-13)
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9,71 $\pm$ 2,8	10(7-11)
Tuz ve hazır gıda tüketimi	12,65 $\pm$ 2,1	13(12-14)
Toplam puan	71,93 $\pm$ 7,6	72(68-77)
	Ortalama $\pm$ SD	Medyan (p25-p75)
Toplam Puan Grup	Uyumsuz (<68)	34(21,52)
	Uyumlu ($\geq$ 68)	124(78,48)

Cinsiyet ile fiziksel aktivite ve kilo kontrolü alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,002). Erkeklerin fiziksel aktivite ve kilo kontrolü faktör puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Cinsiyet ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	p
Medikal tedaviye uyum	25(22.0-25.0)	24(18-25)	0,205
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11.0-14.0)	11(11-14)	0,959
Sağlıklı beslenme	11(9.0-13.0)	11(9-13)	0,492
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9(7.0-11.0)	11(8-13)	0,002
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(11.0-14.0)	13(12-14)	0,142
Toplam puan	72(68.0-76.0)	73(67-78)	0,771

Medeni durum ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Medeni durum ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Evli	Bekar	p
Medikal tedaviye uyum	25(21.0-25.0)	22(20,5-25)	0,197
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11.0-45791)	11(11-12)	0,260
Sağlıklı beslenme	11(9.0-13.0)	10(8-13)	0,343
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	10(7.0-11.0)	9(8-11)	0,500
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(12.0-14.0)	14(12-14)	0,385
Toplam puan	73(68.0-77.0)	72(67-73)	0,150

Öğrenim durumu ile tedavi sürecinde hekim ile iletişim alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,020). Okur-yazar değil / Okul-yazar öğrenim durumuna sahiplerin tedavi sürecinde hekim ile iletişim faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 14).

Öğrenim durumu ile fiziksel aktivite ve kilo kontrolü alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,009). Okur-yazar değil / Okul-yazar ve

ilköğretim öğrenim durumuna sahiplerin fiziksel aktivite ve kilo kontrolü faktörü puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Öğrenim durumu ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Okur-yazar değil / Okul-yazar	İlköğretim	Lise	Üniversite / Lisansüstü	p
Medikal tedaviye uyum	22,5(45795- 25.0)	24(21-25)	25(21.0- 25.0)	24(21-25)	0,643
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	15(14.0- 15.0)	11(11-13)	11(11.0- 12.0)	11(11-15)	0,020
Sağlıklı beslenme	11(10.0- 12.0)	11(9-13)	11(9.0- 13.0)	11(10-13)	0,849
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9(7.0-11.0)	9(7-11)	10(8.0- 12.0)	10(9-14)	0,009
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(13.0- 14.0)	13(12-14)	13(11.0- 14.0)	13(12-14)	0,968
Toplam puan	74(69.0- 80.0)	72(68-76)	73(68.0- 77.0)	76(68-79)	0,274

Meslek ile fiziksel aktivite ve kilo kontrolü alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,002$). Çalışmayanların fiziksel aktivite ve kilo kontrolü faktörü puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Meslek ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Memur	Özel sektör	Çalışmıyor	Emekli	p
Medikal tedaviye uyum	23(22.0- 25.0)	22(18- 25)	25(23.0- 25.0)	25(17-25)	0,165

Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11.0-12.0)	11(11-13)	11(11.0-15.0)	11(11-13)	0,689
Sağlıklı beslenme	9(7.0-11.0)	11(9-13)	11(9.0-12.0)	12(9-13)	0,155
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9,5(8.0-14.0)	10(9-11)	9(7.0-11.0)	10(9-13)	0,002
Tuz ve hazır gıda tüketimi	12,5(11.0-14.0)	13(12-14)	13(11.0-14.0)	13(12-14)	0,177
Toplam puan	71,5(69.0-75.0)	71(66-76)	72(69.0-76.0)	74(68-79)	0,384

Yalnız yaşama ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Yalnız yaşama ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Yalnız yaşıyorum	Yakınlarımla yaşıyorum	p
Medikal tedaviye uyum	22(20.0-25.0)	25(21-25)	0,100
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11.0-13.0)	11(11-14)	0,610
Sağlıklı beslenme	10,5(8.0-13.0)	11(9-13)	0,300
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9(8.0-11.0)	10(7-11)	0,555
Tuz ve hazır gıda tüketimi	14(12.0-14.0)	13(12-14)	0,176
Toplam puan	72(66.5-72.0)	73(68-77)	0,135

Sigara kullanımı ile sağlıklı beslenme alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,004$). Sigara kullananların sağlıklı beslenme faktörü puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Sigara kullanımı ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Evet	p
Medikal tedaviye uyum	24(21.0-25.0)	25(21-25)	0,892
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11.0-14.0)	11(11-13,5)	0,900
Sağlıklı beslenme	11(9.0-13.0)	10(8-11)	0,004
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9(7.0-11.0)	10(8-12)	0,582
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(12.0-14.0)	13(12-14)	0,375
Toplam puan	72(68.0-77.0)	72,5(70-76)	0,791

Ek kronik hastalık ile fiziksel aktivite ve kilo kontrolü alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,045$). Ek kronik hastalığı olanların fiziksel aktivite ve kilo kontrolü faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Ek kronik hastalık ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Evet	p
Medikal tedaviye uyum	22,5(21-25)	22,3(20-25)	0,587
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	12(11-14)	11,8(11-14)	0,672
Sağlıklı beslenme	10,9(9-13)	10,8(9,5-12,5)	0,897
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9,4(7-11)	10,3(9-11)	0,045
Tuz ve hazır gıda tüketimi	12,6(11-14)	12,9(12-14)	0,488
Toplam puan	72(68-76)	74(69-77)	0,624

Diyabet ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Diyabet ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Yok	Var	p
Medikal tedaviye uyum	24(21.0-25.0)	25(21-25)	0,460
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11.0-14.0)	11(11-14)	0,923

Sağlıklı beslenme	11(9.0-13.0)	11(9-12)	0,581
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	10(8.0-45788)	9(7-11)	0,112
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(12.0-14.0)	13(12-14)	0,305
Toplam puan	72(68.0-77.0)	73(69-77)	0,618

Kronik kalp hastalığı ile ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Kronik kalp hastalığı ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Yok	Var	p
Medikal tedaviye uyum	24(20.0-25.0)	25(22-25)	0,312
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11.0-14.0)	11(11-14)	0,542
Sağlıklı beslenme	11(9.0-12.0)	11(9-13)	0,386
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	10(8.0-11.0)	9(7-11)	0,525
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(12.0-14.0)	13(11-14)	0,079
Toplam puan	72(68.0-77.0)	72(69-76,5)	0,712

Hiperlipidemi ile medikal tedaviye uyum alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,017$). Hiperlipidemisi olanların medikal tedaviye uyum faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 21).

Hiperlipidemi ile tuz ve hazır gıda tüketimi alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,017$). Hiperlipidemisi olanların tuz ve hazır gıda tüketimi faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Hiperlipidemi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Yok	Var	p
Medikal tedaviye uyum	24(20.0-25.0)	25(22-25)	0,017
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11.0-14.0)	11(11-14)	0,513

Sağlıklı beslenme	11(9.0-13.0)	11(9-13)	0,496
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	10(8.0-11.0)	9(7-12)	0,786
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(11.0-14.0)	14(12-14)	0,043
Toplam puan	72(67.0-76.0)	73(70-77)	0,192

Serebrovasküler hastalık ile fiziksel aktivite ve kilo kontrolü alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,03$). Serebrovasküler hastalığı olanların fiziksel aktivite ve kilo kontrolü faktörü puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Serebrovasküler hastalık ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Yok	Var	p
Medikal tedaviye uyum	24(21.0-25.0)	25(24-25)	0,141
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11.0-14.0)	11(11-15)	0,414
Sağlıklı beslenme	11(9.0-13.0)	10(10-13)	0,929
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	10(8.0-11.0)	8(7-9)	0,033
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(12.0-14.0)	14(13-14)	0,537
Toplam puan	72(68.0-76.5)	75(70-77)	0,434

Böbrek yetmezliği ile sağlıklı beslenme alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Böbrek yetmezliği ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Yok	Var	p
Medikal tedaviye uyum	24.0(21.0-25.0)	25.0(23.0-25.0)	0,280
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11.0(11.0-14.0)	11.0(11.0-13.0)	0,902
Sağlıklı beslenme	11.0(9.0-13.0)	12.0(9.0-13.0)	0,805
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	10.0(8.0-11.0)	9.0(7.0-11.0)	0,168

Tuz ve hazır gıda tüketimi	13.0(12.0-14.0)	13.0(12.0-14.0)	0,571
Toplam puan	72.0(68.0-77.0)	74.0(68.0-76.5)	0,641

Birinci derece akrabalarınızda hipertansiyon hastalığı olma ile tuz ve hazır gıda tüketimi alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,041$).

Hipertansiyon olanların tuz ve hazır gıda tüketimi faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 24).

Birinci derece akrabalarınızda hipertansiyon hastalığı olma ile hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,041$). Hipertansiyon olanların ölçek toplam puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 24. Birinci derece akrabalarınızda hipertansiyon hastalığı olma ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Evet	p
Medikal tedaviye uyum	23.0(20.0-25.0)	25.0(21.0-25.0)	0,132
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11.0(11.0-14.0)	11.0(11.0-14.0)	0,703
Sağlıklı beslenme	11.0(9.0-12.0)	11.0(9.0-13.0)	0,365
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	45786(7.0-11.0)	10.0(7.0-12.0)	0,612
Tuz ve hazır gıda tüketimi	12.0(11.0-14.0)	13.0(12.0-14.0)	0,041
Toplam puan	70.0(66.0-74.0)	74.0(69.0-77.0)	0,017

Yeterli bilgi düzeyi ile tedavi sürecinde hekim ile iletişim alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$). Evet yanıtı verenlerin tedavi sürecinde hekim ile iletişim faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 25).

Tablo 25. Yeterli bilgi düzeyi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Evet	p
Medikal tedaviye uyum	25.0(23.0-25.0)	24.0(20.0-25.0)	0,086
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11.0(11.0-11.0)	11.5(11.0-15.0)	0,005
Sağlıklı beslenme	11.0(9.0-13.0)	11.0(9.0-13.0)	0,510
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	10.0(8.0-12.0)	9.0(7.0-11.0)	0,064
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13.0(12.0-14.0)	13.0(12.0-14.0)	0,873
Toplam puan	72.0(69.0-76.5)	73.0(68.0-77.0)	0,872

Diyete uyma ile sağlıklı beslenme alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,024$). Uymuyorum/uyamıyorum yanıtı verenlerin sağlıklı beslenme faktörü puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 26).

Diyete uyma ile tuz ve hazır gıda tüketimi alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Uymuyorum/uyamıyorum yanıtı verenlerin tuz ve hazır gıda tüketimi faktörü puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 26).

Diyete uyma ile hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Uymuyorum/uyamıyorum yanıtı verenlerin ölçek puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 26).

Tablo 26. Diyetle uyuma ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Tam uyum	Kısmi uyum	Uymuyorum/uyamıyorum	p
Medikal tedaviye uyum	25.0(21.0-25.0)	25.0(20.0-25.0)	24.0(21.0-25.0)	45799(45795-45801)	0,111
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11.0(11.0-14.0)	11.0(11.0-14.0)	11.0(11.0-14.0)	11.0(11.0-14.0)	0,811
Sağlıklı beslenme	11.0(9.0-13.0)	12.0(11.0-13.0)	11.0(9-12.0)	9.0(8.0-45788)	0,024
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	10.0(7.0-12.0)	10.0(9.0-13.0)	9.0(7.0-11.0)	45785(7.0-11.0)	0,080
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13.0(11.0-14.0)	14.0(13.0-15.0)	13.0(12.0-14.0)	11.0(9.0-14.0)	0,001
Toplam puan	72.0(69.0-77.0)	75.5(71.0-80.0)	72.0(68.0-77.0)	69.0(57.0-72.0)	0,001

Evde tansiyon aleti olması ile sağlıklı beslenme alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 27).

Tablo 27. Evde tansiyon aleti olması ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Evet	p
Medikal tedaviye uyum	25.0(23.0-25.0)	24.0(21.0-25.0)	0,362
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11.0(11.0-12.0)	11.0(11.0-14.0)	0,792
Sağlıklı beslenme	10.0(8.0-12.0)	11.0(9.0-13.0)	0,408
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9.0(8.0-10.0)	10.0(7.0-11.0)	0,534

Tuz ve hazır gıda tüketimi	13.0(11.0-14.0)	13.0(12.0-14.0)	0,812
Toplam puan	72.0(70.0-75.0)	72.0(68.0-77.0)	0,980

Düzenli kan basıncı ölçümü ile sağlıklı beslenme alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (Tablo 28).

Tablo 28. Düzenli kan basıncı ölçümü ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Evet	p
Medikal tedaviye uyum	23.0(19.0-25.0)	25.0(21.0-25.0)	0,321
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11.0(11.0-11.0)	11.0(11.0-14.0)	0,073
Sağlıklı beslenme	10.0(9.0-12.0)	11.0(9.0-13.0)	0,192
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	45785(7.0-11.0)	10.0(9-11.0)	0,566
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13.0(12.0-14.0)	13.0(12.0-14.0)	0,945
Toplam puan	72.0(70.0-75.0)	72.0(68.0-77.0)	0,619

Egzersiz yapma ile medikal tedaviye uyum alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,005$). Evet yanıtı verenlerin medikal tedaviye uyum faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 29).

Egzersiz yapma ile sağlıklı beslenme alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Evet yanıtı verenlerin sağlıklı beslenme faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 29).

Egzersiz yapma ile fiziksel tedavi ve kilo kontrolü alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Evet yanıtı verenlerin fiziksel tedavi ve kilo kontrolü faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 29).

Egzersiz yapma ile hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 29).

Tablo 29. Egzersiz yapma ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Evet	p
Medikal tedaviye uyum	24.0(20.0-25.0)	25.0(23.0-25.0)	0,005
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11.0(11.0-45791)	11.0(11.0-45789)	0,311
Sağlıklı beslenme	10.0(9.0-12.0)	12.0(10.0-14.0)	<0,001
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9.0(7.0-10.0)	11.0(45786-13.0)	<0,001
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13.0(11.0-14.0)	13.0(12.0-14.0)	0,093
Toplam puan	71.0(67.0-75.0)	76.0(72.0-79.0)	<0,001

Vücut ağırlığı değişimi ile sağlıklı beslenme alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,029$). Vücut ağırlığı değişmeyenlerin sağlıklı beslenme faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 30).

Vücut ağırlığı değişimi ile fiziksel tedavi ve kilo kontrolü alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,007$). Vücut ağırlığı artanların fiziksel tedavi ve kilo kontrolü faktörü puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 30).

Tablo 30. Vücut ağırlığı değişimi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Artış oldu	Azalma oldu	Değişmedi	p
Medikal tedaviye uyum	23(17-25)	25(21-25)	24,5(23-25)	0,068
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11-15)	11(11-13)	11(11-14,5)	0,578
Sağlıklı beslenme	11(9-12)	10(9-12)	12(10-14)	0,029
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9(7-9)	10(8-12)	10(7,5-12)	0,007
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(11-14)	13(12-14)	13(12-14)	0,073
Toplam puan	69(64-75)	72(69-76,5)	76(71-79)	0,003

Sigara kullanımı değişimi ile sağlıklı beslenme alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,007$). Sigara kullanımı artanların sağlıklı beslenme faktörü puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 31).

Tablo 31. Vücut ağırlığı değişimi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Arttı	Azaldı	Değişmedi	Kullanmıyor	p
Medikal tedaviye uyum	22(20-22)	25(22-25)	24(19-25)	24(21-25)	0,475
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11-14)	11(11-13)	11(11-13,5)	11(11-14)	0,986
Sağlıklı beslenme	8,5(8-10)	11(10-12)	10(9-11)	11(9-13)	0,007
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	8(7-12)	8(6,5-10)	11(9-12)	10(7-11)	0,081
Tuz ve hazır gıda tüketimi	14(10-14)	13(12-14)	13(12-14)	13(12-14)	0,808
Toplam puan	70(69-72)	74(71-76)	73(68-76)	72,5(68-78)	0,561

Evde yemekleri pişiren kişi ile fiziksel tedavi ve kilo kontrolü alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$). Yemeği eşi pişirenlerin fiziksel tedavi ve kilo kontrolü faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 32).

Tablo 32. Evde yemekleri pişiren kişi ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Eşim	Kendim	Diğer	p
Medikal tedaviye uyum	24(17-25)	25(22-25)	25(15-25)	0,154
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11-13)	11(11-14)	11(10-11)	0,873
Sağlıklı beslenme	11(9-13)	11(9-13)	12(12-12)	0,636
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	11(8-13)	9(7-11)	9(5-9)	0,003
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(12-14)	13(12-14)	14(11-14)	0,260
Toplam puan	73(66-78)	72(69-76)	69(57-74)	0,873

Yemek yaparken hipertansiyon hastasını dikkate alma hasta ile medikal tedaviye uyum alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,003$). Evet yanıtı verenlerin medikal tedaviye uyum faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 33).

Yemek yaparken hipertansiyon hastasını dikkate alma ile sağlıklı beslenme alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Evet yanıtı verenlerin sağlıklı beslenme faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 33).

Yemek yaparken hipertansiyon hastasını dikkate alma ile hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Evet yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 33).

Tablo 33. Evde yemekler pişirilirken evde bir hipertansiyon hastası olduğu dikkate alınması ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Evet	p
Medikal tedaviye uyum	22(17-25)	25(22-25)	0,003
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(10-14)	11(11-14)	0,143
Sağlıklı beslenme	9(7-11)	12(10-13)	<0,001
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9(7-11)	10(8-12)	0,318

Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(11-14)	13(12-14)	0,086
Toplam puan	69(62-74)	74(69-77)	<0,001

Sofra yemeğe tuz atma ile tuz ve hazır gıda tüketimi alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Hayır yanıtı verenlerin tuz ve hazır gıda tüketimi faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 34).

Sofra yemeğe tuz atma ile hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,044$). Hayır yanıtı verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 34).

Tablo 34. Sofrada yemeğe tuz atma ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Evet	p
Medikal tedaviye uyum	25(21-25)	24(19-25)	0,388
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11-14)	11(11-15)	0,852
Sağlıklı beslenme	11(9-13)	11(9-13)	0,659
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9(8-11)	10(7-11)	0,979
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(12-14)	12(10-13)	<0,001
Toplam puan	73(69-77)	71(64-76)	0,044

Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yeme alışkanlığınızda değişiklik ile tedavi sürecinde hekim ile iletişim alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,014$). Evet yanıtı verenlerin tedavi sürecinde hekim ile iletişim faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 35).

Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yeme alışkanlığınızda değişiklik ile tuz ve hazır gıda tüketimi alt faktörü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,031$). Evet yanıtı verenlerin tuz ve hazır gıda tüketimi faktörü puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 35).

Tablo 35. Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yeme alışkanlığınızda değişiklik olması ile ölçek puanlarının karşılaştırılması

	Hayır	Evet	p
Medikal tedaviye uyum	25(21-25)	24(21-25)	0,399
Tedavi sürecinde hekim ile iletişim	11(11-13)	11,5(11-15)	0,014
Sağlıklı beslenme	11(9-13)	11(10-13)	0,161
Fiziksel aktivite ve kilo kontrolü	9(7-11)	10(8-11)	0,958
Tuz ve hazır gıda tüketimi	13(11-14)	13(12-14)	0,031
Toplam puan	72(68-76)	74(69-77)	0,130

Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği uyumu kriteri ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,019$). Uyumlu olan hastaların yaş ortalaması daha yüksek saptanmıştır (Tablo 36).

Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği uyumu kriteri ile hipertansiyon tanı yılı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,036$). Uyumlu olan hastaların yıl ortalaması daha yüksek saptanmıştır (Tablo 36).

Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği uyumu kriteri ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,036$). Uyumlu olan hastaların BKİ ortalaması daha düşük saptanmıştır (Tablo 36).

Tablo 36. Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği ile yaş, hipertansiyon ve BKİ karşılaştırılması

	Uyumsuz (<68)	Uyumlu (>=68)	p
Yaş	60(54-65)	65(60-70)	0,019

Hipertansiyon yıl	10(5-14)	13(5-20)	0,036
Hipertansiyon kaç ilaç	1(1-2)	1(1-2)	0,458
VKİ	31,21(29,3-36,33)	29,39(26,4-32,78)	0,008

Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği uyumu kriteri ile egzersiz yapma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,005$). Egzersiz yapan hastaların daha fazla oranda uyumlu oluğu saptanmıştır (Tablo 37).

Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği uyumu kriteri ile vücut ağırlığı değişimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,002$). Vücut ağırlığı artanların hastaların daha düşük oranda uyumlu oluğu saptanmıştır (Tablo 37).

Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği uyumu kriteri ile Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yeme alışkanlığınızda değişiklik arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,001$). Evet yanıtı verenlerin daha fazla oranda uyumlu oluğu saptanmıştır (Tablo 37).

Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeği uyumu kriteri ile Softada yemeğe tuz atma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,004$). Evet yanıtı verenlerin daha düşük oranda uyumlu oluğu saptanmıştır (Tablo 37).

Tablo 37. Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği ile kategorik değişkenlerin karşılaştırılması

		Uyumsuz (<68)	Uyumlu (≥ 68)	p
Cinsiyet	Kadın	18(18,95)	77(81,05)	0,442
	Erkek	16(25,4)	47(74,6)	
Medeni Durum	Evli	29(20,86)	110(79,14)	0,561
	Bekar	5(26,32)	14(73,68)	

Eğitim durumu	Okur-yazar değil / Okul-yazar	2(18,18)	9(81,82)	0,948
	İlköğretim	16(20)	64(80)	
	Lise	10(23,26)	33(76,74)	
	Üniversite / Lisansüstü	6(25)	18(75)	
Meslek	Memur	2(20)	8(80)	0,204
	Özel sektör	6(40)	9(60)	
	Çalışmıyor	11(15,94)	58(84,06)	
	Emekli	15(23,81)	48(76,19)	
Birlikte Yaşama	Yalnız yaşıyorum	4(25)	12(75)	0,750
	Yakınlarımla yaşıyorum	30(21,13)	112(78,87)	
Sigara	Hayır	29(22,31)	101(77,69)	0,790
	Evet	5(17,86)	23(82,14)	
Alkol	Hayır	28(19,58)	115(80,42)	0,094
	Evet	6(40)	9(60)	
Ek hastalık	Başka hastalık var	23(20)	92(80)	0,539
	Başka hastalık yok	11(26,19)	31(73,81)	
Diyabet	Yok	24(24,49)	74(75,51)	0,362
	Var	10(16,95)	49(83,05)	
Kronik kalp hastalığı	Yok	21(24,71)	64(75,29)	0,416
	Var	13(18,06)	59(81,94)	
Hiperlipidemi	Yok	26(26)	74(74)	0,121
	Var	8(14,04)	49(85,96)	
Serebrovasküler hastalık	Yok	33(22,3)	115(77,7)	0,429
	Var	1(11,11)	8(88,89)	
Böbrek yetmezliği	Yok	25(20,66)	96(79,34)	0,746
	Var	9(25)	27(75)	

Birinci derece akrabalarınızda hipertansiyon hastalığı olan varmı?	Hayır	11(31,43)	24(68,57)	0,174
	Evet	23(18,85)	99(81,15)	
Hipertansiyon tanısı aldığınızda doktorunuz sizi yaşam tarzı değişikliği hakkında bilgilendirdi mi ?	Hayır	9(15)	51(85)	0,214
	Evet	23(24,73)	70(75,27)	
Hipertansiyon için size bir diyet verildi mi?	Hayır	10(19,23)	42(80,77)	0,132
	Tam uyum	6(15,79)	32(84,21)	
	Kısmi uyum	10(20,83)	38(79,17)	
	Uymuyorum/uya mıyorum	8(42,11)	11(57,89)	
Evde tansiyon ölçüm aletiniz varmı?	Hayır	0(0)	7(100)	0,156
	Evet	34(22,52)	117(77,48)	
Tansiyonunuzu düzenli ölçer misiniz?	Hayır	4(21,05)	15(78,95)	0,999
	Evet	30(21,58)	109(78,42)	
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra düzenli egzersiz yapmaya başladınız mı? (haftada 5-7 gün en az 30 dk yoğunlukta)	Hayır	28(29,79)	66(70,21)	0,005
	Evet	6(9,52)	57(90,48)	
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kilonuzda değişme oldu mu ?	Artış oldu	15(42,86)	20(57,14)	0,002
	Azalma oldu	14(17,5)	66(82,5)	
	Değişmedi	5(11,63)	38(88,37)	
Eğer sigara kullanıyorsanız Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra sigara kullanım alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu ?	Arttı	1(20)	4(80)	0,989
	Azaldı	1(16,67)	5(83,33)	
	Değişmedi	4(21,05)	15(78,95)	
	Kullanmıyor	28(22,22)	98(77,78)	

Evde yemekleri genelde kim pişirir	Eşim	16(27,59)	42(72,41)	0,213
	Kendim	16(17,58)	75(82,42)	
	Diğer	2(40)	3(60)	
Evde yemekler pişirilirken evde bir hipertansiyon hastası olduğu dikkate alınır mı?	Hayır	17(41,46)	24(58,54)	0,001
	Evet	17(14,66)	99(85,34)	
Sofrada yemeklerinize tuz atar mısınız?	Hayır	20(16,13)	104(83,87)	0,004
	Evet	14(41,18)	20(58,82)	
Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra günlük kullandığınız tuz miktarında değişiklik oldu mu?	Arttı	1(33,33)	2(66,67)	0,873
	Aynı	12(20,69)	46(79,31)	
	Azaldı	21(21,65)	76(78,35)	
Toplam Puan Grup	Hayır	21(24,14)	66(75,86)	0,489
	Evet	13(18,31)	58(81,69)	

5.TARTIŞMA

Hipertansiyon, ayaktan tedavi amacıyla hekime başvuru nedenleri arasında en sık karşılaşılan kronik hastalıklardan biridir. Bununla birlikte MI, SVO, periferik vasküler hastalık, aort disseksiyonu, atrial fibrilasyon ve böbrek yetmezliğinin de tedavi edilebilir olan en sık risk faktörü olarak kabul edilmektedir (37). Hem dünyada hem ülkemizde HT prevalansının artış göstermesi, kontrol altına alınamadığında ciddi komplikasyonlara ve ölümlere yol açtığı için önemli bir halk sağlığı sorunudur (38). HT, hem primer olarak hem de risk faktörü olduğu diğer kronik hastalıkların komplikasyonu olarak her yıl dünyada 9,4 milyon ölüme sebep olmaktadır (39). İnsanların yaşam süresinin artması, DM ve obezitenin artmasına paralel olarak da HT tanısı alan hasta sayısı artış göstermektedir. Ancak bununla birlikte iyi kontrollü hasta sayısı oranı düşmektedir (6, 40).

Hipertansiyonun erken tespit edilmesi ve uygun tedavinin uygulanmasıyla olumsuz sonuçlar azaltılabilmektedir (41). HT nedeniyle oluşacak mortaliteleri ve morbiditeleri engellemek için HT'nin kontrol altında tutulması gerekmektedir. HT'nin başarılı bir şekilde kontrolünün sağlanması ve komplikasyonların önlenmesinde tedaviye uyum çok önemlidir. Uyum, kişinin bir hastalık için sağlık profesyonelinin önerilerine ne kadar uyduğu anlamına gelmektedir (42). Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre uyum; bireyin ilaç alması, diyetle uyması ya da yaşam tarzı değişiklikleri yapması, sağlık hizmeti sağlayıcısının tavsiyelerine ne kadar karşılık verdiği şeklinde tanımlanmıştır (43). Yapılan çalışmalarda hipertansif ilaç tedavisine yüksek uyum ile kan basıncı kontrolü arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuş olup (44, 45) tedaviye uyumlu olanların kan basıncı kontrol oranlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (46). Hastaların tedaviye uyumunun artırılması kişilerin yaşamını daha kaliteli bir hale getirecektir (47). HT tedavisinde amaç hastaların tedaviye uyumunu arttırarak oluşacak komplikasyonları önleyebilmek ve yaşam doyumlarını arttırmaktır (47, 48).

Hastaların HT tedavisine uyumunu değerlendiren çeşitli ölçekler bulunmaktadır. Çalışmalar incelendiğinde Modifiye Morisky İlaç Uyum Ölçeği (MM), İlaç Uyum Öz-Etkililik Ölçeği (MASES), Uygun İlaç Kullanımı için Öz-yeterlik Ölçeği (SEAMS), Hill Bone ölçeği vb. gibi ölçeklerin kullanıldığı görülmektedir. Ancak bu ölçeklerde sadece medikal tedaviye uyum sorgulanmış olup Esirgen tarafından 2018 yılında yaşam tarzı değişikliği başarısını da sorgulayan ve bu başarıyı da değerlendiren sorular içeren “Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği” geliştirilmiştir. Biz çalışmamızda HT tedavisine uyumda medikal tedavi, fiziksel aktivite ve kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, tuz ve hazır gıda tüketimi, yaşam değişikliği becerileri ve tedavi sürecinde hekim ilişkisini inceleyen bu ölçeği kullandık. Çalışmamızda HT tanısı alan bireylerin tanı aldıktan sonraki süreçlerde beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı değişiklikleri ve tedaviye olan uyumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Akdağ ve Khorshid’in (49) hipertansif hastalarda tedaviye uyum ve hastalık algısını inceledikleri bir çalışmada 141 HT tanısı alan hasta dahil edilmiş olup hastaların %53,9’unun kadın, %58,2’sinin evli, %34,8’inin ilköğretim mezunu olduğu ve %39’unun çalışmadığı bildirilmiştir. Erci ve ark.’nın (47) HT hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasına 197 hasta katılmış olup hastaların %58,9’u kadın, %79,7’sinin evli, %34,5’inin üniversite mezunu olduğu, %50,8’inin çalışmadığı ve yaş ortalamasının da $52,16 \pm 14,88$ yıl olduğu saptanmıştır. Teke’nin (50) HT hastalarının ilaç tedavilerine uyum düzeylerini belirlemek için yaptığı çalışmada yaş ortalaması $63,2 \pm 9,9$ yıl olarak bulunmuştur. Kaya’nın (51) yeni tanı alan HT hastalarının tuz tüketiminin saptanmasını incelediği araştırmada yaş ortalaması $51,09 \pm 11,9$ yıl saptanmıştır. TEKHARF (2017) kohortuna bakıldığında da HT sıklığının yaş arttıkça buna paralel bir şekilde arttığı belirtilmiştir. Ayrıca kadınlarda HT’nin erkeklere göre daha çok görüldüğü ve bunun nedeninin de ev hanımlarının yaşam tarzından, genetik yatkınlıklarında ve menapozal değişikliklerden kaynaklandığı da ifade edilmiştir (52). Başka bir çalışmada ise bunun nedeninin obezitenin kadınlarda daha sık görülmesine ve postmenapozal dönemde kadınların tuza daha duyarlı olmalarından kaynaklandığı belirtilmiştir (53). Bizim çalışmamıza HT tanısı olan 182 hasta katılmış olup literatürle

benzer olarak hastaların %61,54'ü kadın, %87,91'i evli, %48,35'i ilköğretim mezunu ve %44,2'si çalışmıyordu. Ayrıca katılanların yaşları 57 ile 70 yıl arasında değişmekte olup yaş ortalaması $63,04 \pm 9$ yıl olarak bulundu. Çalışmalarda yaş ortalaması yönünden farklılıkların görülmesinin nedeni araştırmaların farklı popülasyonlarda, farklı polikliniklerde ya da servislerde yapılmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Erci ve ark.'nın (47) yapmış olduğu çalışmada hastaların %14,7'sinin yalnız yaşadığı, %62,4'ünün BKİ'sinin fazla kilolu olduğu saptanmıştır. Akdağ ve Khorshid'in (49) çalışmasında ise hastaların BKİ ortalaması $27,99 \pm 4,74$ kg/m² olarak bulunmuş olup hastaların %33,3'ünün sigara ve %10,6'sının alkol kullandığı bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %90'ının sigara, %98,2'sinin alkol kullanmadığı bulunmuştur (54). Bizim çalışmamıza katılanların %89,5'i yakınlarıyla yaşarken %81,3'ünün sigara kullanmadığı ve %91,2'sinin alkol kullanmadığı saptandı. Ayrıca katılımcıların BKİ ortalaması da $30,19 \pm 5,1$ kg/m² olarak bulundu. HT tanısı aldıktan sonra kilosunda azalma olanlar %51,1 iken, %21,1'inde artış olduğu ve %27,7'sinde değişiklik olmadığı saptandı. Ülkemizde yapılan PatenT2 çalışmasında kadınların ortalama BKİ 28,1 kg/m², erkeklerin 26,7 kg/m² olarak bildirilmiştir (40). Satman ve ark.'nın (55) yaptığı TURDEP-2 araştırmasında obezite prevalansı %31,2 olarak saptanmıştır. BKİ, HT'nin oluşmasında önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (56). Kan basıncının kontrolünü sağlayabilmek ve HT'ye sekonder oluşacak mortalitenin en az olabilmesi için BKİ'nin 20-25 kg/m² arasında olması önerilmektedir (23). Literatür incelendiğinde HT'nin aşırı kiloyla ilişki olduğu gösterilmiş olup hipertansif hastaların çoğunluğunun fazla kilolu olduğu bildirilmiştir (57-59). Ayrıca literatür incelendiğinde alkol kullanımının antihipertansif ilaçların etkilerini azalttığı, sigara kullanımının da kardiyovasküler riskleri ve tedaviye direnci arttırdığı ifade edilmektedir (7, 60).

Özdemir ve ark.'nın (61) yapmış olduğu bir araştırmada hastaların %51,4'ünün 6-15 yıldır HT tanısı olduğu, %56,1'inin üç-dört antihipertansif ilaç kullandığı bildirilmiştir. Tokem ve ark.'nın (62) çalışmasında ise hastaların %90,2'sinin bir tane ilaç kullandığı saptanmıştır. Atan ve Yılmaz'ın (54) çalışmasında hastaların %35'inin bir ilaç kullandığı, Aypak ve ark.'nın (63) araştırmasında ise %28,2'sinin bir ilaç kullandığı bildirilmiştir. Akdağ ve Khorshid'in (49) yapmış olduğu çalışmada hastaların HT tanısının ortalama 8,34±7,38 yıl olduğu bildirilmiştir. Erci ve ark.'nın (47) yapmış olduğu çalışmada ise hastaların %55,3'ünün tedavi süresinin 1-5 yıl arasında olduğu ve yarısından fazlasının bir adet tansiyon ilacı kullandığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda hastaların HT tanı süresi ortalaması 13,33±10 yıl olup kullandıkları antihipertansif ilaçların sayısının en az bir en fazla iki olduğu saptandı. Hastaların çoğunluğunun tek antihipertansif ilaç kullandıklarını bildiren çalışmalar mevcuttur (48, 58, 64). Ayrıca Avrupa Kardiyoloji Derneği 2018 Arteriyel Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu'nda da HT hastalarında tedaviye uyumsuzluğu önleyebilmek amacıyla ilaç sayısının azaltılması gerektiğini hatta mümkün olduğu kadar tek ilaç kullanılmasını önermektedir (23).

Akgöl ve ark.'nın (65) yapmış olduğu çalışmada hastaların %35,7'sine DM, %28'ne hiperlipidemi, %4,3'üne de SVH'nin eşlik ettiği bildirilmiştir. Gün'ün (66) araştırmasında hastaların %24,9'unda DM, %21,2'sinde hiperlipidemi ve %17,6'sında kronik kalp hastalığı saptanmıştır. Tokem ve ark.'nın (62) yaptığı çalışmada hastaların %28,6'sında DM, %12,5'inde de koroner kalp hastalığının eşlik ettiği tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların %72,2'sinin ek hastalığının mevcut olduğu saptanmış olup %45'inde kronik kalp hastalığı, %37,22'sinde DM, %35'inde hiperlipidemi, %22,2'sinde böbrek yetmezliği ve %5'inde de SVH eşlik etmekteydi.

Hipertansiyon sıklığını etkileyen faktörlerin incelendiği araştırmalarda ailede HT öyküsü bulunmasının HT'nin sıklığını anlamlı bir şekilde arttırdığı, ailede HT öyküsü olanların da çoğunluğunun kan basıncının yüksek olduğu bildirilmiştir (56). HT tanısı olan hastalarla yapılmış olan çalışmalarda hastaların çoğunluğunun ailesinde HT öyküsü bulunduğu saptanmıştır (58, 67, 68). Öztürk ve ark.'nın (64) çalışmasında aile öyküsünün olmasının

esansiyel HT’de etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda katılımcıların birinci derece akrabalarında HT tanısı alanların oranı %77,3 olarak saptandı.

Literatür incelendiğinde evde kan basıncının takibinin yapılması, hastanın kendi kan basıncını kendisinin ölçmesinin hastaların hastalık üzerindeki kontrolünü arttırdığı bildirilmiştir (69, 70). Yapılan çalışmalar incelendiğinde araştırma evde kan basıncını takip edenlerin oranının yüksek olduğu saptanmıştır (71, 72). Erdem ve ark.’nın (73) çalışmasında hastaların %53’ünün evinde tansiyon aleti olduğu bildirilmiştir. Erci ve ark.’nın (47) çalışmasında ise hastaların yaklaşık olarak yarısının haftada bir defa tansiyonunu ölçtüğu saptanmıştır. Aypak ve ark.’nın (63) araştırmasında hastaların %17,7’sinin her gün, %32,4’ünün de haftada birkaç defa kan basıncını ölçtüğu bildirilmiştir. Yine benzer şekilde Teke’nin (50) çalışmasında da hastaların %29,8’inin her gün ve %18,3’ünün haftada bir kez kan basıncını ölçtüğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda katılımcıların %95’inin evinde tansiyon aleti olduğu ve %87,7’sinin de tansiyonunu düzenli ölçtüğu saptandı. Yapılmış olan araştırmalarda HT hastalarına hastalıkları ile ilgili eğitim vermenin evde kan basıncının takibini kolaylaştırdığı ve kan basıncının düşürülmesinde de etkili olduğu bildirilmiştir (74, 75). Bu nedenle HT tanısı alan her hastaya gereken bilgilendirilmenin yapılmasını önermekteyiz. Literatürde kan basıncı ölçümünün çalışmalarda farklı olmasının nedeni ise çalışmaya katılan popölasyonların homojen gruplardan oluşmamasına, eğitim, yaş, yaşanan yer vb. gibi özelliklerin farklı olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Kronik hastalıkların kontrol altında tutulması için kişinin hastalığıyla ilgili bilgilendirilmesi ve farkındalığının da artırılması gerekmektedir (76). Yapılan araştırmalarda HT tanısı alanlarda hastalığa özel diyet yapmayan ya da diyetine uymayan hastaların oranının yüksek olduğu bildirilmiştir (77, 78). Mert ve ark.’nın (79) yapmış olduğu çalışmada HT hastalarının %72,5’ine diyet uygulandığı saptanmıştır. Tokem ve ark.’nın (62) araştırmasında ise hastaların %65,2’sinin fiziksel egzersiz yapmadıkları bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda hastaların HT tanısı aldıklarında %60,3’üne hekimleri

tarafından yaşam tarzı değişikliğiyle ilgili bilgilendirme yapıldığı ancak %34,6'sına diyet verilmediği saptandı. Ayrıca hastaların %30,1'i verilen diyetle kısmi uyum sağladığı, %24'ünün de tam uyum gösterdiği öğrenildi. Bununla birlikte hastaların %38,5'inin HT tanısı aldıktan sonra düzenli egzersiz yapmaya başladıkları öğrenildi. HT gelişiminde etkili olan fiziksel hareketsizlik düzeltilebilir majör risk faktörlerinden biridir (62). Bu nedenle hastaların tanı aldıktan sonra kan basıncının kontrol altında tutulabilmesi için diyet yapmaları, fiziksel aktivitelerini arttırmalarını önermekteyiz. Bunun dışında kişilerin günlük aldıkları tuz miktarına dikkat etmeleri ve yeme alışkanlıklarını sağlıklı beslenecek şekilde düzenlemeleri gerektiğini belirtmekteyiz.

Literatür incelendiğinde çalışmamızda kullandığımız “Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği”nin kullanılarak yapılan çalışmaların yetersiz olduğu görülmektedir. Esirgen'in (80) çalışmasında hipertansif bireylerin tedaviye uyumu ve yaşam tarzı değişikliği başarısı %77,4 olarak bulunmuştur. Şanlı'nın (81) araştırmasında ise %81'inin uyumlu olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda hastaların %78,48'inin uyumlu olduğu saptanmış olup ölçekten alınan toplam ortalama puan $71,93 \pm 7,6$ 'dır. Sonucumuz literatür ile uyumlu bulundu.

Esirgen'in (80) yapmış olduğu ölçek geliştirme çalışmasında tedaviye uyumu ile hastaların yaşları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ancak yaşın her bir yıllık artışının tedaviye uyumu 1,047 kat, her on yıllık artışın ise 1,587 kat arttırdığı sonucuna ulaşmıştır. Bizim çalışmamızda ise bunun aksi olarak tedaviye uyumlu olan hastaların yaş ortalaması anlamlı olarak yüksek saptandı.

Esirgen'in (80) çalışmasında tedaviye uyumu ile hastalık süreleri arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Ancak Şanlı'nın (81) çalışmasında tedaviye uyumlu hastaların hastalık süreleri uyumlu olmayanlara göre anlamlı olarak daha uzun saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da bu sonuca benzer şekilde tedaviye uyumlu olanların tanı süreleri anlamlı olarak daha uzun olduğu görüldü. Bunun nedeninin daha uzun süreli tanı ve tedavisi olan hastaların daha tecrübeli olmasından, hekimleriyle daha iyi ilişki kurabilmelerinden ve sağlık durumları hakkında daha çok bilgili olmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Framingham çalışma verilerinde hipertansif erkeklerin %70'inden ve kadınların %60'ından fazlasının obez olduğu bildirilmekte olup ideal kilonun %20 üzerine çıkıldığında HT görülme olasılığını 8 kat arttırdığı bildirilmiştir (82, 83). Esirgen'in (80) çalışmasında obez olmayanların HT tedavisine daha uyumlu oldukları bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da bu sonuca benzer şekilde tedaviye uyumlu olanların VKİ ortalamaları daha düşük saptanmış olup HT tanısından sonra vücut ağırlığında artış olanların da daha uyumsuz olduğu saptandı. HT'nin tedavisi sadece antihipertansif ilaçlardan oluşmamaktadır. Buna ek olarak yaşam tarzı değişikliklerinin de yapılması gerekmektedir. Kilo kaybı da bu değişikliklerden biri olduğu için hastaların tedaviye uyumlu olarak değerlendirilebilmesi için vücut ağırlığını istenen düzeyde olması istenmektedir. Bu nedenle sonucumuz beklediğimiz bir sonuç olup hastalarımızdan tanı aldıktan sonra yaşam tarzı değişikliği yapanların daha uyumlu olduğu da göz önünde tutulduğunda bu sonucumuzu desteklemektedir. Ayrıca çalışmamızda diyetle uymayan hastaların, sofrada yemeklere tuz atılanların tedaviye daha uyumsuz oldukları da tespit edilmiştir. Bizim sonucumuza benzer şekilde Esirgen'in (80) çalışmasında da diyetine uyanların tedaviye daha uyumlu olduğu ve kilo kontrolünün de uyumu 2,122 kat arttırdığı bildirilmiştir.

Esirgen'in (80) çalışmasında egzersiz yapmanın tedaviye uyumu ve yaşam tarzı değişikliği başarısını 12,847 kat arttırdığı bildirilmiştir. Şanlı'nın (81) çalışmasında da haftada üç ve daha fazla egzersiz yapanların tedaviye daha uyumlu oldukları saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde tedaviye uyumlu olanların olmayanlara göre daha çok egzersiz yaptıkları sonucuna ulaştık. Yaşam tarzı değişikliğini benimseyen ve bu konuda daha özen gösteren kişilerin hastalık ile ilgili daha bilinçli olduklarını düşünmekteyiz. Hastalıklar ile ilgili kişiler ne kadar bilgi sahibi ise o derece hastalıklarını kontrol altına almak, kontrol altında tutmak için de yapılması gerekenlere, önerilenlere daha uyumlu olarak hareket etmektedirler. Evde yemek pişirilirken HT tanısı alan hastanın varlığına dikkat edenlerin, birinci derece akrabalarında HT tanısı alan bireyin bulunmasının daha uyumlu olduğu sonucuna ulaştığımızı da göz önüne aldığımızda sonuçlarımız beklediğimiz şekilde ve birbirleriyle desteklenmektedir.

Kilo kontrolünün sağlanması, diyet uygulanması, egzersiz yapılması HT'nin kontrol altında tutulması için gerekmektedir. Hastaların bunları yapabilmesi ve uygulayabilmesi için hastalıkla ilgili bilgisinin yeterince iyi olması ve bildiklerini de iyi uygulaması gerekmektedir. Esirgen'in (80) çalışmasında bilgi düzeyi daha iyi olanların tedaviye daha uyumlu oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bizim çalışmamızda bilgi düzeyini yeterli görenlerin tedaviye daha uyumlu oldukları görüldü. HT'nin neden olabileceği komplikasyonlar hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olan bir kişi, bu komplikasyonların gerçekleşmemesi için tansiyonun kontrol altında tutulmasını sağlayacak şeyleri uygulaması beklediğimiz bir sonuç olup literatürle de uyumludur.

Şanlı'nın (81) çalışmasında ek hastalık varlığının tedaviye uyumu etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Esirgen'in (80) çalışmasında da benzer şekilde ek hastalığın olup olmamasının tedavi uyumu ile arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir. Çalışmamızda tedavi uyumu ile ek hastalık varlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamasına rağmen ek hastalığı olanların fiziksel aktivite ve kilo kontrolü faktörü puanları daha yüksek bulundu. Alsolami ve ark.'ı (84) HT hastalarında komorbidite varlığını tedaviye tam uyum için önemli bir belirleyici olarak bildirmişlerdir. Yapılmış olan çalışmalarda HT hastalarına DM'de eşlik ettiğinde tedaviye daha uyumlu oldukları gösterilmiş olup bunun nedeni olarak da yaşanan birden fazla semptomu giderebilmek amacıyla tedavilere daha fazla uyum sağlamalarından kaynaklandığını düşünmüşlerdir (85, 86).

Şanlı'nın (81) yapmış olduğu çalışmada cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, tansiyon aletinin olup olmaması, tansiyon ölçüm sıklığı, sigara kullanımı ile uyum düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Esirgen'in (80) çalışmasında da medeni durum, eğitim düzeyi, tansiyon aletinin olup olmaması, tansiyonunu düzenli ölçme, sigara kullanımı ile tedavi uyumu arasında anlamlı ilişki saptanamazken hipertansif erkek hastaların tedaviye uyumu daha fazla bulunmuştur. Bizim çalışmamızda tedaviye uyumlu olanlar ile uyumsuz oranlar arasında; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sigara ve alkol kullanımı, birlikte yaşama durumu, evde tansiyon aleti bulundurma,

tansiyonunu düzenli ölçme ile arasında anlamlı ilişki bulunamamış olup sonuçlarımız literatür ile uyumludur.



6. SONUÇLAR

Çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarının %78,48'inin uyumlu olduğu saptanmış olup ölçekten alınan toplam ortalama puan $71,93 \pm 7,6$ olarak bulundu. Yaş ortalaması, hastalık tanı süresi arttıkça hastaların tedaviye uyumlarının da arttığı sonucuna ulaşıldı. Hastaların tanı aldıktan sonra yaşam tarzı değiştirmesinin, egzersiz yapmasının, diyetle uymalarının, yemek pişirilirken HT tanısı alan birinin var olup olmadığını gözetmesinin, HT ile ilgili yeterli bilgisinin bulunmasının, birinci derece akrabalarında HT tanısı olan birinin olmasının tedaviye uyumu arttırdığı görüldü. Bunun aksine tanı aldıktan sonra vücut ağırlığında artış olanların, sofrada yemeklere tuz atanların, diyetle uymayanların tedaviye uyumlarının düşük olduğu saptandı. Kişilerin hastalıklarıyla ilgili bilgilerinin olmasının farkındalıklara neden olacağı düşünüldüğünde hastalığın kontrol altına alınması için gereken önlemleri, yapılacak değişiklikleri yapmaları daha kolay olacaktır. Yaşam tarzı değişikliği denildiğinde diyet ve egzersiz yapılması gerekenlerden en önde yer almaktadır. HT tedavisinin sadece bir antihipertansif ilaç olmadığı bilincine varılarak multidisipliner bir yaklaşım ile kontrol altında tutulabileceği hastalara anlatıldığında tedavi uyumuna katkı sağlanacağını düşünmekteyiz.

Ek hastalık varlığı tedavi uyumunu değiştirmezken kişilerin fiziksel aktivite ve kilo kontrolünü önemsemelerine neden olduğu görülmektedir. Ayrıca cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sigara ve alkol kullanımı, birlikte yaşama durumu, evde tansiyon aleti bulundurma, tansiyonunu düzenli ölçme ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyum ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği'nin kullanıldığı çalışma sayısı çok az olup bu çalışmaların artırılması gerekmektedir. Yapılacak çalışmaların daha fazla hastayla, daha fazla bölgede, homojen gruplarla yapılmasını önermekteyiz.

7. ÖZET

Amaç: Hipertansiyon ülkemizde ve dünyada sık görülen kronik hastalıklardan biri olup gün geçtikçe prevalansı da artmaktadır. Hipertansiyon tedavisi uygun yapıldığında kan basıncı kontrol altında tutulduğunda mortalite ve morbidite oranları da düşmektedir. Bu nedenle tanı aldıktan sonra beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişiklikleri ve tedaviye olan uyumlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: Çalışmamıza Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran HT tanılı 182 hasta katıldı. Hastalara sosyodemografik özellikler, hipertansiyon ile ilgili sorular ve Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği'ni içeren sorular uygulandı. İstatistiksel değerlendirme, IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) paket programı kullanılmıştır. Verilerin Normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi/Shapiro Wilk testi ile değerlendirildi. Gruplar arasındaki farklılık normal dağılıma sahip olan nümerik değişkenlerde normal dağılıma sahip olmayan nümerik değişkenler için Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis testi ile belirlendi. Gruplar arası farklılıkları değerlendirmek amacı ile kategorik değişkenlerde Fisher's Exact ki kare testi kullanıldı. Nümerik Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarının 112'si (%61,54) kadın, 70'i (%38,44) erkekti. Hastaların yaş ortalaması $63,04 \pm 9$ yıl, hipertansiyon tanı süresi ortalaması $13,33 \pm 10$ yıl olarak bulundu. Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeğine göre katılımcıların 34'ü (%21,52) uyumsuz, 124'ü (%78,48) uyumlu saptandı. . Yaş ortalaması, hastalık tanı süresi arttıkça hastaların tedaviye uyumlarının da arttığı sonucuna ulaşıldı. Hastaların tanı aldıktan sonra yaşam tarzı değiştirmesinin, egzersiz yapmasının, diyetle uymalarının, yemek pişirilirken HT tanısı alan birinin var olup olmadığını gözetmesinin, HT ile ilgili yeterli bilgisinin bulunmasının, birinci derece akrabalarda HT tanısı olan birinin olmasının tedaviye uyumu arttırdığı görüldü. Tanı aldıktan sonra vücut ağırlığında artış olanların, sofrada yemeklere tuz atanların, diyetle uymayanların tedaviye uyumlarının düşük olduğu saptandı. Ek hastalık varlığı, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sigara ve alkol kullanımı,

birlikte yaşama durumu, evde tansiyon aleti bulundurma, tansiyonunu düzenli ölçme ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Sonuç: Araştırmamız sonucunda tedavi uyumunu arttıran ve azaltan bazı faktörler elde edilmiştir. Kullanılan ölçek ile ilgili yeterli sayıda çalışma olmadığı için daha fazla çalışmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Yaşam Tarzı Değişikliği, Tedavi Uyumu.



8. ABSTRACT

Objective: Hypertension is one of the most common chronic diseases in our country and in the world, and its prevalence is increasing day by day. When hypertension is treated appropriately and blood pressure is kept under control, mortality and morbidity rates also decrease. Therefore, we aimed to evaluate nutritional habits and lifestyle changes and compliance with treatment after diagnosis

Materials and Methods: A total of 182 patients with HT who applied to the Cardiology Clinic of Kocaeli University Hospital participated in our study. Questions about sociodemographic characteristics, hypertension, and the Scale for Assessing the Adherence to Treatment and Life Change Success of Hypertensive Individuals were applied to the patients. Statistical evaluation was made using the IBM SPSS 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) package program. The conformity of the data to normal distribution was assessed using the Kolmogorov-Smirnov Test/Shapiro Wilk test. Differences between groups were determined using the Mann Whitney U Test for numerical variables with normal distribution and the Kruskal Wallis test for numerical variables without normal distribution. Fisher's Exact chi-square test was used for categorical variables to evaluate differences between groups. The relationship between numerical variables was assessed using Spearman Correlation Analysis.

Results: Of the hypertension patients who participated in our study, 112 (61.54%) were female and 70 (38.44%) were male. The mean age of the patients was 63.04 ± 9 years, and the mean duration of hypertension diagnosis was 13.33 ± 10 years. According to the Scale for Assessing the Compliance with Treatment and Life Change Success of Hypertensive Individuals, 34 (21.52%) of the participants were found to be non-compliant and 124 (78.48%) were found to be compliant. It was concluded that as the mean age and duration of disease diagnosis increased, patients' compliance with treatment also increased. It was observed that patients' changing their lifestyle after receiving diagnosis, doing exercise, following a diet, watching for the presence of someone diagnosed with HT while cooking, having sufficient knowledge about HT, and having someone diagnosed with HT in their first-degree relatives increased compliance with treatment. It was determined that those who gained weight after diagnosis, those who added salt to food at the table, and those who

did not follow the diet had low compliance with treatment. No significant relationship was found between the presence of additional diseases, gender, marital status, education level, occupation, smoking and alcohol use, cohabitation, having a blood pressure monitor at home, and regular blood pressure measurement and treatment compliance.

Conclusion: As a result of our research, some factors that increase and decrease treatment compliance were obtained. Since there are not enough studies on the scale used, more studies are needed.

Keywords: Hypertension, Lifestyle Change, Treatment Compliance.



9. EKLER

EK-1 Çalışmada Kullanılan Anket Formu

GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU

Değerli Katılımcı;

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürüttüğüm “Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hipertansif Bireylerin Beslenme Alışkanlığı Yaşam Tarzı Değişikliği ve Tedavi Uyumunun Değerlendirilmesi” isimli tez çalışmam; Kocaeli Üniversitesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran Hipertansiyon tanısı olan bireylerin tanı aldıktan sonra beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzı değişikliği uyumlarının saptanması ve tedaviye olan uyumlarının belirlenmesi hedeflenmiştir.

Bu çalışmaya katılmak size herhangi bir risk doğurmayacak ancak mevcut durumu aydınlatmaya katkıda bulunmuş ve öz farkındalığınızı arttırmış olacaksınız.

Bu form bir bölümü sizinle ilgili genel bilgiler olmak üzere toplamda 2 bölüm 1.bölüm 26 2.bölüm 18 sorudan oluşmakta ve tamamlanması yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Bu form aracılığıyla elde edilecek veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Araştırmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Araştırmaya katılmayı reddedebileceğiniz gibi araştırmaya katıldıktan sonra istediğiniz anda ayrılma hakkına da sahipsiniz. Bu araştırmaya katılmanızdan dolayı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek olup, katılmanızdan dolayı da size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Aşağıdaki onay kutucuğunu işaretlediğinizde, gönüllü olarak araştırmaya katıldığınızı onaylamış olacaksınız. Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınızdan dolayı şimdiden teşekkür ederiz.

Bu araştırmayla ilgili herhangi bir soru veya geri dnüş bildirmek amacıyla aşağıda yer alan e-posta adreslerinden bize ulaşabilirsiniz.

Prof. Dr. Tuncay Müge Alvur: mugealvur@gmail.com

Dr. Nejla ztrk : nejlakarahoda@hotmail.com

- ☐ Onaylıyorum

1. Yaşınız

2. Cinsiyet

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

3. Medeni durumunuz ?

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

4. Eēitim durumunuz ?

- ☐ Okur yazar deēil
- ☐ Okur yazar
- ☐ İlkokul-Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ niversite
- ☐ Yüksek lisans/Doktora

5. Mesleēiniz ?

- ☐ Memur
- ☐ zel sektör
- ☐ alışmıyor
- ☐ Emekli

6. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?

- ☐ Yalnız yaşıyorum
- ☐ Yakınlarımla yaşıyorum

7.Sigara kullanıyor musunuz ?

- ☐ Evet

- ☐ Hayır
- 8. Alkol kullanıyor musunuz ?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- 9. Kaç yıldır hipertansiyon (yüksek tansiyon) hastalığınız var?
- 10. Hipertansiyon için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz ?
- 11. Boyunuz (cm) ?.....
- 12. Kilonuz (kg) ?.....
- 13. Hipertansiyon dışında başka hastalıklarınız var mı ?
 - ☐ Hayır
 - ☐ Diyabetes melitus (şeker hastalığı)
 - ☐ Kronik kalp hastalığı (kalp yetmezliği, geçirilmiş kalp krizi vs)
 - ☐ Hiperlipidemi (kolesterol yüksekliği)
 - ☐ Serebrovasküler hastalık (felç, inme, vs)
 - ☐ Böbrek hastalığı
- 14. Birinci derece akrabalarınızda hipertansiyon hastalığı olan var mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- 15. Hipertansiyon tanısı aldığınızda doktorunuz sizi yaşam tarzı değişikliği hakkında bilgilendirdi mi ?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır
- 16. Hipertansiyon için size bir diyet verildi mi?
 - ☐ Hayır
 - ☐ Evet, diyetime tam olarak uyuyorum
 - ☐ Evet, diyetime kısmi olarak uyuyorum
 - ☐ Evet, diyetime uymuyorum /uyamıyorum
- 17. Evde tansiyon ölçüm aletiniz var mı?
 - ☐ Evet
 - ☐ Hayır

18. Tansiyonunuzu düzenli ölçer misiniz?

- ☐ Evet
- ☐ Bazen
- ☐ Hayır

19. Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra düzenli egzersiz yapmaya başladınız mı?

(haftada 5-7 gün en az 30 dk yoğunlukta)

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

20. Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra kilonuzda değişme oldu mu ?

- ☐ Artış oldu
- ☐ Azalma oldu
- ☐ Değişmedi

21. Eğer sigara kullanıyorsanız Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra sigara kullanım alışkanlığınızda nasıl bir değişiklik oldu ?

- ☐ Artış oldu
- ☐ Azalma oldu
- ☐ Değişmedi
- ☐ Kullanmıyorum

22. Evde yemekleri genelde kim pişirir?.....

23. Evde yemekler pişirilirken evde bir hipertansiyon hastası olduğu dikkate alınır mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

24. Sofrada yemeklerinize tuz atar mısınız?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

25. Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra günlük kullandığınız tuz miktarında değişiklik oldu mu?

- ☐ Artış oldu
- ☐ Azalma oldu

- Değişmedi

26.Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra yeme alışkanlığınızda değişiklik oldu mu ?

(taze sebze/meyse ,baklagiller,az yağlı gıda tüketiminde artma)

- Evet
- Hayır
- Değişmedi

Hipertansif Bireylerin Tedaviye Uyumu ve Yaşam Değişikliği Başarısını Değerlendirme Ölçeği

1	İlacımı/ ilaçlarımı düzenli kullanırım. 1.□ Hiçbir zaman 2.□Nadiren 3.□Bazen 4.□Sıklıkla 5.□Her zaman
2	Sadece kan basıncı değerim yükseldiğinde ilaç kullanmayı tercih ederim. 1.□ Hiçbir zaman 2.□Nadiren 3.□Bazen 4.□Sıklıkla 5.□Her zaman
3	Kan basıncı değerim yüksek değilse ilacımı/ilaçlarımı almam. 1.□ Hiçbir zaman 2.□Nadiren 3.□Bazen 4.□Sıklıkla 5.□Her zaman
4	İlacımı/ilaçlarımı tam saatinde alırım. 1.□ Hiçbir zaman 2.□Nadiren 3.□Bazen 4.□Sıklıkla 5.□Her zaman
5	Vücudumdaki bazı değişikliklerin kullandığım ilaca/ilaçlara bağlı olduğunu düşündüğümde ilacı almayı keserim. 1.□ Hiçbir zaman 2.□Nadiren 3.□Bazen 4.□Sıklıkla 5.□Her zaman
6	İlacımı/ilaçlarımı almayı unuturum. 1.□ Hiçbir zaman 2.□Nadiren 3.□Bazen 4.□Sıklıkla 5.□Her zaman
7	Beslenmemde günde 1 kez lifli gıdalara (Yulaf, mısır, mercimek, fasulye, nohut, armut, elma, kepekli ekmek...) yer veririm. 1.□ Hiçbir zaman 2.□Nadiren 3.□Bazen 4.□Sıklıkla 5.□Her zaman

8	Günde en az 2 porsiyon meyve tüketirim. (1 porsiyon= 3 adet kayısı= 1 orta boy şeftali/ armut= 12 adet kiraz/ yeşil erik= 5 adet kırmızı erik= ince bir dilim karpuz/ kavun= 15 iri tane üzüm= 23 tane çekirdeksiz üzüm) 1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman
9	Günde en az 2 porsiyon sebze tüketirim.(1 porsiyon= 8 yemek kaşığı lahana/ karnıbahar/ kabak/ ıspanak/ taze fasulye/ patlıcan/ türlü= 4 yemek kaşığı bezelye/ bakla/ kereviz/ pırasa= 1 küçük havuç) 1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman
10	Haftada en az 3-4 kez, 30-45 dakikalık hızlı yürüyüşler yaparım. 1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman
11	Yüksek tansiyonum dilediğim kadar seyahat etmemi önüyor. 1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman
12	Doktorumun uygun bulduğu sağlıklı kilodayım. 1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman
13	Doktorum benim de görüşlerimi değerlendirerek bana en uygun tedaviyi önerir. 1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman
14	Doktorumun uygun gördüğü aralıklarda kontrolümü aksatmam. 1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman
15	Hastalığımla ilgili her türlü soruyu doktoruma rahatça sorarım. 1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman
16	Yemeklerime fazladan tuz eklerim.

	1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman
17	Günlük tükettiğim tuz miktarı 2 çay kaşığından fazladır. 1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman
18	Fast food (Burger, pizza, lahmacun, tost, döner) tarzı yemekleri öğünlerimde tercih ederim. 1. ☐ Hiçbir zaman 2. ☐ Nadiren 3. ☐ Bazen 4. ☐ Sıklıkla 5. ☐ Her zaman

10. KAYNAKÇA

1. Slama, M., Susic, D., & Frohlich, E. D. (2002). Prevention of hypertension. Current opinion in cardiology, 17(5), 531-536.
2. Tekin, G. (2016). Current Diagnosis and Treatment of Systemic Hypertension. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 25(2), 163-180.
3. Sengul, S., Akpolat, T., Erdem, Y., Derici, U., Arici, M., Sindel, S., ... & Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. (2016). Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. Journal of hypertension, 34(6), 1208-1217. .
4. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2022. [Available from: <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>.
5. McEvoy, J. W., McCarthy, C. P., Bruno, R. M., Brouwers, S., Canavan, M. D., Ceconi, C., ... & ESC Scientific Document Group. (2024). 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J, 1.
6. ARICI, M., ALTUN, B., ERDEM, Y., DERİCİ, Ü., NERGİZOĞLU, G., TURGAN, Ç., ... & HASANOĞLU, E. (2005). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Journal Of Hypertension, 23(10), 1817-1823
7. Aydogdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abaci, A., ... & Tokgözoğlu, L. (2019). Türk hipertansiyon uzlası raporu 2019. Turk Kardiyol Dern Ars, 47(6), 535-546. .
8. 2024 ESC Yükselmiş Kan Basıncının ve Hipertansiyonun Yönetimi Kılavuzunda Tanım ve Sınıflamadaki Yenilikler [Available from: <https://tkd.org.tr/HTBulteni/?makale=49>.
9. Doğaner, Y. Ç., & Aydoğan, Ü. (2019). Hangi hipertansiyon kılavuzu, hangi eşik değerler? Hipertansiyonda yeni eşik değerler. Türk Aile HekDerg, 23(2), 78-84.
10. Öksüz, E. (2004). Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. Sted, 13(3), 99-104.

11. Özkan B. Hipertansiyon prevalansı, tanısı, tipleri. Akkuş MN, Çelik A, editörler. Hipertansiyon. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.1-5. .
12. Kalkan AK, Tekin M. Esansiyel hipertansiyon etiyopatogenezi ve yeni terapötik hedefler. Akkuş MN, Çelik A, editörler. Hipertansiyon. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.6-12. .
13. Wexler, R., & Aukerman, G. (2006). Nonpharmacologic strategies for managing hypertension. American family physician, 73(11), 1953-195.
14. Geleijnse, J. M., & Grobbee, D. E. (2003). Nutrition and health--hypertension. Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde, 147(21), 996-1000.
15. Çekirdekçi Eİ. Hipertansiyon tedavisinde farmakolojik olmayan yaklaşım. Akkuş MN, Çelik A, editörler. Hipertansiyon. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.43-7. .
16. Hagberg, J. M., Park, J. J., & Brown, M. D. (2000). The role of exercise training in the treatment of hypertension: an update. Sports medicine, 30, 193-206.
17. Beilin, L. J., Puddey, I. B., & Burke, V. (1999). Lifestyle and hypertension. American journal of hypertension, 12(9), 934-945.
18. Colditz, G. A. Patient education: Diet and health (Beyond the Basics).
19. Hermansen, K. (2000). Diet, blood pressure and hypertension. British Journal of Nutrition, 83(S1), S113-S119.
20. KORKMAZ, A., & ÖTER, Ş. (1998). Hipertansiyon Tedavisinde Egzersiz ve Diyetin Rolü. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 18(4), 213-219.
21. Kaya, A. (2003). Obezite ve hipertansiyon. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, 2, 13-21.
22. . Erdem, Y., Arici, M., Altun, B., Turgan, C., Sindel, S., Erbay, B., ... & Caglar, S. (2010). The Relationship Between Hypertension and Salt Intake in Turkish Population: Salturk Study: Pp. 23.418. Journal of Hypertension, 28, e371.
23. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... & Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European

Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). European heart journal, 39(33), 3021-3104.

24. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu” 2010 ISBN : 978-975-590-332-3 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 803

25. Arıcı, M., Birdane, A., Güler, K., Yıldız, B. O., Altun, B., Ertürk, Ş., ... & Erdem, Y. (2015). Turkish hypertension consensus report. Turk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin yayin organidir, 43(4), 402-409.

26. Ekim, M. (2018). HİPERTANSİYON TEDAVİSİNDE BESLENMENİN VE YAŞAM TARZİ DEĞİŞİKLİKLERİNİN ÖNEMİ The Importance of Nutrition and Lifestyle Changes in the Treatment of Hypertension. Bozok Tıp Dergisi, 8(2), 80-85.

27. Appel, L., Bakris, G., Pi-Sunyer, F., Kunins, L., & Forman, J. (2018). Overweight, obesity, and weight reduction in hypertension.

28. Samur, G., & Yıldız, E. (2008). Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar/hipertansiyon. Sağlık Bakanlığı Yayın.

29. Virdis, A., Giannarelli, C., Fritsch Neves, M., Taddei, S., & Ghiadoni, L. (2010). Cigarette smoking and hypertension. Current pharmaceutical design, 16(23), 2518-2525.

30. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Bohm, M., ... & Zannad, F. (2013). ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. Türk Kardiyol Dern Arş, 2014(Suppl 4), 1-7.

31. Kulkarni, S., O'Farrell, I., Erasi, M., & Kochar, M. S. (1998). Stress and hypertension. WMJ: official publication of the State Medical Society of Wisconsin, 97(11), 34-3.

32. Oparil, S., & Schmieder, R. E. (2015). New approaches in the treatment of hypertension. Circulation research, 116(6), 1074-1095.

33. Örsçelik Ö. Hipertansiyon tedavisinde farmakolojik yaklaşım. Akkuş MN, Çelik A, editörler. Hipertansiyon. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021. p.48-53. .

34. Wyss, F., Coca, A., Lopez-Jaramillo, P., Ponte-Negretti, C., Wyss, F. S., Restrepo, G., ... & Iñiguez, A. (2020). Position statement of the Interamerican Society of Cardiology (IASC) on the current guidelines for the prevention, diagnosis and treatment of arterial hypertension 2017–2020. International Journal of Cardiology Hypertension, 6, 100041.

35. GÜREL, A., ÇELİKER, H., AYGEN, B., & DOĞUKAN, A. 2013 ESH/ESC Tedavi Kılavuzları Işığında Arteriyel Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavi Stratejileri.
36. KARABAĞ, T., DEMİRCİ, D., DEMİRCİ, D. E., KAYHAN, Ö., KÖKLER, G., & KÖKER, G. Ö. (Eds.). (2023). Kardiyovasküler Hastalıklarda Güncel Tıbbi Tedavi Yaklaşımları. Akademisyen Kitabevi.
37. Goldman, L., & Schafer, A. I. (2016). Goldman's Cecil Medicine 25th Edition. ISBN: 978-1-4557-5017-7. E-Book (Kindle Book). Elsevier Health Sciences.
38. Ayyıldız N.İ, Ergüney S. Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 33(3), 21-31.
39. Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., et al. (2013). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet, 380(9859), 2224-2260.
40. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. 2012. Patent 2 Çalışması. [Available from: <https://turkhipertansiyon.org/tr/icerik/turk-hipertansiyon-calismalari-10/turk-hipertansiyon-prevalans-calismasi-patent2-75>.
41. Shao, P., Sawe, H., Murray, B., Mfinanga, J., Mwafongo, V., Runyon, M. (2018). Profile of patients with hypertensive urgency and emergency presenting to an urban emergency department of a tertiary referral hospital in Tanzania, BMC Cardiovasc Disorders, 18(158), s.7.
42. Lo, S., Chau, J., Woo, J., Thompson, D., Choi, K. (2016). Adherence to antihypertensive medication in older adults with hypertension, Journal of Cardiovascular Nursing, 31(4), 296-303.
43. World Health Organization. [Available from: https://www.who.int/health-topics/hypertension#tab=tab_1.
44. Morrissey, E., Casey, M., Glynn, L., Walsh, J., Molloy, G. (2018). Smartphone apps for improving medication adherence in hypertension: patients' perspectives, Patient Preference and Adherence, 12, 813–822.
45. Pan, J., Hu, B., Wu, L., Li, Y. (2021). The effect of social support on treatment adherence in hypertension in China. Patient Prefer Adherence, 15, 1953-1961.

46. Chia, Y., Devaraj, N., Ching, S., Hassan, H. (2021). Relationship of an adherence score with blood pressure control status among patients with hypertension and their determinants: Findings from a nationwide blood pressure screening program, *J Clin Hypertens*, 23, 638–645.
47. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2018, 26(2), 79-92.
48. Kara B, Uzun Ş, Yokuşoğlu M, Uzun M. Hipertansiyon Hastalarında İlaç Bilgisinin Kan Basıncını Düşürmek İçin Uygulanan Yöntemlere Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009, 8(3), 231-238.
49. Akdağ, Y., & Khorshid, L. (2023). Acil Servise Başvuran Hipertansif Hastalarda Tedaviye Uyum ve Hastalık Algısının İncelenmesi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 6(3), 130-141.
50. Teke N. Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya 2016.
51. KAYA, G.E. 2016. Yeni tanı almış hipertansiyon hastalarının tuz tüketiminin saptanması. T.C. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı. İstanbul.
52. ONAT, A., CAN, G., YÜKSEL, H., ADEMOĞLU, E., ÜNALTUNA, N.E., KAYA, A., ALTAY, S. 2017. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük. ONAT A, Editör. Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon. İstanbul. Logos Yayıncılık .s: 104-119.
53. Toprakçı Şahin G, Salman S, Ayanoğlu Y, Sarıtaş D, Tuna G. Postmenopozal Hastalarda Metabolik Sendrom Prevalansı ve Hormon Profili Üzerine Etkisi. *Journal of Academic Research Medicine* 2016, 6, 35-9.
54. Atan G, Karabulutlu Yılmaz E. Esansiyel Hipertansiyonu Olan Hastaların Yaşam Biçimi, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumunun İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2016, 8(1), 17-25.
55. Satman I, Alagöl F, Ömer B, Kalaca S et al., 2010 TURDEP 2. Çalışma Grubu 32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi 13-17 Ekim 2010.

56. Doğan N, Toprak D, Demir S. Hypertension prevalence and risk factors among adult population in Afyonkarahisar region: a cross sectional research. *Anadolu Kardiyol Derg* 2012;12: 47-52.
57. Yatim HM, Wong YY, Lim SH, Hassali MA, Hong YH, Dali AF, Neoh CF. Evaluation of a group-based hypertension self-management education programme among hypertensive community dwellers. *EuJIM* 2018;24:79-84.
58. Al-daken LI, Eshah NF. Self-reported adherence to therapeutic regimens among patients with hypertension. *Clin Exp Hypertens* 2017;39(3):264-70.
59. Darrat M, Houlihan A, Gibson I, Rabbitt M, Flaherty G, Sharif F. Outcomes from a community-based hypertension educational programme: the West of Ireland Hypertension study. *Ir J Med Sci* 2018;187(3):675-82.
60. Özpancar N. Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları. *Türk J Cardiovasc Nurs* 2016;7(1):2-11.
61. Özdemir, Ö., Akyüz, A. ve Doruk, H. (2016). Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Medical Journal of Bakırköy*, 12(4), 195–201.
62. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2013, 4(5), 30-40.
63. Aypak C, Önder Ö, Dicle M, Yıkılkan H, Tekin H, Görpelioglu S. Hipertansif Hastaların Kan Basıncı Kontrol Düzeylerinin ve Tedavi Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2013, 38(2), 224-232.
64. Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R, Öztürk Y. Kayseri İlinde 30 ve Üzeri Yaş Grubunda Hipertansiyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi* 2011, 33(3), 219-228.
65. Akgöl J, Eser E, Ölmez E. Factors Predicting Treatment Compliance Among Hypertensive Patients in an Urban Area. *Medicine Science* 2017, 6(3), 447-56.
66. Gün Y. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Isparta 2012.
67. Gürdoğan M, Gürdoğan EP. Hipertansiyon Hastalarında Tedaviye Uyum ve İlişkili Faktörler. *MN Kardiyoloji* 2019;26(3):147-153.

68. Ding W, Li, T, Su, Q, Yuan M, Lin A. Integrating factors associated with hypertensive patients' self-management using structural equation modeling: a cross-sectional study in Guangdong, China. *Patient Prefer Adherence* 2018;12:2169-78.
69. Melnikov S. Differences in knowledge of hypertension by age, gender, and blood pressure self-measurement among the Israeli adult population. *Heart Lung* 2019;48(4):339-46.
70. Fava SMCL, Rodrigues PA, Castro O, Lima RS, Dázio EMR. The influence of selfmeasured pressure on the adherence to systemic blood hypertension treatment. *J Nurs UFPE online* 2015;9(12):1230-37.
71. Bancej CM, Campbell N, McKay DW, Nichol M, Walker RL, Kaczorowski J. Home blood pressure monitoring among Canadian adults with hypertension: results from the 2009 survey on living with chronic diseases in Canada. *Can J Cardiol.* 2010;26(5):152-7.
72. Cai L, Dong J, Cui WL, You DY, Golden AR. Socioeconomic differences in prevalence, awareness, control and self-management of hypertension among four minority ethnic groups, Na Xi, Li Shu, Dai and Jing Po, in rural southwest China. *J Hum Hypertens* 2017;31(6):388-94.
73. Erdem, E., Kaya, C., Sarı A., Özen, F., Aslan, M. S., Dilek, M, Akpolat, T. (2012). Hipertansiyon hastalarına ait kan basıncı takiplerinin ve tansiyon aletlerinin değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 6(2), 81–85.
74. Kılıç M, Uzunçakmak T. Hipertansiyon hakkında eğitimin hipertansiyon kontrolüne etkisi. *Bozok Tıp Derg* 2016;1(1):13-9.
75. Calano BJD, Cacal MJB, Cal CB, Calletor KP, Guce FICC, Bongar MVV, Macindo JRB. Effectiveness of a community- based health programme on the blood pressure control, adherence and knowledge of adults with hypertension: A PRECEDE- PROCEED model approach. *J Clin Nurs* 2019;28(9-10):1-10.
76. Zhang W, Meng H, Yang S, Luo H, Liu D. Changes in Hypertension-related knowledge and behavior and their associations with socioeconomic status among recently urbanized residents in China: 2013–2016. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(8):1701-14.

77. Labata BG, Ahmed MB, Mekonen GF, Daba FB. Prevalence and predictors of self care practices among hypertensive patients at Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia: cross-sectional study. BMC Res Notes 2019;12(1):1-8.
78. Warren-Findlow J, Seymour RB. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. J Natl Med Assoc 2011;103(6):503-12.
79. MERT, H., ÖZÇAKAR, N., KURUOĞLU, E. 2011. Multidisipliner bir özel çalışma araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. Türk Hekim Dergisi. 15(1):7-12.
80. Esirgen L. Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. Uzmanlık tezi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı. İstanbul 2018.
81. Şanlı T. Birinci Basamakta Takip Edilen Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu Ve Yaşam Değişikliği Başarısının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Kliniği. Kocaeli. 2020.
82. Sharma AM, Engeli S. Managing big issues on lean evidence: treating obesity hypertension. Nephrol Dial Transplant 17: 353-355, 2002.
83. Hall JE, Hildebrandt DA, Kuo J. Obesity Hypertension: Role of leptin and sympathetic nervous system. Am J Hypertens 14: 103S - 115S, 2001.
84. Alsolami, F., Xiang-Yu, H., & Correa-Velez, I. (2015). Factors Affecting Antihypertensive Medications Adherence among Hypertensive Patients in Saudi Arabia. American Journal of Medicine and Medical Sciences, 5(4), 181-189.
- .
85. An, J., & Nichol, M. B. (2013). Multiple Medication Adherence and its Effect on Clinical Outcomes Among Patients With Comorbid Type 2 Diabetes and Hypertension. Medical Care, 51(10), 879-887.
86. Loeppke, R., Haufle, V., Jinnett, K., Parry, T., Zhu, J., Hymel, P., & Konicki, D. (2011). Medication Adherence, Comorbidities, and Health Risk Impacts on Workforce Absence and Job Performance. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 53(6), 595-604.

