



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YETİŞKİN BİREYLERDE HİPERTANSİYON VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Ebru CAN ARICI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Gülendām KARADAĞ

GAZİANTEP
2017



T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YETİŞKİN BİREYLERDE HİPERTANSİYON VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Ebru CAN ARICI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Gülendamar KARADAĞ

GAZİANTEP
2017

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

13/01/2017

Ebru CAN ARICI

TEŞEKKÜR

Çalışmam süresince tez danışmanlığımı üstlenerek çalışmamın planlanmasında, yürütülmesinde ve sonuçlandırılmasında bana yol gösteren, her türlü bilimsel, manevi desteğini ve sonsuz anlayışını benden esirgemeyen, değerli tez danışmanım Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi Doç. Dr. Gülenday Karadağ'a,

Bu okula kabulümde ve çalışmamın başlangıcında tez konumun belirlenmesinde bana yardımcı olan Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Rabia Sohbet'e,

Yüksek lisans eğitimime başlangıç yaptığım Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundaki değerli hocalarıma,

Hayatımın her döneminde hep yanımda olan, maddi ve manevi her türlü desteği sonsuz sevgileri ile veren canım aileme,

Bu süreçte bana hep yanımda olduğunu hissettiren, çalışmalarımı sürdürebilmem için hayatımı kolaylaştırmaya uğraş veren ve bana kendimi her zaman şanslı hissettiren değerli eşime,

Bu çalışmamın yapılmasında bana yardımcı olan tüm arkadaşlarıma,

Son olarak çalışmaya katılmayı kabul eden ve anketleri dolduran tüm katılımcılara teşekkür ediyorum.

Bu çalışmayı tüm aileme ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1.GİRİŞ	5
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2.Araştırmanın Amacı.....	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Hipertansiyon Tanımı	7
2.2. Hipertansiyon Sınıflandırılması.....	8
2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	9
2.4. Hipertansiyonun Etyolojisi	13
2.5.Hipertansiyonun Komplikasyonları.....	14
2.6. Hipertansiyonun Belirtileri ve Değerlendirilmesi.....	15
2.7. Kan Basıncı Ölçümü.....	17
2.8. Hipertansiyonda Tedavi	19
2.8.1. Non-Farmakolojik Tedavi	19
2.8.1.1. Yaşam Tarzının Düzenlenmesi	20
2.8.1.2. Kilo Verilmesi.....	20
2.8.1.3. Tuz Miktarının Azaltılması	21
2.8.1.4. Potasyum Alımının Düzenlenmesi	22
2.8.1.5. Alkol Tüketiminin Azaltılması.....	22
2.8.1.6. Sigara Tüketiminin Azaltılması.....	23
2.8.1.7. Düzenli Fiziksel Aktivite	24
2.8.2. Farmakolojik Tedavi	24
2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirelik.....	25

3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Evren ve Örneklem	29
3.4. Verilerin Toplanması.....	30
3.4.1. Veri Toplama Araçları	30
3.4.1.1. Anket Formu	30
3.4.1.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	30
3.4.1.3. Kan Basıncı, Boy ve Kilo Ölçümü İle Beden Kütle İndekslerinin Hesaplanması	32
3.5. Araştırmanın Etik İlkeleri	32
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	32
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	74
7. KAYNAKLAR	77
8. EKLER.....	87
EK 1. Birey Tanıtım Formu.....	87
EK 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği.....	90
EK 3. Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı.....	91
EK 4. Etik Kurul Onay Formu.....	92
ÖZGEÇMİŞ	94

KISALTMALAR

ACE	: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
AHA	:Amerikan Kalp Birliği
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
BKİ	: Beden Kütle İndeksi
DASH	:Dietary Approaches to Stop Hypertension
DKB	:Diyastolik Kan Basıncı
HT	:Hipertansiyon
JNC	:Amerikan Ulusal Komitesi
KB	:Kan Basıncı
KKY	: Konjestif Kalp Yetersizliği
NHANES IV	: Dördüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi
Paten-T	: Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 2.1. Erişkinlerde Kan Basıncı Sınıflandırılması-I.....	8
Tablo 2.2. Erişkinlerde Kan Basıncı Sınıflandırılması- II	9
Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Madde Sayısı ve Puan Aralıkları	31
Tablo 3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Analizi.....	33
Tablo 3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Normallik Testi	34
Tablo 4.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri	35
Tablo 4.2. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri.....	36
Tablo 4.3. Araştırmaya Katılanların Çocuk ve Ailelerin Hipertansiyon Olma Durumu..	36
Tablo 4.4. Araştırmaya Katılanların Yemek Yeme Sıklığı ve Tüketimine Göre Dağılımı	37
Tablo 4.5. Araştırmaya Katılanların Madde Tüketimine Göre Dağılımı.....	38
Tablo 4.6. Araştırmaya Katılanların Alışkanlıklarına ve Kronik Hastalık Olma Duruma Göre Dağılımı.....	39
Tablo 4.7. Araştırmaya Katılanların Hipertansiyon Nedeniyle Doktora Gitme ve Tansiyon Yükselten Sebeplere Göre Dağılımı	40
Tablo 4.8. Araştırmaya Katılanların Tansiyonla İlgili Sorulara Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4.9. Araştırmaya Katılanların Hipertansiyon Geliştiğinde Kendileri ve Ailelerinde Gözlemlediği Şikâyetlere Göre Dağılımı.....	41
Tablo 4.10. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlere Göre Kan Basıncı Ölçümlerinde 140 ve/veya ,90 ve/veya Görülme Durumu	42
Tablo 4.11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Betimleyici Bulguları	43
Tablo 4.12. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanlar	43
Tablo 4.13. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlere Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.14. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.15. Araştırmaya Katılanların Meslek Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	46

Tablo 4.16. Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	47
Tablo 4.17. Araştırmaya Katılanların Çocuğu Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	48
Tablo 4.18. Araştırmaya Katılanların Ekonomik Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	49
Tablo 4.19. Araştırmaya Katılanların Ailede Hipertansiyon Olma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	50
Tablo 4.20. Araştırmaya Katılanların Yemek Yeme Alışkanlıklarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	51
Tablo 4.21. Araştırmaya Katılanların Tuz Kullanma Alışkanlıklarına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	52
Tablo 4.22. Araştırmaya Katılanların Sigara İçme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	53
Tablo 4.23. Araştırmaya Katılanların Kahve İçme Alışkanlığına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	54
Tablo 4.24. Araştırmaya Katılanların Fiziksel Aktivite Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	55
Tablo 4.25. Araştırmaya Katılanların Kendilerini Stresli Hissetmelerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	56
Tablo 4.26. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık Olma ve Son 1 Yılda Hipertansiyon Nedeniyle Doktora Gitme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	57
Tablo 4.27. Araştırmaya Katılanların Tansiyon Düşürücü İlaç Kullanma ve Evinde Tansiyon Aleti Bulundurma Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	58
Tablo 4.28. Araştırmaya Katılanların Kendisinde ve Ailesinde Hipertansiyona Bağlı Sağlık Sorunu Gelişme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	60
Tablo 4.29. Araştırmaya Katılanların Kan Basıncı Değerlerinin Hipertansiyon Olduğunu Bilme Durumuna Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	61
Tablo 4.30. Araştırmaya Katılanların Kan Basıncına Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması	62

Tablo 4.31. Araştırmaya Katılanların Beden Kütle İndeksine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılma.....	63
Tablo 4.32. Araştırmaya Katılanların Yaş ve Kan Basıncı Değişkenine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutları İlişkisi	64



ÖZET

YETİŞKİN BİREYLERDE HİPERTANSİYON VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Ebru CAN ARICI

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı,
Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Tez Danışmanı: Doç Dr. Güldam KARADAĞ
Ocak 2017, 94 Sayfa

Bu araştırma yetişkin bireylerde hipertansiyon ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacı ile kesitsel- analitik tipte yapılan bir çalışmadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin; demografik özellikler ve tanımlayıcı değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermedikleri araştırılmıştır. Araştırma 01 Eylül 2013 – 01 Şubat 2014 tarihleri arasında Kahramanmaraş ilinde merkez TSM'ye bağlı Mado Aile Sağlığı Merkezine bağlı bölgede yapılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak “Anket Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” kullanılmıştır. Analizlerin yapılmasında SPSS 23,0 paket programından yararlanılmıştır. Ölçeğin güvenirlik analizlerine bakılmıştır. Çalışmada, elde edilen veriler; aritmetik ortalama, frekans dağılımı ve yüzdeleri, kruskal wallis h testi, mann whitney U testi ve korelasyon analizi yardımıyla analiz edilip yorumlanmıştır. Araştırmaya katılanların kan basıncı ölçümleri sonucunda 140 ve/veya 90 ve/veya görülme durumu kadınlarda %32.4 erkeklerde ise %31.0 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların boy değişkenleri incelendiğinde; katılımcıların boy ortalamasının 169.44 ± 9.58 , kilo ortalamasının 76.50 ± 12.64 , BKİ 26.69 ± 4.39 olduğu tespit edilmiştir. Ankete cevap veren katılımcıların egzersiz puanı ortalaması 10.78 ± 3.58 ; beslenme puanı ortalaması 16.38 ± 3.34 ; sağlık sorumluluğu puanı ortalaması 23.68 ± 6.42 ; kişilerarası destek puanı ortalaması 19.08 ± 4.09 ; kendini gerçekleştirme puanı ortalaması 34.76 ± 7.14 ; stres yönetimi puanı ortalaması ise 17.20 ± 4.18 , sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalaması 121.86 ± 24.35 'dir. Araştırmaya katılanların kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişilerarası destek alt boyutlarının yüksek olduğu tespit edilmiş olup, en düşük egzersiz yapma alt boyutu olduğu saptanmıştır. Ayrıca tansiyon düşürücü ilaç kullanma durumuna, hipertansiyona bağlı sağlık sorunu gelişme durumuna göre tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Kan basıncı ölçümlerinde sonuçları düşük çıkanların yüksek çıkanlara göre kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları

düzeyinin daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kan basıncı değişkeni ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutları arasında anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yaş değişkeni ile beslenme alt boyutu hariç tüm alt boyutlar arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. ($p<0.05$). Hipertansiyon tedavisinde ilacın yanı sıra yaşam biçimi şeklide önemlidir. Toplumun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanmasında, geliştirilmesinde ve uygulanmasında hemşirelere önemli roller düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hemşire



ABSTRACT

EXAMINATION OF HYPERTENSION AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS IN ADULTS

Ebru CAN ARICI

Post Graduate Thesis Department of Nursing,
Public Health Nursing, Master's Program

Thesis Advisor: Assoc. Prof. Gülelendam KARADAG

January 2017, 94 Pages

This research is a cross-sectional- analytical study that was made to examine the hypertension and healthy lifestyle behaviors in grown-ups. Whether the healthy lifestyle behaviors scale showed a statistically meaningful variation in terms of demographic features and descriptive variables were examined. The research was made in the region of Mado Family Health Center affiliated with TSM in Kahramanmaraş, between the dates of September 1, 2013 and February 1, 2014. "Survey Form" and "Healthy Lifestyle Behaviors Scale" are used in the study as a tool to gather data. The SPSS 23,0 program was used in making the analysis. Reliability analysis of the scale was checked. The gathered data is analyzed by means of arithmetic average, frequency distribution and percentages, Kruskal-Wallis h test, Mann-Whitney U test and correlation analysis in this study. As a result of the blood pressure measurements of the research participants, having 140 and/or 90 blood pressures is found in 32.4% of women and in 31.0% of men. When the height variables of the research participants are examined, it was determined that the average height of the participants is 169.44 ± 9.58 ; the weight average of the participants is 76.50 ± 12.64 ; and the BMI is 26.69 ± 4.39 . The exercise point average of the participants responding to the survey is 10.78 ± 3.58 ; nutrition point average is 16.38 ± 3.34 ; health responsibility point average is 23.68 ± 6.42 ; interpersonal support point average 19.08 ± 4.09 ; self-realization point average is 34.76 ± 7.14 ; stress management point average is 17.20 ± 4.18 ; total point average for healthy lifestyle behaviors scale is 121.86 ± 24.35 . It was determined that while the sub-dimensions of self-realization, nutrition and interpersonal support of research participants are high; the sub-dimension of making exercise was determined to be the lowest. Moreover, there is a meaningful difference between all sub-dimensions in terms of situation to use anti-hypertensive medicine, and situation to develop health

problems based on hypertension ($p<0.05$). It was determined that those having lower results from blood pressure measurements have higher levels of self-realization, exercise, interpersonal support, stress management and healthy lifestyle behaviors comparing to those having high blood pressure ($p<0.05$). It was determined that there is a meaningful and avoidant relation between the blood pressure variable and sub-dimensions of healthy lifestyle behavior scale ($p<0.05$). It was determined that there is an avoidant relation between all sub-dimensions except age variable and nutrition dimension ($p<0.05$). Lifestyle is important in the treatment of hypertension along with medicine. Nurses have important roles for the society to gain, improve and apply healthy lifestyle behaviors.

Key Words: Hypertension, healthy lifestyle behaviors, nurse

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Hipertansiyon (HT) yüksek prevalansı ve komplikasyon oluşturmaları nedeniyle bireysel ve halk sağlığı açısından önemli bir sorundur. Dünyanın her yerinde önemli bir sağlık sorunu olarak görülmekte, her dört erişkinden birisinin bu hastalıktan etkilendiği ve bunların bir kısmının hastalıklarından haberdar olmadığı kabul edilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmaların HT'nin önlenabilir veya seyri değiştirilebilir bir hastalık olduğunu göstermesi ve tüm bunların erken tanı ve yaşam tarzındaki bazı değişikliklerle önlenmesi veya azaltılabilmesinin bilinmesi, bu hastalık konusunda sağlık eğitiminin önemini gündeme getirmiştir (1, 2, 3).

Günümüzde kronik hastalıklar arasında HT önemli bir yer tutmaktadır. Dünya nüfusunun 3.5 milyarının erişkin nüfusu (20 yaş üstü) temsil ettiği ve ortalama HT prevalansının %20 olduğu kabul edilirse, tüm dünyada yaklaşık 700 milyon insanın hipertansif olduğu söylenebilir (4). PatenT (Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey) çalışması (2003) ile yüzde 31.8 olarak tespit edilmiştir. Bu oran kadınlarda yüzde 36.1, erkeklerde ise yüzde 27.5'tir (5). Ülkemizde, erişkin nüfusta yaklaşık 15 milyon hipertansif birey olduğu (prevalans %31.8), bunların %40'ın kan basıncı yüksekliğinin farkında olduğu, %31'inin antihipertansif tedavi aldığı belirtilmektedir (4, 6).

Kan basıncı yüksekliği yani HT kardiyovasküler hastalıklar için risk faktörüdür ve kan basıncı yükseldiği zaman miyokart infarktüsü, inme, kalp ve böbrek yetmezliğine sebep olabilir. Tüm bu etkilerine rağmen HT yaşam tarzında yapılabilecek değişikliklerle önlenabilir bir hastalıktır (5).

Hipertansiyonda, hastalığın nonfarmakolojik ve farmakolojik yaklaşımlarla kontrol altına alınabilmesi, bireyin tedaviye ve yaşam biçimindeki değişikliklere uyum sağlamayı, kronik durumla yaşamayı, semptomları kontrol altına almayı, semptomlarla ve yetersizliklerle yaşamayı öğrenmesini gerektirir. Tüm dünyada ve ülkemizde kan basıncı kontrolünün %25'in üzerine çıkarılamamasında rol oynayan en önemli faktörlerden birisi hastanın tedaviye uyumsuzluğudur (7). Bu konuda hem hasta hem de sağlık ekibi sorumlu olabilir. Uyumsuzluk, hastanın ilaç tedavisine bağlı kalmaması ve

reçetesini yazdırmaması ile başlayabilir (8). Uyumsuzlukla ilgili olarak hastalar ya iyi takip edilmediklerinden ya da iyi anlatılıp öğretilmediğinden tedaviyi doğru alamazlar, kendilerini iyi veya aksine kötü hissettiklerinden ilaç almanın yararına inanmazlar, yeterli dozda almayı unuturlar ya da yan etkileri nedeniyle bilinçli olarak ilaçlarını almazlar. Ayrıca, kontrollere düzenli gitmemek, sigara içmek, fiziksel aktivite yetersizliği, fazla kalori alımı, yağ ve sodyumdan zengin diyet gibi sağlıksız alışkanlıkları sürdürmek uyumsuzluğun yaygın ve önemli şekilleridir (4). Tedavinin uzun süreli olması, birden fazla ilaç kullanımındaki zorluk, ilaçların yan etkileri, ilaçların pahalı olması çok sayıda davranışı değiştirmede ve doktor kontrollerine gelmedeki zorluklar hastanın tedaviye uyumunu azaltan faktörler olarak belirtilmektedir (4).

Hipertansiyon, dünyada önlenabilir ölüm nedenleri içerisinde bir numaralı risk faktörüdür. 2000 yılı itibariyle dünyada erişkin nüfusun % 26.4'nün HT olduğu ve bu oranın 2025 yılında % 29.2'ye çıkacağı öngörülmektedir. Bir diğer deyişle, halen 972 milyon insanın hipertansif olduğu ve 25 yıl sonra bu rakamın 1.5 milyarı aşacağı tahmin edilmektedir. HT'si olan bireylerin çoğu, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Bu ülkelerde HT'nin bu denli sık olması ve giderek artması, “epidemiyolojik geçiş” sürecine bağlanmaktadır (9).

Ülkemizde HT sıklığını araştıran çalışmalar bölgesel veya daha geniş çapta olmak üzere 1960'lı yıllardan bu yana yapılmaktadır. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey)(Patent) ülkemizde HT'nin sıklığı, dağılımı, farkındalığı, tedavi ve kontrol oranları konusunda en güncel ve kapsamlı bilgilere erişmek amacıyla gerçekleştirilmiştir (9).

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, yetişkin bireylerde hipertansiyon ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Hipertansiyonun Tanımı

Kan basıncı (KB); damar yatağındaki kanın akım sırasında damar duvarlarına yaptığı basınçtır. Bu basınç kalp tarafından pompalanan kan miktarı ve damarların bu akıma karşı oluşturduğu dirence bağlıdır. KB'yi kalp atım volümü ve periferik direnç oluşturur; kalp atım volümü veya periferik direnç arttığında KB artmaktadır (10). Sistolik kan basıncı (SKB), kardiyak atış hacmini, diyastolik kan basıncı (DKB) ise periferik direncini ölçer (11). SKB'nin 140 mm/Hg, DKB'nin de 90 mm/Hg veya üzerinde bulunması "hipertansiyon (HT)" olarak tanımlanır (12, 13, 14, 15).

Dünyadaki tüm coğrafi bölgeleri etkileyen KB yüksekliği ülkemizde de erişkin popülasyonunu ilgilendiren bir epidemi halini almakta ayrıca yüksek oranda morbidite ve mortaliteye yol açan kronik bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (4). Toplum giderek daha yaşlı ve obez hale geldikçe, HT'li kişilerin sayısı da artmaktadır. Dünya genelinde gelişmiş ülkelerdeki insanların çoğunda, yaşamlarının bir noktasında HT gelişmektedir. HT'nin yol açtığı zararlara ilişkin bilgilerin artması ve HT'ye bağlı kardiyovasküler hastalıkların ilerlemesinin tedavi ile yavaşlatılabileceğinin anlaşılması üzerine, artık HT Amerika Birleşik Devletleri'nde gebe olmayan erişkinlerin en sık hekime başvurma nedenidir (16).

Bir hastalığın toplumsal önemi; toplumda görülme sıklığı, neden olduğu iş göremezlik düzeyi ve ölümlerle ilgilidir. HT, böbrek hastalıkları ve kalp yetmezliği, inme ve miyokard infarktüsü riskini arttırmaktadır. HT renal hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıklar için bağımsız temel bir risk faktörüdür ve tüm dünyadaki erişkin ölümlerin %6'sından (7.6 milyon kişi) sorumlu tutulmaktadır (7).

Dünyada HT, hastalık yükü ve mortalite açısından küresel risk faktörleri arasında birinci sırada yer almaktadır. Tahmini olarak serebrovasküler hastalıkların %54'ü ve iskemik kalp hastalıklarının %47'si KB'nin yüksek olması nedeniyle gelişmektedir. Bu hastalığa bağlı gelişen etkiler daha çok düşük ve orta gelir düzeyi olan ülkelerde 45-69 yaş grubunda görülmektedir. Ulusal Hastalık Yükü-Maliyet Etkililik Çalışmasının 2004 yılı verilerine göre hipertansif kalp hastalığı, ülkemizde tüm yaş gruplarında görülen

ölümlerin %3'üne yol açmakta ve ölüme neden olan hastalıklar arasında altıncı sırada bulunmaktadır. Bu nedenle günümüzde HT'nin önlenmesi, erken tanı ve tedavisi öncelikli sorunlardan biridir (17).

2.2. Hipertansiyon Sınıflandırılması

Erişkinlerde KB derecesinin sınıflandırılması niteldir. Ancak, pratikte hekimlerin tedaviye yaklaşımına kolaylık sağlamak için KB derecelerinin dikkate alınması yararlıdır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), HT için SKB'nin üst sınırını 140 mmHg, DKB'nin üst sınırını ise 90 mmHg olarak kabul etmektedir. Bu bilgilere göre belirtilen bu değerlerden biri yüksek olursa HT'den söz edilir (3).

Hipertansiyonu Önleme, Belirleme; Değerlendirme ve Tedavi Ulusal Komitesi (JNC 2003) tarafından hazırlanan ve Amerikan Kalp Birliği (AHA) tarafından da kullanılan kılavuzda sınıflandırma aşağıdaki şekildedir.

Tablo 2.1.Erişkinlerde Kan Basıncı Sınıflandırılması-I

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Normal KB	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	veya	90-99
Evre 2 HT	>160	veya	>100

Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, JNC 2003.

AHA ve JNC VII dışındaki diğer kılavuzlar da KB'nin sınıflandırılması aşağıdaki şekildedir.

Tablo 2.2.Erişkinlerde Kan Basıncı Sınıflandırılması- II

	Sistolik		Diastolik
Kategori	(mmHg)		(mmHg)
Optimal KB	< 120	ve	<80
Normal KB	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek normal	130-139	ve/veya	85-89
Evre 1 HT	140-159	ve/veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	ve/veya	100-109
Evre 3 HT	>180	ve/veya	>110

Türk Kardiyoloji Derneği HT Çalışma Grubu 2000; BHS 2004; Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti/ Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti (ESH/ESC) Kılavuzu.

Hipertansif hastalarda dismetabolik risk faktörlerine ve subklinik organ hasarlarına oldukça fazla rastlanmaktadır. Bu yüzden HT'nin tanı ve tedavisinin değerlendirilmesinde toplam kardiyovasküler risk faktörlerinin belirlenmesi gerektiği vurgulanmıştır (18). Kardiyovasküler risk faktörleri:

- Sigara kullanımı
- Obezite (Beden Kütle İndeksi (BKİ)>30 kg/m²)
- Yaş (erkek>55, Kadın>65)
- Dislipidemi (Total Kolesterol>190 mg/dl, LDL>115 mg/dl, HDL erkek<40mg/dl-kadın <46mg/dl)
- Aile öyküsü (Birinci derece akrabalarda; 55 yaşından küçük erkek, 65 yaşından küçük kadınlarda kardiyovasküler hastalık bulunması)
- Bozulmuş glikoz toleransı
- Abdominal obezite (Bel çevresi; Erkek>94cm, Kadın>80cm) (18).

2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Epidemiyolojik veriler, 30'lu yaşlarda %20-25 olan HT prevalansının yaşla birlikte belirgin artış göstererek 60 yaş ve üzerinde %50'lere çıktığını göstermektedir. Dünya nüfusunun 3.5 milyarının erişkin nüfusu (20 yaş üstü) temsil ettiği ve ortalama hipertansiyon prevalansının %20 olduğu kabul edilirse, tüm dünyada yaklaşık 700 milyon insanın hipertansif olduğunu söylemek mümkündür. HT'nin bu kadar yüksek

prevalansının yanında dikkat çeken bir diğer sorun, hipertansif bireylerin yalnız yarısının hipertansif olduklarının farkında olmaları ve farkında olanların da yalnız yarısının tedavi aldıkları gerçeğidir. Tedavi alanlarda yeterli kontrol ise en iyi koşullarda %25-30'ları geçmemektedir. Bu da hipertansif hastaların yaklaşık %70'inin ya hiç tedavi edilemediğini ya da yetersiz tedavi edildiğini göstermektedir (4, 19). Bazı hastalar ise hipertansif olduğunu bilmesine rağmen tedaviye gereken özeni göstermemektedir (20). NHANES IV'e ait 1999-2000 verilerine göre; Amerika'da 65 milyon HT hastası olduğu, bunların 45 milyonunun tanılarının farkında olduğu, 26 milyonunun antihipertansif ilaç kullandığı ve ancak sadece 14 milyonunda KB'nin kontrol altında olduğu tespit edilmiştir (21, 22).

Ülkemizde de erişkin nüfusta HT yaygın olarak görülmektedir. Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması (TEKHARF) çalışmasında, 30 yaş üstü erişkinlerde HT prevalansı %33.7 şeklinde bulunmuştur. Ayrıca kadın ve erkeklerin ortalama KB değerlerinde artış olduğu belirlenmiştir (23). Ulusal Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2004 yılında tamamladığı PatenT'in sonuçları, toplumda yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş HT prevalansının %31.8 olduğunu ortaya koymuştur. HT sıklığı kadınlarda %36.1, erkeklerde ise %27.5 şeklinde tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, katılımcılardan %32.2'sinin daha önce KB'sini hiç ölçtürmediği ve hipertansif hastalardan sadece %40.7'sinin hastalığının farkında olduğu dikkati çekmiştir (24).

Türkiye'de 2005 yılında yapılan Paten-T çalışmasında da HT prevalansı %31.8 olup kadınlarda erkeklerden daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma sonucunda, bireylerin %62'sinin ilk kez bu çalışma sırasında hipertansif olduğunu öğrendiği belirlenmiştir. Buna göre, ülke genelinde hipertansiyonu olan her üç kişiden ikisinin hipertansif olduğunun farkında olmadığı saptanmıştır (6). Paten-T çalışmasının devamı niteliğinde olan ve Paten-T çalışmasındaki hasta popülasyonunun yeniden değerlendirildiği HinT (Hypertension Incidence in Turkey) çalışmasına göre hipertansif birey oranı Türkiye'de %21.3'tür (25).

Hipertansiyon major morbidite ve mortaliteye yol açan ciddi bir sağlık problemidir. Yapılan çalışmalarda kan basıncındaki her 10 mmHg'lik artışın koroner mortaliteyi %59 oranında artırdığı belirtilmektedir. HT prevalansı yaşla birlikte artarak 50 yaşından sonra kesin bir biçimde yükselir ve bu popülasyonun %50'sini etkiler (26).

Hipertansiyon dünyanın tümünü etkileyen kardiyovasküler hastalıklar ve hedef organ hasarına neden olan bir hastalıktır. Yüksek KB miyokard infarktüsü (MI), kalp yetersizliği, inme ve böbrek hastalıkları için risk faktörüdür. Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre, yüksek KB dünyada en önde gelen ölüm nedenlerindendir (18). Yüksek KB 57 milyon Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı (DALY) kaybına sebep olmaktadır. Gelecekteki tahminlere göre 2030 yılında 23 milyon kardiyovasküler ölümün HT ile ilişkili olacağı ve bu ölümlerin %85'inin düşük ve orta gelirli ülkelerde olacağı öngörülmüştür. Son 30 yıldaki epidemiyolojik dönüşüm sonucunda bulaşıcı hastalıklardan bulaşıcı olmayan hastalıklara geçişin yaşandığı birçok gelişmekte olan ülkede HT önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir. Yakın zamanda 136 ülkeden elde edilen verilerle yapılan araştırmaya göre son 30 yıllık sürede KB kontrol altında olmayan birey sayısının 3 milyar kişiye ulaşacağı belirtilmiştir. Bunun yanı sıra HT'nin yaratmış olduğu küresel ekonomik yük yaklaşık 370 milyar dolar olarak hesaplanmış olup bu tüm sağlık harcamalarının %10'unu içermektedir (7).

Başka bir veride dünyada 2000 yılında erişkin nüfusta HT prevalansı %26.4 olup, yaklaşık 972 milyon hipertansif hastanın olduğu ve çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı bildirilmiştir. Bununla birlikte 2025 yılında prevalansın %29.2'ye ulaşacağı, toplam hasta sayısının yaklaşık %60 artarak 1.56 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Hastalığın görülme sıklığında yaşla birlikte artış olduğu belirtilmektedir (23).

Dördüncü Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi (The Fourth National Health and Nutrition Examination Survey) (NHANES IV), HT (SKB 140 mmHg veya üzeri, DKB 90 mmHg veya üzeri veya antihipertansif tedavi görülmesi) sıklığının 1999-2000'de %28.7 olduğunu ve oranların 18-39 yaş arası %7.2 ile 60 yaş ve üzeri %65.4 arasında değiştiğini, kadınlarda %30.2 erkeklerden %27.1 daha fazla olduğunu göstermiştir. Hipertansiyon sıklığının arttığı en önemli grup 60 yaş üzerindeki grup (sıklığı 1988-1991' de %57.9'dan 1999-2000' de %65.4'e yükselmiştir) olmasına karşın, 1988-1991 yıllarından beri kadınlarda ve tüm yaş gruplarında HT sıklığının belirgin ölçüde arttığı önemli bir gerçektir (22).

Framingham Kalp Çalışması'nda (The Framingham Heart Study), 55 yaşında iken normal kan basıncına sahip olan kişilerde hayat boyunca HT gelişme riskinin %90 olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada 36 yıl takip ile elde edilen sonuçlarla,

HT'nin, kadınlarda ve erkeklerde artmış koroner kalp hastalığı, inme, periferik arter hastalığı, kalp yetersizliği ve tüm kardiyovasküler olaylar gelişme riski ile ilişkisinin iki veya dört kat daha fazla görüldüğünü göstermiştir (27).

Hipertansiyon prevalansı gelişmiş ülkelerde yaşla birlikte arttığı, buna rağmen Amazon Nehri havzasında yaşayan insanlar, Cuna yerlileri, Kalahori 22 yerlileri, Kenyalı göçmenler, Pigmeler ve Avustralya'da Aborogineler gibi bazı topluluklarda yaşla birlikte KB'nin artmadığı görülmüştür (28).

1990'larda altı Avrupa ülkesinin incelenmesinde, HT'nin yaygınlığı değerlendirilmiştir. Avrupa'da HT'nin yaşa ve cinsiyete göre yaygınlığı Almanya'da %55, Finlandiya'da %49, İspanya'da %47 ve İngiltere'de %42 bulunmuştur. İsveç ve İtalya'da ise HT yaygınlığının daha düşük olduğu gözlenmiştir (29).

Hipertansiyon, ABD'de yaklaşık olarak 50 milyon kişiyi etkilemektedir (22, 30). ABD'de, HT sıklığı Latin Amerikan kökenli olmayan zenciler arasında en fazla, Amerikalı Meksikalılarda ise en düşüktür (22).

Yapılan çalışmalar ailedeki kan basıncı düzeylerinin birbirine yakın değerlerde olduğunu göstermiştir. Aile öyküsü olanlarda hipertansiyon ve koroner arter hastalık riskleri fazladır. Tansiyonu yüksek anne ve babaların çocuklarında erişkin yaşlarda hipertansiyon gelişmesi riskinin, normal tansiyona sahip anne ve babaların çocuklarından yüksek olduğunu göstermiştir (31).

Obezite, HT için önemli bir risk faktörüdür. Framingham Kalp Çalışması'nda hipertansiyon vakalarının erkeklerde %78'i kadınlarda ise %65'i obeziteye bağlı olduğu bulunmuştur (32).

Hipertansiyon sıklığında yaşa bağlı olarak artış olmasına karşın, kardiyovasküler risk faktörleri arasında yer alan fiziksel aktivitede azalma, fazla alkol tüketimi, obezite prevalansında artma gibi HT için risk faktörlerini içeren yaşam tarzı değişiklikleri HT görülme oranındaki değişikliklerden sorumlu tutulmuştur (29).

Hipertansiyon yaygın olmasının yanı sıra kalıcı sakatlıklara ve ölümlere yol açması da önemini artırmaktadır. Bu özellikleri nedeni ile HT aynı zamanda sosyal ve ekonomik bir sorundur. Tedavi edilmemiş ya da kontrol altına alınamayan HT, konjestif kalp

yetmezliği (KKY), koroner kalp hastalığını, iskemik kalp hastalığını, hemorajik ve trombotik inmeyi, böbrek yetersizliğini, periferik arter hastalıklarını, aort diseksiyonunu ve ölüm oranını artırır (33, 34, 35, 36). HT yaşam süresini 10-20 yıl kısaltabilir. Özellikle tuz tüketiminin fazla olduğu toplumlarda KB yüksekliği daha sıktır (33, 34, 35).

Hipertansiyonun erken tanısı ve tedavisinin SKB'yi 140 mmHg, DKB'yi 90 mmHg'nin altında olacak şekilde düzenlemek ve gerekli yaşam biçimi değişikliklerini yapmak kardiyovasküler komplikasyonların ve ölümlerin önlenmesi açısından önemli bir rol oynar (7).

Artmış KB tanısı ve korumaya yönelik stratejiler vasküler hastalıklar ve mortalite insidansında azalma oluşturabilmektedir. Son 20 yılda uygulanan programlar ile gelişmiş ölkelerde HT kontrolü ve tedavisi ile ilgili farkındalığın artması sağlanmıştır (6).

2.4. Hipertansiyonun Etyolojisi

Yapılan çalışmalar, HT'li hastaların %92-95'inin esansiyel HT'li olduğunu, %5-6 kadar hastada da HT'nin kronik böbrek parankim hastalığına bağlı olduğunu göstermektedir. Diğer tüm nedenlerin HT'nin etyolojisinde ancak %1-3 oranında rol oynadığı görölmektedir (37).

Esansiyel HT, nedeni saptanamayan ve genetik faktörlerinde etkin olduğu düşünölen HT şeklidir. Esansiyel HT için majör epidemiyolojik risk faktörleri:

- Genetik/ailesel ilişki
- Artan yaş
- Erkek cinsiyet
- Afrika-Amerika kökeni
- İnsölin direnci
- Obezite
- Aşırı alkol kullanımı
- Aşırı emosyonel stres

Sekonder HT olarak adlandırılan nedeni belli olan HT'nin majör nedenleri:

- Endokrin-primer aldosteronizm, cushing sendromu, feokromasitoma, hipertiroidi, hiperparatiroidi,
- Renal -renal parankimal hastalık, renovasküler hastalık
- Aort koarktasyonu
- Gebelik
- Nörojenik HT– artmış sempatik sinir sistemi aktivitesi, azalmış parasempatik sinir sistemi aktivitesi, artmış renin seviyeleri
- Nörolojik HT-artmış intrakraniyal basınç, spinal kolon yaralanması (18).

2.5.Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar içerisinde değiştirilebilen en önemli risk faktörüdür. Tedavi ihmal edildiğinde ve gereken önem verilmediğinde kardiyak, serebrovasküler, retinal, renal ve vasküler morbidite ve mortalite sebebi olarak karşımıza çıkmaktadır.

KB'nin uzun süre yüksek kalması ile aterosklerozun hızlanması sonucu ortaya çıkan kardiyak komplikasyonlar; sol ventrikül hipertrofisi, sistolik ve diyastolik sol ventrikül disfonksiyonu, miyokard iskemisi, infarktüs, atriyal ve ventriküler aritmiler ve ani ölüm olarak sıralanmaktadır (38, 39).

Renal disfonksiyon, KB'de yükselmeye yol açarken diğer yandan yüksek KB böbrek fonksiyonlarının kaybını hızlandırır (29). İlerleyen hasar ile birlikte dirençli proteinüri ve bunun da ardından renal fonksiyon bozukluğu oluşabilir tam fonksiyon kaybı ile sonuçlanabilir (38, 40).

Hipertansif vasküler hastalıkların gelişmesinde; pulsatil kan akımı, endotel hücre disfonksiyonu ve düz kas hücre hipertrofisi önemli rol oynayan faktörlerdir (39).

Gözler hipertansif hasar yönünden önemli "hedef organlardır."Tedavi edilmemiş HT sonucu oluşan damar hasarından etkilenirler (29, 40, 41).

Hipertansiyon beynin ekstrakraniyal ve intrakraniyal kan akımı üzerindeki etkileriyle belirgin morbidite ve mortaliteye neden olur (29).

Hipertansiyon hastalarında ölüm sebebinin genellikle inme ve miyokard infarktüsüne bağlı olduğu bilinmektedir. Hipertansif hastaların %50'si koroner arter hastalığından (KAH) ve KKY'den, %33'ü inme ve %10-15'i böbrek yetersizliğinden kaybedilmektedir. Bunun yanında hastalığı hızlı ilerleyen hipertansiflerde ve diyabetik hastalarda böbrek yetersizliğinden dolayı ölüm oranının arttığı görülmektedir (39).

2.6. Hipertansiyonun Belirtileri ve Değerlendirilmesi

Hipertansiyonun genel olarak ana belirtileri baş ağrısı, yorgunluk, nefes darlığı, kulak çınlaması, burun kanaması, halsizlik, çarpıntı, yürümede ve merdivenleri çıkmakta zorlanma, ara sıra çok fazla şekilde idrara çıkma, noktüri ve alt ekstremelerde ödemdir. KB'nin yükseldiği durumlarda çift görme, dilde peltekleşme, yüzde veya vücutta karıncalanma olabilmektedir (42).

Hipertansiyonun ilk dönemlerinde yüksek KB hariç hiçbir klinik bulgu belirti ve bulgu göstermez. Bu nedenle hipertansif olmasa bile belirli yaş üzeri bütün bireyler yılda en az 1-2 kez KB'sini ölçtürmelidir (43).

Hipertansiyon tüm dünyada kliniğe sık başvurma nedenidir. HT'li hastaların değerlendirilmesi hastanın kardiyovasküler durumuna odaklanan basit bir klinik değerlendirmeden pahalı invazif işlemlere kadar adım adım ilerleyen detaylı multisistemik değerlendirmeye kadar değişme gösterebilir (44). Öncelikli olarak hipertansif hastanın detaylı anamnezi alınmalı, ailedeki hastalık durumu sorgulanmalı ve hastalık süresi araştırılmalıdır.

Hipertansiyonlularda klinik değerlendirme ve araştırmaların ana hedefi;

- Kan basıncının kronik olarak yüksek olduğunun doğrulanması
- Kan basıncı kronik olarak yüksek ise düzeyinin saptanması
- Sekonder HT'nin var olup olmadığının araştırılması
- Sekonder HT varsa nedeninin saptanması
- Hedef organ hasarının varlığının değerlendirilmesi
- Prognozu ve tedaviyi etkileyebilecek diğer kardiyovasküler risk faktörlerin ve klinik özelliklerin araştırılması (45).

Hipertansiyon, yetişkin hastalığı olarak görülse de çocuklarda da sıklıkla teşhis edilmektedir. Genellikle periferel direncin yükselmesi ve erken HT, yaşamın ikinci,

üçüncü ve dördüncü dönemlerinde gelişim gösterir. Eğer yükselmiş KB tespit edilip tedavi edilmezse, kronikleşir ve bireyler 30-50 yaşlarında olduğu zaman dokularda oluşan hasar boyutu hızlanmaya başlar. HT'nin bu evredeki komplikasyonları yaşamın son dönemlerinde görülmeye başlar (46).

Hipertansiyonda kardiyovasküler risk faktörleri aşağıdaki şekilde göz önünde bulundurulmalıdır.

Major risk faktörleri

- Yaş: Erkeklerde 55, kadınlarda 65 yaşını aşmış olmak
- Sigara
- Hiperkolesterolemi (total kolesterol >240 mg/dl veya LDL-kolesterol >160 mg/dl)
- Diabetes mellitus
- Serebrovasküler veya kardiyovasküler hastalıklara ilişkin aile anamnezi

Minor risk faktörleri

- Yaş: Erkeklerde 45, kadınlarda 55 yaşını aşmış olmak
- Ilımlı hiperkolesterolemi (total kolesterol >200 mg/dl veya LDL-kolesterol >130 mg/dl)
- Düşük HDL-kolesterol (<35 mg/dl)
- Hipertrigliseridemi (>200 mg/dl)
- Şişmanlık
- Azalmış glikoz toleransı
- Sedanter yaşam tarzı (44, 47).

Hipertansiyonun öncelikle hasar verdiği organlar kalp, beyin, böbrek ve gözlerdir. Bunun dışında ise özellikle periferik ve santral arterlerin etkilenmesine bağlı olarak birçok organ ve sistem hipertansiyondan olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Kronik HT'deki klinik bulgular doku ve organların etkilediğinden dolayı spesifiktir. HT sürekli olarak, kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, merkezi sinir sistemi fonksiyon bozukluğu, görme sisteminde bozulma, harekete bozukluk, vasküler tıkanıklık veya ödemde artışlara sebep olabilmektedir. Bu sebepten dolayı: hedef organ hasarı kardiyovasküler hastalık değerlendirmeye alınmalıdır. Buna göre;

- Kalp hastalıkları
- Kalp yetersizliği
- İnme veya geçici iskemik atak
- Periferik arter hastalığı
- Sol ventrikül hipertrofisi
- Geçirilmiş koroner revaskülarizasyon
- Angina/geçirilmiş miyokard infarktüsü
- Nefropati
- Retinopati (44, 47).

Sekonder nedenlere yönelik sorgulamada; böbrek hastalığı, ilaç kullanımı, hormonal bozukluklar, çarpıntı, flushing, kas güçsüzlüğü, halsizlik araştırılmalıdır (45, 48).

2.7. Kan Basıncı Ölçümü

Hipertansiyonun tedavisi, öncelikle teşhisin doğru ve kesin olarak konmasıyla başlatılır. Bu nedenle, KB'yi ölçmek için gerekli donanım ve çevre koşullarının sağlanması ve doğru bir teknik ile ölçüm yapılması gerekli koşuldur. Bunun yanı sıra KB'deki önemli değişkenlikten dolayı ölçümlerin tekrarlanması ve ilk aşamada tespit edilen yüksek değerlerin devam edip etmediğinin bilinmesi gereklidir. KB'yi tespit etmede altın standart artere bir katater konularak elektrometrelerle ölçüm yapmaktır (37).

Günlük uygulamada ise KB indirekt metotlarla standart ölçütlere elverişli tansiyon cihazları (sfigmomanometre) kullanılarak ölçme işlemi gerçekleştirilir. Üç çeşit manometre kullanımdadır; civalı, aneroid ve elektronik manometreler (37). Genellikle ülkemizde ölçümler civalı sfigmomanometrelerle yapılmaktadır. Bu tarz manometrelerde rezervuar dolu civa sütunu göz hizasında olmalı, basınç uygulanmadığı sırada civa seviyesi mmHg olarak okunmalı ve basınç uygulanırken sütun oynatılmamalıdır. Civalı manometreler haricinde kalibre edilmiş bir aneroid manometre veya osilometrik ölçüm yapan elektronik bir tansiyon cihazı tansiyon ölçümünde kullanılabilir. Doğru ölçüm almak için aletlerin kalibrasyonu minimum 6 ayda bir civalı manometrelerle kıyaslayarak kontrol edilmesi şarttır (37, 49, 50).

Kan basıncı gün içerisinde; farklı günlerde, aylarda ve mevsimlerde çok farklılık gösterir. Bu nedenle doğru HT tanısı koyabilmek için farklı zamanlarda, doğru kalibre

edilmiş aletle birçok kez KB ölçüm yapılmalıdır. KB'nin yüksekliği hafif derecede ise birkaç ay sonra ölçüm tekrarlanır. Anlamlı KB yüksekliği, HT ile ilişkili organ hasarı, ya da yüksek kardiyovasküler risk faktörleri içeriyorsa ölçümler kısa sürelerle tekrarlanarak ölçüm yapılır. KB ölçümü ofis ya da klinikte ilgili kişiler(doktor, hemşire gibi) tarafından, evde hasta tarafından 24 saatlik sürelerle ölçülür (51).

Kan basıncı herhangi bir sağlık kuruluşunda bir defa alındığında yanılma olasılığı çok yüksektir. Evde ölçülen KB değerleri veya ambulatuvar KB monitörizasyonu değerleri genellikle klinikte ölçülenden 5-10 mm/Hg daha düşük olarak tespit edilmektedir (52).

Kan basıncı ölçümünde dikkat edilmesi gereken esaslar;

- Kan basıncını ölçmeden hasta sessiz bir odada birkaç dakika oturmalı,
- Bir - iki dakika arayla en az 2 ölçüm yapılmalı ölçümler birbirinden çok farklıysa ek ölçümler yapılması gerekir.
- Standart bir manşon kullanılmalı ayrıca şişman ve zayıflar için sırasıyla büyük ve küçük manşonlar kullanılmalı, hasta çocuk ise yaşına uygun küçük manşonla ölçüm yapılmalıdır.
- Hastanın pozisyonu ne olursa olsun manşon kalp hizasında tutulmalı kol ve dirsekten desteklenmelidir.
- Sistolik ve diastolik kan basıncının tanımlanmasında sırasıyla korotkoff faz 1 ve faz 5 sesleri temel alınmalıdır.
- İlk muayene ziyaretinde periferik arter hastalığına bağlı muhtemel farklılıkları bulmak için her iki koldan ölçüm yapılmalı yüksek olan taraf esas alınmalıdır.
- Postural hipotansiyondan şüphelenilen yaşlı, diyabet ve diğer durumların bulunduğu hastalarda KB ayakta pozisyon alındıktan 1 ve 5 dakika sonra ölçüm yapılmalıdır.
- Kalp hızı nabız palpasyonu ile oturur pozisyonda ikinci ölçümden sonra en az 30 saniye arayla ölçülmelidir.
- Ulusal HT tedavi ve takip kılavuzunda önerilen tekniğe uygun KB ölçülerek kaydedilmelidir.
- Hasta, hasta yakınları ya da ilgili kişiler KB ölçümünün ne kadar sıklıkla yapılacağı konusunda bilgilendirilmelidir (37, 53).

2.8. Hipertansiyonda Tedavi

Hipertansiyonlu hastaların tedavisi hastaya özgü olmalıdır. Tedavi düzenlenirken en önemli faktör başlıca mortalite ve morbitide nedeni olan kardiyovasküler hastalık risklerinin azaltılması ve KB değerlerinin kabul edilebilir bir düzeyin (tercihen <140/90 mmHg) altına çekilmesidir. Klinik olarak kardiyovasküler hastalığı, diyabeti veya böbrek yetersizliği olanlarda <130/80mmHg, böbrek yetersizliği ve günlük proteinürisi 1 gramın üzerinde olan hipertansif hastalarda <125/75 mmHg olması istenmektedir (44). Uzun dönemde ortaya çıkabilecek hedef organ hasarlarını engellemek, kardiyovasküler ve renal morbidite ve mortaliteyi düşürmektir. Kardiyovasküler risk faktörlerinin yada hedef organ hasarlarının bulunup bulunmamasına göre hastalar risk gruplarına ayrılarak, HT'nin evresine göre tedavi planlanmalıdır. HT tanısı kesinleştikten sonra KB yüksekliğine neden olan etkenler araştırılır. Araştırma sonrası sekonder HT bütünüyle ekarte edildikten sonra hasta esansiyel HT kabul edilerek uygun olan tedaviye başlanır. Klinik ve laboratuvar veriler ile sekonder HT teşhisi konmuşsa primer hastalık için uygun tedaviye başlanır. Genellikle erken uygulanan tedavi ile primer hastalık kontrol altına alınırsa HT'nin gerileme ihtimali vardır. Primer hastalık fazla uzun sürmüşse ve kardiyovasküler değişiklikler HT'yi primer hastalığın tedavisi ile geriletemez duruma getirmişse hastalar ayrıca antihipertansif uygun tedavi uygulanır (54).

Kan basıncı yüksekliği hedef organlarda anında müdahale gerektirecek bir etki yapmamışsa ve çok üst düzeylerde değilse, farmakolojik yöntemlerden önce KB yükselmesinde ikinci derecede sorumlu olabilecek nedenlerin giderilmesine çalışılır. Antihipertansif tedaviye başlama iki ölçüte dayandırılarak karara bağlanır. Bunlardan ilki sistolik ve DKB düzeyi, diğeri ise kardiyovasküler risk düzeyidir (54). HT tedavisi yaşam tarzının düzenlenmesi (non-farmakolojik tedavi) ve farmakolojik tedavi olmak üzere iki grupta toplayabiliriz.

2.8.1. Non-farmakolojik tedavi yöntemleri

Kan basıncındaki hafif artışlar, farmakolojik olmayan yöntemlerle tedavi edilebilir. Hem KB yüksek-normal olan grupta hem de farmakolojik tedaviye başlanmış hastalarda gerektiği durumlarda yaşam değişiklikleri uygulanmalıdır. Daha sağlıklı bir yaşam

şekline geçiş, yalnızca hipertansiyonun önlenmesi için değil, yüksek KB değerlerinin etkin bir şekilde kontrol altına alınabilmesi için de büyük önem taşımaktadır (2).

2.8.1.1. Yaşam tarzının düzenlenmesi

Son yıllarda ortaya çıkan sosyoekonomik ve teknolojik gelişmeler yaşam tarzında belirgin değişikliklere yol açarak, sedanter bir gündelik hayat ve sağlıklı olmayan yeme-içme alışkanlıklarına neden olmuştur. Bu durum HT'nin de dahil olduğu birçok hastalığın ortaya çıkmasında doğrudan rol oynayabildiği gibi, KB'nin kontrol altına alınmasında da zorluklar oluşturduğu görülmektedir.

KB düzeyi yüksek ya da normal olan tüm hastalarda, uygun olup olmadığı araştırılarak, yaşam tarzıyla ilgili önlemler alınmaya çalışılmalıdır. Bununla ulaşılmak istenen nokta KB'yi aşağıya çekmek, başka risk etkenlerini ve klinik durumlarının kontrolünü sağlamak ve kullanılan antihipertansif ilaç miktarını ve dozunu azaltmaktır. Sadece yaşam tarzı önlemleriyle takip edilen hipertansif hastalarda uzun dönemde uyum düşük olduğundan, bu hastalar zamanında ilaç tedavisi başlamak amacıyla yakın takip edilmelidir (54).

Farmakolojik olmayan önlemler kilo verilmesi, tuz alımının azaltılması, alkol alımının azaltılması, egzersiz yapılması, meyve sebze tüketiminin artırılması, yağ tüketiminin azaltılması, sigaranın bırakılması, doymuş yağ yerine poliansatüre ve monoansatüre yağ kullanımı, balık yağı kullanımında artış, toplam yağ alımında azalma şeklinde alınmalıdır (55).

2.8.1.2. Kilo verilmesi

Obezite ve HT arasındaki bağlantıyı gösteren çalışmalarda BKİ değeri 27 kg/m²'nin üzerinde olan kilolu kişilerin HT risklerinin, kilosu düşük olan bireylerden üç kat daha yüksek olduğu görülmüştür. Ağırlıkları olması gerekenin %20 üzerinde olanlarda görülen HT sıklığı normal ağırlıktakilerin 2 katı kadardır (56).

Son dönemlerde, obezite ile ilişkili hormonal bazı bozuklukların HT gelişimi ile bağlantılı olduğu bulunmuştur. Adipositler (yağ hücreleri) leptin ve adiponektinleri gizler. Leptinin birincil işlevi hipotalamus ile etkileşimle beden ağırlığının kontrolü ve yağ depolanması yoluyla iştah inhibisyonu ve metabolik hızın arttırılmasıdır. Ancak leptin seviyesinin kronik olarak yüksek olması obezite ile bağlantılıdır, neticesinde de

ağırlığı düşürücü işlevlere direnç ve sempatik sinir sistemi aktivitesinde artma, renal sodyumun atılımının azalması, inflamasyonun ilerlemesi görülmüştür. Adinopektin, adipoz dokusu tarafından üretilen fakat obezitede azalan bir proteindir. Azalmış adiponektin insülin direnci, azalmış endotel kaynaklı nitrik oksit üretimi ve sempatik sinir sistemi ve renin anjiotensin aldesteron sistemi aktivitesiyle bağlantılıdır. Obezite ile ilgili bu değişiklikler sonucu vasokonstriksiyon, tuz ve su retansiyonu ve renal disfonksiyon birlikte ele alındığında hipertansiyonun ilerlemesine sebep olmaktadır (46).

Her bir kayıp kilo için KB'de 2.5/1.5 mmHg düşüş sağlanır ve lipit profili ve insülin direncinde iyileşme elde edilir (41). Verilen kilo ilk aşamada yoğun idarla birlikte sodyum atılımına neden olur ve bir süre sonrasında sempatik aktivitede düşüş ve insülin duyarlılığında düzelme ile KB'nin uzun süreli düşmesine neden olur (37).

2.8.1.3. Tuz miktarının azaltılması

Yapılan çalışmalarda tuz kullanımı ile KB arasındaki ilişki olduğuna ilişkin kanıtlar vardır. Aşırı tuz tüketimi dirençli HT'nin yükselmesine neden olmaktadır. Tuz tüketimiyle KB artışını ilişkilendiren mekanizmalar ekstrasellüler hacimde ve ayrıca kısmen sempatik aktivasyon nedeniyle periferik vasküler dirençte yükselmeye neden olmaktadır. Normal tuz alımı birçok ülkede 9 - 12 g/gün aralığında olup yaklaşık 5 g/gün düzeyine indirilmesinin normal tansiyonlu bireylerde orta düzeyde (1-2 mmHg) sistolik KB düşürücü etkisi olduğu, hipertansif bireylerde ise daha belirgin (4-5 mmHg) etkisinin olduğu gösterilmiştir (18).

Yapılan çalışmalarda hipertansif hastalarda sodyum alımı günde 80/100 mmol (4.7-5.8) ile kısıtlandığında SKB'de 4.8 ± 1 mmHg, DKB'de 2.5 ± 0.7 mmHg düşüş görülmüştür. Sodyum kısıtlaması potasyum kaybını azaltıp, sol ventrikül hipertrofisini gerilettiği tesbit edilmiştir (37).

Tuz tüketimindeki azalma bir halk sağlığı sorunu olarak güncelliğini korumakla birlikte, tuz tüketiminin %80'i gizli tuz tüketiminden kaynaklanmakta ve bunun içinde gıda endüstrisine yönelik bazı standartlar sağlanmalıdır. Ekmek, işlenmiş et ve peynir, margarin ve kahvaltılık gevreklerde üretim süreçlerinde tuz miktarının azaltılması kaliteli yaşam süresini büyük oranda arttırarak toplum sağlığını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir (18).

2.8.1.4. Potasyum alımının düzenlenmesi

Taze meyve ve sebze tüketilerek sağlanan günde yaklaşık 90 mmol potasyum ile hipertansif bireylerde KB'de azalma meydana gelir. Randomize kontrollü klinik çalışmalarda yeterli potasyum alımı ile SKB'de 4.4 mmHg, DKB'de 2.4 mmHg kadar azalma görülmüştür. Potasyum; vasküler NA/K-ATP ase aktivitesinde artışa, renal vasküler dirençte azalışa ve glomerüler filtrasyon hızında yükselmeye sebep olmakta ve sonuçta da KB'nin düşmesini sağlamaktadır (37). Böylelikle potasyumdan zengin bol miktarda taze sebze ve meyvenin tüketilmesinin HT'li bireylerde olumlu etkisinin olduğu bilinen bir gerçektir (56).

Hipertansiyonun kontrolünde, sebze ve meyve tüketimini artırarak toplam ve doymuş yağ alımını düşürmeyi amaçlayan Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diyeti önerilmektedir. Bu diyet potasyum, magnezyum, kalsiyum, lif ve çoklu doymamış/doymuş yağ asidi oranı, düşük toplam ve doymuş yağ içermektedir. Diyetin özelliği, yeterli ölçüde hayvansal ürünleri içermesi ile vejetaryen olmayanlar için yenilebilir hale gelmesi, özel işlemlerden geçmemiş meyve, sebze ve düşük yağlı süt ürünleri gibi besin maddelerinin tüketilmesidir. Enerjinin %27'sinin yağdan (%6 doymuş, %21 doymamış), %18'nin proteinden ve %55'inin karbonhidratlardan geldiği günlük sodyumun 2300 mg, potasyumun 4700 mg ve kalsiyumun 1250 mg olarak ayarlandığı, kolesterolün 150 mg/gün ile kısıtlandığı ve günlük 30 gram kuru lifin alındığı DASH diyeti ile hastanın KB' de düşüşlerin kaydedildiği çok açık bir şekilde görülmektedir (57).

2.8.1.5. Alkol tüketiminin azaltılması

Alkol tüketimi, KB düzeyleri ve HT görülme sıklığı arasında doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Düzenli olarak alkol tüketiminin, tedavi gören hipertansif hastalarda KB'yi artırdığı saptanmıştır. Az miktarda tüketilen alkol herhangi bir zarar vermeyebilirken ölçülünden aşırı düzeyde alkol tüketimine geçilmesi KB ve inme riskinde artışla ilişkilendirilmiştir. Alkol tüketen hipertansif erkeklere alkol tüketimini günde en fazla 20-30 g etanol, hipertansif kadınlarda ise günde en fazla 10-20 g etanol seviyesiyle sınırlandırılması önerilmektedir (18).

Etil alkol miktarı günlük 28-55 g düzeyini geçenlerde HT prevalansı yüksek olmakla

birlikte bunlarda akut KB artış görülmektedir. Bu bireylerde alkol antihipertansif ilaçların etkisini azaltarak inme riskini artırmaktadır. Alkolün zayıf insanları etkileme gücü daha fazla olabilir, kadınlarda ise etil alkolün emilimi erkeklerden daha fazla olduğundan belirtilen değerlerden daha az alkol kullanmaları önerilmelidir (58).

2.8.1.6. Sigara tüketiminin azaltılması

Sigaradaki nikotin ve karbon monoksit kalp ve damar sistemi açısından önde gelen zararlı maddelerdir. Nikotin nabızı hızlandırır ve kalbin oksijen ihtiyacını artırır, tansiyonu geçici olarak yükseltir, kanın pıhtılaşmasını artırarak trombüs oluşumuna neden olur, damarların endotel tabakasına zarar vererek ateroskleroza neden olur. Karbon monoksit ise hemoglobin ile birleşerek karboksihemoglobin dönüşerek kanın oksijen taşıma kapasitesini ve dokulara giden oksijen miktarını azaltır (59).

Sigara tüketimi aterosklerotik kardiyovasküler hastalık için önemli riskler içeren bir faktördür. Sigara kullanan KB normal kişilerin ve tedavi görmemiş hipertansif hastaların sigara kullanmayanlara oranla daha yüksek günlük KB değerleri gözlemlenmiştir (18).

Sigara kullanımıyla kardiyovasküler risk 2-3 kat artar ve sigara kullanımının bırakılması ile bir yıl içinde kardiyovasküler sistemde olumlu etkiler gözlemlenir. Sigara tüketimi, lipid profilinin bozulmasına, insülin direncinin artmasına, sol ventrikül kütlelerinde artışa ve endotele bağımlı vazodilatasyonda düşüşe sebep olarak KB'yi artırmaktadır. İçtiğimiz her bir sigaradan sonra 15-30 dakika süren akut KB de yükseliş görülmektedir (37).

Hipertansiyon üzerinde sigara kullanımının bırakılmasının etkili olup olmadığı hakkında çelişkili görüşlerde vardır. Bu durumun nedeninin sigaranın bırakılması sonrasında alınan kilo ve algılanan stresteki artış olarak gösterilmektedir. Ancak sigara kullanımı kalp-damar hastalıkları için büyük bir risk faktörü olduğu bilinmektedir ve HT tedavisinde amaç yalnızca KB'yi düşürmek değil toplam kardiyovasküler riski azaltmaktır. Bu süreç içerisinde değerlendirildiğinde sigarayı bırakmanın HT tedavisini olumlu olarak büyük katkısı olduğu bilinmektedir (37).

2.8.1.7. Düzenli fiziksel aktivite

Günlük hayatında minimum fiziksel aktivitede bulunarak yaşam sürenlerde HT oluşma riski, düzenli aktivite içinde olanlara göre %20-50 daha fazladır. Düzenli fiziksel aktivitede bulunan hipertansif hastalarda SKB’de 4-8 mmHg düşüş görülmektedir. Hipertansiyon hastalarına haftada en az 3-4 kez hedef kalp hızının % 60-70’ine ulaşacak şekilde yaklaşık 30 dakikalık orta düzeyde yürüme, hafif koşu, bisiklete binme veya yüzme egzersizleri yapması önerilmektedir. Ağırlık kaldırma egzersizleri hipertansiyonlu hastalar için tavsiye edilmez ve buna bağlı vücut geliştirme ilaçları kullanmamalıdır. Düzenli egzersizler damar sertliğini azalmaktadır. Bu sistemsel döngü KB’nin düşmesine önemli katkılar sağlamaktadır. Kişisel terapi teknikleri, yoga, meditasyon, psikoterapi gibi davranışsal yaklaşımlar stresi kontrol altında tutarak KB’nin 5-10 mmHg kadar kısa süreli düşmesine katkı sağlar (18, 37).

2.8.2. Farmakolojik tedavi

Hipertansiyonda ilaç tedavisine beş grup ilaçtan diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) herhangi biri seçilebilir. Hipertansiyon tedavisine bu 5 ilaç grubundan biri ya da bir kaçının kombinasyonu şeklinde başlanabilir.

İlaç seçiminde ilaç kontrendikasyonları, hasta cevabı ve tolere edilebilirlik dikkate alınmalıdır. İlaçların zorunlu ve muhtemel kontrendikasyonlarına dikkat edilmelidir (60).

Diüretikler yaşlı hasta gurubunda daha etkilidir (61).Ucuz, iyi tolere edilen ve JNC 7 raporuna göre ilk tercih edilmesi gereken ilaç grubudur (62).

Beta blokerler hiperkinetik dolaşımly yetişkin hastalarda genelde etkindir. Göreceli kontraendikasyonları bronkospazm, ileri evre kalp yetmezliği, atriyoventriküler blok, bradikardi ve (brittle) insülin bağımlı diyabettir (51).

Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve ARB’ler tedavide sıklıkla kullanılan yaygın ilaç sınıflarıdır. ACE inhibitörlerinin inmenin önüne geçilmesinde diğer sınıflardan daha az etkili olduğunu, anjiyotensin reseptör blokerlerin ise miyokard enfarktüsünü veya tüm nedenlere bağlı mortalitenin önleminde ACE inhibitörlerinden daha düşük etkinlik gösterebileceği yönünde yapılmış çalışmalar vardır. Türkiye’de

yapılan ONTARGET çalışmasında her iki grup ilacında majör kardiyak sonuçlar, inme ve tüm nedenlere bağlı ölüm açısından istatistiksel açıdan eşdeğer olduğu saptanmıştır (18). Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve ARB'lerin gebelikte kullanımı sakıncalı olmakla birlikte gebe kalma isteği ve gebelik şüphesi olan hastalarda dahi tedavilerinde kullanımını tercih edilmemelidir (63).

Kalsiyum kanal blokerleri hafif ve orta derecedeki hipertansiyonun tedavisinde tek ilaç olarak kullanılabilirler (64). Özellikle beyin kan akımını artırdığı için, yaşlılar için daha uygundur (65).

2.9. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hemşirelik

Dünya sağlık örgütüne göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin, iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (66).

Bireylere olumlu sağlık davranışı kazandırma programları düzenlemeden önce, bireyin bir davranışı yapıp yapmadığı ve etkileyen faktörlerin tanınması gereklidir. Bu nedenle davranış sürecini değerlendiren birçok model geliştirilmiştir. Pender 1990 yılında, Sağlık İnanç Modeli'ne sağlığı koruma kavramını ekleyerek sağlığı geliştirme modelini tanımlamıştır. Modelin ana fikri, sağlığı geliştirmek için sağlıklı yaşam biçimi oluşturulması; bu nedenle davranışların sağlıklı olacak şekilde değiştirilmesidir. Sağlığı Geliştirme Modeli'ne göre, "kişinin, hastalık ve sağlık konularında kendini nasıl algıladığı ve hissettiği" önemlidir (67).

Sağlığı geliştirici yaşam biçimi, sağlığı geliştirme modelinin kurucusu olan Pender (1987) tarafından kişinin tam iyilik düzeyinin geliştirilerek sürdürülmesini ve kendini gerçekleştirilmesini sağlayan çok boyutlu bir yaşam biçimi olarak ifade edilmektedir. Dunn (1961) sağlık düzeyinin geliştirilmesinde ve korunmasında yaşam biçiminin önemini vurgulamış, Travis de sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarını sağlık sorumluluğu, beslenme, stresle başa çıkma ve fiziksel farkındalık olarak ifade etmiştir (67).

Bireyin yaşam biçimi; sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini arttıran davranışları göstermeyi de içermeli, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamalıdır. Sağlığı geliştirici yaşam biçimi, sağlık için kişisel sorumluluğu da artırmaya yöneliktir (67, 68). Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar, yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır. Pender (1987) geliştiren davranışların bireyin iyilik düzeyini, kendini gerçekleştirme sağlayan davranışları içerdiği ifade edilmektedir. Sağlığı geliştirme davranışlarının ve sağlıklı yaşam biçiminin, sağlığı korumak ve sürdürmek için en önemli strateji olduğu ifade edilmektedir. Yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçiminin hastalıklara yakalanmayı azalttığı ve ölüm oranlarını düşürdüğü, kalp hastalıkları ve kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yeri olduğu ifade edilmektedir (69). Bu ifadelerden de anlaşıldığı gibi sağlığın geliştirilmesinde, sağlığı geliştirici yaşam biçiminin çok önemli bir yeri vardır. Pender'e göre sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimidir (70).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, azgelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır (71). Geçmişte toplu ölümlere yol açan enfeksiyon hastalıkları yerini hipertansiyon, şişmanlık, Tip II diyabet, koroner kalp hastalıkları gibi yaşam biçimi ile ilgili kronik hastalıklara bırakmıştır. Bu sonuçlar kronik hastalık ve yaşam biçimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir (72, 73).

Türk Hemşireler Derneği'ne göre; "hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık halinde iyileştirme amacına yönelik, hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması değerlendirilmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini" (74).

Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council Of Nursing, ICN)'ne göre hemşirelik; "bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeye katılan bir meslek grubudur" (74).

Hemşirelik için yapılmış tanımlara bakıldığında bireylere karşı sadece hastalık halinde değil sağlıklarının korunması ve geliştirmesinde de önemli rollerinin olduğu vurgulanmaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini sürdürmede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesi olarak tanımlanmaktadır. Bu yüzden sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sürdürme ve sağlığı geliştirme, sağlık bakımı veren profesyonellerin en büyük amacı olmalıdır. Bu stratejilerin geliştirilmesinde ve uygulanmasında sağlıkta insan gücü olan hemşirelere önemli roller düşmektedir (75).

Hemşireler hipertansiyonun olası sonuçları ve hastalığın altında yatan problemleri anlayabilen sağlık profesyonelleridir. Hemşire eğiticiler hasta ile sık aralıklarla görüşerek iletişimi kuvvetlendirebilir, eğitimlerinde kan basıncı kontrolünü etkileyen, değiştirilebilen alışkanlıkların önemini öğretebilir ve hastaların ilaçların yan etkilerini anlaması ve başa çıkmasına yardım edebilir. Hemşireler hastanın kan basıncını düzenli aralıklarla izler ve bu izlemler hastanın ilaca uyumunu artırmada ve kan basıncını kontrol altında sürdürmesinde hemşireye yardımcı olur. Hemşireler hipertansiyonun tanısıyla ilgili yöntemleri dikkate almalı ve bu konuda bilgili olmalıdır. Hipertansiyonun erken tanısını kolaylaştırmak için yetişkinlerin kan basınçlarını her fırsatta doğru teknik kullanarak değerlendirmelidir. Yine hemşireler hipertansiyonun izlenmesi ve değerlendirilmesinde uygun araç ve tekniklerle evde kendi kendine kan basıncını izlemeleri ve hedeflenen kan basıncını sağlama ve devam ettirme konusunda hastaları eğitmelidir (76, 77).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan bir çalışmada ise, hasta eğitiminin, yaşam biçimi değişikliklerine ve tedaviye uyumun sağlanmasında, hemşirelerin kontrol edilemeyen HT'nin saptanması ve ilaca uyumun sağlanmasında önemli rolünün olduğu göstermektedir.(75).

Bir halk sağlığı sorunu olan hipertansiyon konusunda etkin, koruma ve eğitim projelerinin uygulanmasının gerektiği bilinmektedir. HT ile ilgili eğitimlerin, yeterli açıklamanın ve önerilerin birinci basamak sağlık kuruluşlarında ihmal edilmesi sorunu arttırmaktadır. Bu durumu engellemek için birinci basamakta hemşirelere yoğun bir eğitim programı verilmeli ve toplumda farkındalık arttırılmalıdır (74).

DSÖ raporuna göre de; iyi eğitilmiş hemşirelerden ve deneyimli sağlık profesyonellerinden, yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasına, tedaviye uyumun artırılmasına büyük katkıda bulunacakları beklenmektedir (7, 78).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma kesitsel – analitik tipte bir araştırma olup amacı, erişkin bireylerde HT ve sağlıklı yaşam biçim davranışlarını incelemektir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin (SYBDÖ); demografik özellikler ve tanımlayıcı değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermedikleri araştırılmıştır..

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 01 Eylül 2013 – 01 Şubat 2014 tarihleri arasında Kahramanmaraş ilinde merkez Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Mado Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı bölgede yapılmıştır. 2012 yılı verilerine göre 30 yaşından büyük olan nüfus sayısı 13 bin 770 kişidir.

3.3.Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Kahramanmaraş İlindeki 30 yaş ve üzeri nüfus sayısı oluşturmaktadır. Çalışmanın yapıldığı aile sağlığı merkezinde 8 aile hekiminin baktığı nüfus sayısı 13.770'dir.

TEKHARF çalışmasında 30 yaş üstü erişkinlerde HT prevalansı %33.7 şeklinde bulunmuştur buradan yola çıkarak örnekleme alınacak kişi sayısı aşağıdaki formül ile hesaplanmıştır.

$N = 13.770$ (evrendeki birey sayısı)

n =örnekleme alınacak birey sayısı

$t = 1.96$ (belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer)

$p = 0.337$ (incelenen olayın görülüş sıklığı)

$q = 0.663$ (incelenen olayın görülmeysi sıklığı $= 1 - p$)

$d = 0.05$ (olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen $\pm$ sapma)

$n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q$

Hesaplama sonucunda örnekleme alınacak kişi sayısı 335 bulunmuştur %20 daha fazlası alınarak 95 güven seviyesi ve %5 hata payıyla 400 kişiye anket formu uygulanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Katılımcıların evlerine gidilerek veriler yüz-yüze görüşme yöntemiyle ve gerekli ölçümler yapılarak araştırmacı tarafından hazırlanan Anket Formu (EK-1) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (EK-2) ile veriler toplanmıştır.

3.4.1. Veri toplama araçları

3.4.1.1. Anket formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatürler incelenerek hazırlanan anket formu; hastaların sosyo-demografik özelliklerini ve hipertansiyona ilişkin özelliklerini değerlendirmeye yönelik 43 sorudan oluşmaktadır.

a)Bireye ilişkin sosyo-demografik özellikler: Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik durumu gibi özellikleri sorgulayan toplam 8 sorudan oluşmaktadır.

b) Hastalığa İlişkin Özellikler: Ailede hipertansiyon öyküsü, fiziksel aktivite düzeyi, beslenme alışkanlığı, sigara-alkol tüketimi, tansiyon ölçtürme, ilaç kullanma, hipertansiyona yönelik bilgilerini sorgulayan 35 sorudan oluşmaktadır.

3.4.1.2. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği

1987 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Nihal Esin (1996) tarafından Türkçeye uyarlanarak yapılmış ve Cronbach Alfa İç Tutarlılık Katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur (79). Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen 48 maddeden ve kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi olmak üzere 5 alt boyuttan oluşmaktadır.

Ölçeği oluşturan ifadelerin tümü 4 noktalı likert tipi ölçek soruları olarak yer almıştır (1= Hiçbir zaman, 2= Bazen, 3= Sık sık, 4= Düzenli olarak).

Ölçeğin Alt Boyutları

Kendini gerçekleştirme: Bireyin yaşamdaki amaçlarını, kendini ne kadar geliştirdiğini, yeteneklerini ve kendini tanıyıp tanımadığını belirler.(3, 8, 9, 12, 16, 17, 21, 23, 29, 34, 37, 44 ve 48. Maddeler)

Sağlık Sorumluluğu: Bireyin kendi sağlığını ne derecede önemseydiğini gösterir.(2, 7, 15, 20, 28, 32, 33, 42, 43, 46. Maddeler)

Egzersiz: Sağlıklı yaşamın temeli olan egzersizin birey tarafından ne kadar düzenli ve ne sıklıkta yapıldığını belirtilir.(4, 13, 22, 30, 38. Maddeler)

Beslenme: Bireyin hangi besin öğelerini tercih ettiğini nasıl bir beslenme programı olduğunu ve ne şekilde değişiklik yapabildiğini anlatır.(1, 5, 14, 19, 26, 35. Maddeler)

Kişilerarası destek: Bireylerin arkadaşları gibi yakınları ile iletişimini ne kadar süre devam ettirebildiğini belirler.(10, 18, 24, 25, 31, 39, 47. Maddeler)

Stres Yönetimi: Bireyin stres kaynaklarına farkındalığını ve stresin ne düzeyde yönetebildiğini belirler.(6, 11, 27, 36, 40, 41, 45. Maddeler) ilgili sorularından oluşmaktadır.

Tablo 3.1. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Madde Sayısı ve Puan Aralıkları

Alt Ölçekler	Soru Sayısı	Puan aralığı
Kendini gerçekleştirme	13	13-52
Sağlık sorumluluğu	10	10-40
Egzersiz	5	5-20
Beslenme	6	6-24
Kişiler arası destek	7	7-28
Stres yönetimi	7	7-28
Toplam	48	48-192

Araştırmaya katılan katılımcılara anket formu ve SYBDÖ yüz yüze görüşme yöntemi ile evlerinde ziyaret edilerek uygulanmıştır.

3.4.1.3. Kan basıncı, boy ve kilo ölçümü ile beden kütle indekslerinin hesaplanması

Anket uygulamasının ardından kan basıncı ölçümleri yapılmıştır. Kan basıncı ölçümü için manşonlu sfıgmomanometre ve stetoskop kullanılmıştır, anket formu doldurulurken katılımcı oturtulmuş dinlenmesi sağlanarak oturur pozisyonda sağ koldan 5 dakika ara ile iki kez ölçüm yapılmıştır. Tüm ölçümlerde dikkat edilmesi gereken esaslara önem verilmiştir.

Katılımcıların daha sonra boyları topukları birleştirilerek düz bir duvara yaslandırılıp mezura yardımıyla boyları ölçülmüştür. Ağırlıkları da ev kıyafetleriyle ev tipi dijital olmayan baskül ile ölçülerek sonuçlara göre araştırmacı tarafından BKİ'leri hesaplanmış ve veriler kaydedilmiştir. BKİ kilogram cinsinden beden ağırlığının metre cinsinden ölçülen boyun karesine bölünmesiyle hesaplanarak, BKİ Ulusal Obezite Rehberi'ne göre aşağıdaki şekilde değerlendirildi.

BKİ Yorumu

<18.5 kg/m Zayıf

18.5-24.9 kg/m Normal

25-29.9 kg/m Fazla kilolu

30-39.9 kg/m Şişman

>40 kg/m Aşırı şişman olarak değerlendirildi.

3.5. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın yürütülmesi için Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan (EK-4), araştırmanın uygulanabilmesi için Kahramanmaraş İli Halk Sağlığı Müdürlüğünden (EK-3) yazılı izin alınmıştır. Katılımcılar araştırmacı tarafından evlerinde ziyaret edilerek çalışmanın amacı anlatılmış katılmayı kabul edenlere anket ve SYBDÖ uygulanmıştır.

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Analizlerin yapılmasında SPSS 23.0 paket programından yararlanılmıştır ve istatistik analizlerde %95 güven aralığı ile çalışılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik analizlerine bakılmıştır(Tablo: 3.2.). Çalışmada, ölçekten elde edilen puanların analiz edilmesi işleminden önce normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi amacı ile normallik testi yapılmış ve analiz sonucunda puanların normal dağılıma uygun olmadığı belirlenmiştir

(Tablo: 3.3.). Bunun sonucunda analizlerde parametrik olmayan test tekniklerinin kullanılmasına karar verilmiştir. Araştırmada elde edilen veriler; aritmetik ortalama, frekans dağılımı ve yüzdeleri, Kruskal Wallis h testi, Mann Whitney U testi ve korelasyon analizi yardımıyla analiz edilip yorumlanmıştır.

Tablo 3.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Güvenilirlik Analizi

Ölçekler	İfade sayısı	Alfa değeri	Orjinal
Kendini gerçekleştirme	13	0.87	0.77
Sağlık sorumluluğu	10	0.86	0.74
Egzersiz	5	0.76	0.71
Beslenme	6	0.62	0.57
Kişilerarası destek	7	0.79	0.65
Stres yönetimi	7	0.79	0.63
Toplam	48	0.95	0.91

Ölçeğin ve alt boyutların güvenilirlik düzeyleri; kendini gerçekleştirme alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0.87; sağlık sorumluluğu alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0.86; egzersiz alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0.76; beslenme alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı 0.62; kişilerarası destek ve stres yönetimi alt boyutlarının iç tutarlılık katsayısı 0.79'dur. Genel güvenilirlik analizi sonucu Cronbach alfa değeri 0.95 olup oldukça ölçek güveniliridir.

Tablo 3.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarının Normallik Testi

	Kolmogorov-Smirnov ^a		Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Egzersiz	0.093	400	0.000	0.968	400	0.000
Beslenme	0.083	400	0.000	0.984	400	0.000
Sağlık sorumluluğu	0.081	400	0.000	0.976	400	0.000
Kişilerarası destek	0.077	400	0.000	0.984	400	0.000
Kendini gerçekleştirme	0.052	400	0.010	0.989	400	0.005
Stres Yönetimi	0.081	400	0.000	0.982	400	0.000
SYBDÖ	0.053	400	0.009	0.986	400	0.001

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutlarında yapılan Shapiro Wilk normallik testi sonucunda tüm alt boyutların verilerinin normal dağılıma uygun olmadığı sonucuna varılmıştır ($p<0.05$). Dolayısıyla parametrik testlerin ön şartları sağlamadığı, bu yüzden non-parametrik testler yapılmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma grubundaki katılımcıların bazı özelliklerine ait tanımlayıcı bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1. Araştırmaya Katılanların Demografik Özellikleri

Cinsiyet	Sayı	%
Kadın	226	56.5
Erkek	174	43.5
Medeni durum		
Evli	346	86.5
Bekâr	54	13.5
Çocuk olma durumu		
Var	327	81.8
Yok	73	18.2
Eğitim durumu		
Okuryazar ve okuryazar değil	42	10.5
İlkokul	82	20.5
Ortaokul	58	14.5
Lise	67	16.8
Lisans ve lisansüstü	151	37.7
Meslek durumu		
Ev hanımı	115	28.7
Memur	137	34.3
İşçi	54	13.5
Emekli	41	10.3
Diğer	53	13.2
Sosyal güvence		
Yok	19	4.8
Var	381	95.2
Aylık gelir		
Geliri giderinden az	115	28.7
Geliri giderinden çok	74	18.5
Geliri giderine denk	211	52.8
BKİ		
<18.5 kg/m Zayıf	4	1.0
18.5-24.9 kg/m Normal kilolu	124	31.0
25-29.9 kg/m Fazla kilolu	200	50.0
30-39.9 kg/m Şişman	66	16.5
>40 kg/m Aşırı şişman	6	1.5
Toplam	400	100.0

Araştırmaya katılanların %56.5'i kadın, %86.5'inin evli, %81.8'inin çocuğunun olduğu görülmektedir. Katılımcıların %37.7'sinin lisans ve lisansüstü mezunu, %34.3'nün memur, %28.7'sinin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların %95.2'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %52.8'inin gelirinin giderine denk olduğu görülmektedir. Katılımcıların BKİ'lerine bakıldığında %50.0'nın fazla kilolu olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların Demografik Özelliklerinin Tanımlayıcı İstatistikleri

Değişkenler	N	Minimum	Maksimum	Ortalama
Boy	400	145.00	190.00	169.44±9.58
Kilo	400	45.00	122.00	76.50±12.64
BKİ	400	16.00	46.00	26.69±4.39
Kan basıncı	400	80.00	190.00	126.29±14.07
Yaş	400	27.00	85.00	43.92±12.04

Araştırmaya katılanların demografik değişkenleri incelendiğinde; yaş ortalamasının 43.92±12.04, BKİ 26.69±4.39 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Araştırmaya Katılanların Çocuk ve Ailelerinde Hipertansiyon Olma Durumu

Çocuklarınızda hipertansiyon durumu	Sayı	%
Evet	16	4.0
Hayır	316	79.0
Bilmiyorum	68	17.0
Ailede hipertansiyon durumu		
Var	175	43.8
Yok	225	56.2
Toplam	400	100.0

Araştırmaya katılanların çocuk ve ailelerinde hipertansiyon olma durumları incelendiğinde; %79.0'ının çocuklarında, %56.2'sin ise ailesinde hipertansiyon olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Araştırmaya Katılanların Yemek Yeme Sıklığı ve Tüketimine Göre Dağılımı

Yemek yeme sıklığı	Sayı	%
Günde tek öğün	12	3.0
Günde iki öğün	114	28.5
Günde üç öğün	237	59.3
Daha sık	37	9.2
Toplam	400	100.0
Kırmızı et tüketimi*	164	41.0
Beyaz et tüketimi*	102	25.5
Bitkisel protein tüketme*	111	27.8
Karbonhidrat tüketimi*	102	25.5
Yağ tüketimi*	20	5.0
Sebze meyve tüketimi*	53	13.3
Ayçiçeği*	201	50.2
Zeytinyağı*	267	65.8
Margarin*	23	5.8
Tereyağ*	108	27.0
Kuyrukyağı*	24	6.0
Diğer*	3	0.8

*(Anket formunda birden fazla seçenek işaretlenmiştir)

Araştırmaya katılanların yemek yeme sıklığı incelendiğinde; %59.3'ünün günde üç öğün yediği tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların yemekte sıklıkla tükettikleri besinler incelendiğinde; öncelikli olarak katılımcıların %41.0'ının kırmızı et, %27.8'inin bitkisel protein, %25.5'inin beyaz et ve karbonhidrat, %13.3'ünün sebze meyve ve %5.0'nin ise yağ tüketimi yaptığı tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların yağ kullanım türleri incelendiğinde; %65.8'inin zeytinyağı, %50.2'sinin ayçiçeği, %27.0'ının tereyağı , %6.0'ının kuyrukyağı, %5.8'inin margarin ve %0.8'inin diğer yağlar olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Araştırmaya Katılanların Madde Tüketimine Göre Dağılımı

Salamura tüketim sıklığı	Sayı	%
Hiç	55	13.8
Orta	309	77.2
Çok	36	9.0
Yemeğin tadına bakmadan tuz atma alışkanlığı		
Evet	91	22.8
Hayır	309	77.2
Tuz kullanma alışkanlığı		
Normal	239	59.8
Çok Tuzlu	45	11.2
Az Tuzlu	104	26.0
Tuzsuz	12	3.0
Dışarda yemek yeme halinde az tuzlu, az yağlı tercih durumu		
Evet	197	49.3
Hayır	78	19.4
Dikkat etmem	125	31.3
Sigara İçme Durumu		
İçiyor	99	24.8
İçmiyor	301	75.2
Alkol kullanma durumu		
Hiç kullanmadım	352	88.0
Kullanıyorum	48	12.0
Kahve İçme Alışkanlığı		
Günde 1 fincan	143	35.8
Günde 2 fincandan fazla	59	14.8
Hiç	198	49.4
Çay içme alışkanlığı		
Az	70	17.5
Orta	274	68.5
Çok	56	14.0
Toplam	400	100.0

Araştırmaya katılanların %77.2'sinin salamura tüketiminin orta düzeyde olduğu, %77.2'sinin yemeğin tadına bakmadan tuz atma alışkanlığı olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların tuz kullanma alışkanlıkları incelendiğinde; %59.8'inin tuz kullanma alışkanlığını normal olduğunu ifade ettikleri tespit edilmiştir. Katılımcıların %49.3'ü dışarda yemek yeme halinde az tuzlu ve az yağlı tercih ettiği tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılanların %75.2'sinin sigara içmediği, %88.0'i hiç alkol kullanmadığını belirtmektedir. Katılımcıların %49.4'ü kahve içmediği, %68.5'inin çay içme alışkanlıkları orta seviyede olduğu görülmektedir. (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Araştırmaya Katılanların Alışkanlıklarına ve Kronik Hastalık Olma Duruma Göre Dağılımı

Fiziksel aktiviteniz	Sayı	%
Az	126	31.5
Normal	229	57.2
Fazla	45	11.3
Kısa mesafeyi yürüyerek gitme		
Evet	298	74.5
Hayır	102	25.5
Asansör kullanma durumu		
Evet	214	53.5
Hayır	186	46.5
İşin dışında 10 dk fiziksel aktivite yapma durumu		
Evet	222	55.5
Hayır	178	44.5
Kronik hastalık olma durumu		
Evet	127	31.7
Hayır	273	68.3
Toplam	400	100.0

Araştırmaya katılanların %57.2'sinin fiziksel aktivitesinin normal olduğunu ifade ettiği, %74.5'inin kısa mesafeyi yürüyerek gittiği, %53.5'i asansörü kullandığı, %55.5'i işi dışında gün içinde 10 dakika fiziksel aktivite yaptığını belirtmektedir. Araştırmaya katılanların %68.3'ü kronik hastalık olmadığı görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Araştırmaya Katılanların HT ve Tansiyon Yükselten Sebeplere Göre Dağılımı

Son 1 yılda HT nedeniyle doktora gitme durumu	Sayı	%
Evet	85	21.3
Hayır	315	78.7
Şimdiye kadar tansiyon ölçtürme durumu		
Evet	359	89.7
Hayır	41	10.3
Toplam	400	100.0
Tansiyonu yükselten sebepler*		
Üzüntü	172	43.0
Sevinç	18	4.5
Endişe	55	13.7
Korku	55	13.7
Sıkıntı	156	39.0
Telaş	29	7.2
Heyecan	26	6.5
Diğer	29	7.2

*(Anket formunda birden fazla seçenek işaretlenmiştir)

Araştırmaya katılanların %78.7'si son 1 yılda hipertansiyon nedeniyle doktora gitmediğini, %89,7'sinin şimdiye kadar tansiyonlarını ölçtürdüğünü ifade ettiği tespit edilmiştir. Katılımcılara göre tansiyonu yükselten sebepler incelendiğinde; öncelikli olarak %43.0'ı üzüntüden ve %39.0'ı sıkıntıdan kaynaklandığını belirtmektedir (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Araştırmaya Katılanların Tansiyonla İlgili Sorulara Göre Dağılımı

	Sayı	%
Şuan tansiyon düşürücü ilaç kullanma	91	22.7
Nonfarmakolojik yöntem kullanma	43	10.7
Evinde tansiyon aleti olma	170	42.5
Hipertansiyona bağlı sağlık sorunu gelişme	61	15.3
Ailede Hipertansiyona bağlı sağlık sorunu gelişme	76	19.0
Hangi değerlerin hipertansiyon olduğunu bilme	146	36.5
Toplam	400	100.0

Araştırmaya katılanların %22.7'si tansiyon düşürücü ilaç kullandığını, %10.7'sinin ise HT ilacı dışında nonfarmakolojik yöntem kullandığını belirtmektedir. Araştırmaya katılanların %15.3'ü kendisinde, %19.0'da ailesinde hipertansiyona bağlı sağlık sorunun ortaya çıktığını ifade etmiştir. Katılımcıların %36.5'inin hangi değerlerin hipertansiyon olduğunu bildiğini söylemiştir (Tablo 4.8).

Tablo 4.9. Araştırmaya Katılanların Hipertansiyon Geliştiğinde Kendileri ve Ailelerinde Gözlemlediği Şikayetler

Hipertansiyona bağlı şikayetler*	Sayı	%
Baş ağrısı	179	44.7
Baş dönmesi	78	19.5
Kulak uğultusu	32	8.0
Çarpıntı	70	17.5
El ayak uyuşması	38	9.5
Bacaklarda şişme	17	4.3
Burun kanaması	18	4.5
Yorgunluk	68	17.0
Nefes darlığı	23	5.7
Görme bozukluğu	14	3.5

Tablo 4.9.’ un Devamı

Ailede hipertansiyona bağlı şikayetler*	Sayı	%
Baş ağrısı	183	45.7
Baş dönmesi	100	25.0
Kulak uğultusu	45	11.3
Çarpıntı	96	24.0
El ayak uyuşması	46	11.5
Bacaklarda şişme	23	5.7
Burun kanaması	36	9.0
Yorgunluk	74	18.5
Nefes darlığı	35	8.7
Görme bozukluğu	14	3.5

*(Anket formunda birden fazla seçenek işaretlenmiştir)

Araştırmaya katılanların hipertansiyon şikâyetleri incelendiğinde; öncelikli olarak %44.7’sinin baş ağrısı, %19.5’inin baş dönmesi, %17.5’inin çarpıntı ve %17.0’ının yorgunluk olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların ailelerinde hipertansiyona bağlı şikâyetleri incelendiğinde; %45.7’sinin baş ağrısı şeklinde, %25.0’ının baş dönmesi şeklinde, %24.0’ının çarpıntı şeklinde ve %18.5’inin yorgunluk şeklinde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlere Göre Kan Basıncı Ölçümlerinde 140 ve/veya, 90 ve/veya Görülme Durumu

Kan basıncı ölçümlerinde 140 ve/veya, 90 ve/veya üzeri görülme durumu				
	Evet		Hayır	
Cinsiyet	n	%	n	%
Kadın	153	32.4	53	67.6
Erkek	142	31.0	52	69.0
Toplam katılımda	295	31.7	105	68.3

Araştırmaya katılanların kan basıncı ölçümlerinde 140 ve/veya üzeri, 90 ve/veya üzeri görülme durumu kadınlarda %32.4 erkeklerde %31.0 toplam katılımda da %31.7 bulunmuştur (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Betimleyici Bulgular

SYBDÖ	N	μ	Ss
Kendini gerçekleştirme	400	2.67	0.55
Sağlık sorumluluğu	400	2.37	0.64
Egzersiz	400	2.16	0.72
Beslenme	400	2.73	0.56
Kişilerarası destek	400	2.73	0.58
Stres yönetimi	400	2.46	0.60
Toplam	400	2.52	0.51

Araştırmaya katılanların kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişilerarası destek alt boyutlarının yüksek olduğu tespit edilmiş olup, en düşük egzersiz yapma alt boyutudur. (Tablo 4.11.)

Tablo 4.12. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Alt Boyutlarından Elde Edilen Puanlar

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama
Egzersiz	400	5	20	10.78±3.58
Beslenme	400	7	24	16.38±3.34
Sağlık Sorumluluğu	400	11	40	23.68±6.42
Kişilerarası Destek	400	10	28	19.08±4.09
Kendini Gerçekleştirme	400	17	52	34.76±7.14
Stres Yönetimi	400	7	28	17.20±4.18
SYBDÖ	400	63	189	121.86± 24.35

Ankete cevap veren katılımcıların egzersiz puanı ortalaması 10.78±3.58; beslenme puanı ortalaması 16.38±3.34; sağlık sorumluluğu puanı ortalaması 23.68±6.42; kişilerarası destek puanı ortalaması 19.08±4.09; kendini gerçekleştirme puanı ortalaması

34.76±7.14; stres yönetimi puanı ortalaması ise 17.20±4.18, sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması 121.86±24.35'dir (Tablo 4.12.).

Tablo 4.13. Araştırmaya Katılanların Cinsiyetlere Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Cinsiyet				
Alt Ölçekler	Kadın n=174	Erkek n=226	Test U	p
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	181.15	215.40	16295.000	0.003*
Sağlık sorumluluğu	199.96	200.92	19567.500	0.934
Egzersiz	170.95	223.25	14519.500	0.000*
Beslenme	196.54	203.55	18973.000	0.546
Kişilerarası destek	192.65	206.55	18295.500	0.232
Stres yönetimi	186.04	211.63	17145.500	0.028*
SYBDÖ	185.21	212.27	17002.000	0.020*

* p< 0.05;

Araştırmaya katılanların cinsiyetlere göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; cinsiyete göre kendini gerçekleştirme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Kendini gerçekleştirme alt boyutunun erkeklerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyete göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir (p>0.05). Cinsiyete göre egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir (p<0.05). Egzersiz alt boyutunun erkeklerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre beslenme ve kişilerarası destek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05). Cinsiyete göre stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Stres yönetimi alt boyutunun erkeklerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Cinsiyete göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0.05). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları erkeklerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. Araştırmaya Katılanların Medeni Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Medeni Durum				
Alt Ölçekler	Evli n=346	Bekar n=54	Test U	p
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	197.65	218.74	8357.000	0.212
Sağlık sorumluluğu	196.31	227.32	7893.500	0.066
Egzersiz	195.76	230.84	7703.500	0.037*
Beslenme	202.36	188.61	8700.000	0.414
Kişilerarası destek	198.11	215.84	8513.500	0.293
Stres yönetimi	193.59	244.79	6950.500	0.002*
SYBDÖ	197.22	221.51	8207.500	0.151

*p< 0.05;

Araştırmaya katılanların medeni duruma göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; medeni duruma göre kendini gerçekleştirme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Medeni duruma göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Medeni duruma göre egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunun bekar olanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Medeni duruma göre beslenme ve kişilerarası destek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Medeni duruma göre stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Stres yönetimi alt boyutunun bekarlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Medeni duruma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Medeni durum değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamamıştır (Tablo 4.14).

Tablo 4.15. Araştırmaya Katılanların Meslek Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Meslek Durumu							
	Ev hanımı	Memur	İşçi	Emekli	Diğer	Test	
Alt Ölçekler	n=115	n=137	n=54	n=41	n=53		
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Kwh	p
Kendini gerçekleştirme	170.66	222.61	209.48	188.49	208.24	13.707	0.008*
Sağlık sorumluluğu	194.42	201.59	206.70	191.66	211.39	1.199	0.878
Egzersiz	164.27	213.88	237.65	165.51	233.75	27.021	0.000*
Beslenme	182.82	214.02	215.43	194.88	193.05	5.830	0.212
Kişilerarası destek	193.27	201.13	225.44	169.56	213.08	6.571	0.160
Stres yönetimi	180.15	208.68	236.18	168.41	211.99	13.146	0.011*
SYBDÖ	178.08	213.17	224.69	179.16	208.25	9.974	0.041*

*p< 0.05;

Araştırmaya katılanların meslek durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testine göre incelendiğinde; meslek durumuna göre kendini gerçekleştirme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme alt boyutunun memurlarda daha yüksek çıktığı, ev hanımlarında ise en düşük çıktığı tespit edilmiştir. Meslek durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Meslek durumuna göre egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunun işçilerde daha yüksek, ev hanımlarında ise en düşük çıktığı görülmektedir. Meslek durumuna göre beslenme ve kişilerarası destek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Meslek duruma göre stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Stres yönetimi alt boyutunun diğer meslek gruplarında yani serbest ve çiftçi vb. meslek dallarında daha yüksek, emeklilerde ise daha düşük çıktığı tespit edilmiştir. Meslek durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu

görülmektedir ($p<0.05$). Meslek durumu değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamıştır (Tablo 4.15).

Tablo 4.16. Araştırmaya Katılanların Eğitim Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Eğitim Durumu					Test	
	Okuryazar olmayan ve okuryazar	İlkokul	Ortaokul	Lise	Lisans ve lisansüstü		
	n=42	n=82	n=58	n=67	n=151	Kwh	p
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	155.70	179.11	204.57	215.81	216.22	13.177	0.010*
Sağlık sorumluluğu	173.29	195.69	202.73	228.43	197.43	6.545	0.163
Egzersiz	146.44	203.43	198.23	218.69	206.74	11.432	0.022*
Beslenme	165.24	194.22	195.81	228.34	203.17	8.280	0.082
Kişilerarası destek	201.85	204.13	200.00	212.36	193.09	1.422	0.840
Stres yönetimi	176.69	193.67	212.73	218.37	198.21	4.401	0.354
SYBDÖ	162.74	189.90	206.11	224.55	203.93	8.341	0.080

* $p<0.05$;

Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testine göre incelendiğinde; eğitim durumuna göre kendini gerçekleştirme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme alt boyutunun lisans ve lisansüstünde daha yüksek çıktığı, okuryazar ve okuryazar olmayanlarda ise en düşük çıktığı tespit edilmiştir. Eğitim durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunun lise mezunu olanlarda daha yüksek, okuryazar ve okuryazar olmayanlarda ise en düşük çıktığı görülmektedir. Eğitim durumuna göre beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi

davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Eğitim durumu değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamamıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4.17. Araştırmaya Katılanların Çocuğu Olma Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Çocuğu Olma Durumu				
Alt Ölçekler	Evet n=327	Hayır n=73	Test U	P
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	189.68	248.95	8398.500	0.000*
Sağlık sorumluluğu	190.98	243.14	8823.000	0.000*
Egzersiz	189.00	252.03	8173.500	0.000*
Beslenme	197.72	212.96	11026.000	0.306
Kişilerarası destek	191.56	240.55	9012.000	0.001*
Stres yönetimi	187.69	257.90	7745.000	0.000*
SYBDÖ	189.88	248.07	8463.000	0.000*

* $p<0.05$;

Araştırmaya katılanların çocuk olma durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; çocuk olma durumuna göre kendini gerçekleştirme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme alt boyutunun çocuğu olmayanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Çocuk olma durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu alt boyutunun çocuğu olmayanlarda yine daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Çocuk olma durumuna göre egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunun çocuğu olmayanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Çocuk olma

durumuna göre beslenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Çocuk olma durumuna göre kişilerarası destek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kişilerarası destek alt boyutunun çocuğu olmayanlarda daha yüksek çıktığı görülmektedir. Çocuk olma durumuna göre stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Stres yönetimi alt boyutunun çocuğu olmayanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Çocuk olma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.17).

Tablo 4.18. Araştırmaya Katılanların Ekonomik Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Ekonomik Durum				
	Gelir giderinden az	Gelir giderinden çok	Gelir gidere denk	Test	
	n=115	n=74	n=211	Kwh	p
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	191.85	225.52	196.44	4.378	0.112
Sağlık sorumluluğu	201.66	211.07	196.16	0.931	0.628
Egzersiz	194.45	217.64	197.78	2.071	0.355
Beslenme	200.20	192.29	203.54	0.524	0.769
Kişilerarası destek	212.93	208.22	191.01	3.099	0.212
Stres yönetimi	205.92	213.61	192.95	2.118	0.347
SYBDÖ	200.62	214.95	195.37	1.573	0.455

* $p<0.05$;

Araştırmaya katılanların ekonomik durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testine göre incelendiğinde; ekonomik durumuna göre tüm alt boyut ve sağlıklı yaşam davranışları boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bu durum bize ekonomik durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışları boyutu ve alt boyutlarında önemli bir rol oynamadığının göstergesidir (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. Araştırmaya Katılanların Ailede HT Olma Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Ailenizde Hipertansiyon Olma Durumu				
Alt Ölçekler	Var n=175 Sıra Ortalaması	Yok n=225 Sıra Ortalaması	Test U P	
Kendini gerçekleştirme	177.70	218.23	15698.00	0.000*
Sağlık sorumluluğu	189.95	208.70	17841.500	0.107
Egzersiz	175.74	219.76	15354.000	0.000*
Beslenme	186.23	211.60	17190.000	0.029*
Kişilerarası destek	180.30	216.21	16152.500	0.002*
Stres yönetimi	174.25	220.92	15094.000	0.000*
SYBDÖ	177.04	218.74	15582.500	0.000*

* p< 0.05;

Araştırmaya katılanların ailenizde HT olma durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; ailenizde HT olma durumuna göre kendini gerçekleştirme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme alt boyutunun ailenizde HT olmayanların daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Ailenizde HT olma durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Ailenizde HT olma durumuna göre egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunun ailenizde HT olmayanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Ailenizde HT olma durumuna göre beslenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Beslenme alt boyutunun ailenizde HT olmayanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Ailenizde HT olma durumuna göre kişilerarası destek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kişilerarası destek alt boyutunun ailenizde HT olmayanlarda daha

yüksek çıktığı görülmektedir. Ailenizde HT olma durumuna göre stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Stres yönetimi alt boyutunun ailenizde HT olmayanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Ailenizde HT olma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Ailenizde HT olma durumu değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4.20. Araştırmaya Katılanların Yemek Yeme Alışkanlıklarına Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Yemek Yeme Alışkanlığı				Test	
	Günde tek öğün	Günde iki öğün	Günde üç öğün	Daha sık		
	n=12	n=114	n=237	n=37	Kwh p	
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	173.08	186.04	200.01	257.05	11.337	0.010*
Sağlık sorumluluğu	180.67	176.34	204.13	258.09	14.785	0.002*
Egzersiz	157.00	187.27	200.43	255.81	11.736	0.008*
Beslenme	149.96	157.89	216.48	245.85	28.245	0.000*
Kişilerarası destek	186.63	195.66	195.99	248.81	7.237	0.065
Stres yönetimi	151.63	178.94	207.01	241.04	11.474	0.009*
SYBDÖ	158.63	177.06	205.03	257.31	15.563	0.001*

* $p<0.05$;

Araştırmaya katılanların yemek yeme alışkanlıklarına göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testine göre incelendiğinde; yemek yeme alışkanlıklarına göre kendini gerçekleştirme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme alt boyutunun daha sık öğün yemek yiyenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Yemek yeme alışkanlıklarına göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu alt boyutunun günde daha sık öğün yemek yiyenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Yemek yeme alışkanlıklarına göre egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunun daha sık öğün yemek yiyenlerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Yemek yeme alışkanlıklarına göre beslenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yemek yeme alışkanlıklarına göre kişilerarası destek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Yemek yeme alışkanlıklarına göre stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Stres yönetimi alt boyutunun günde daha sık öğün yemek yiyenlerde daha yüksek olduğu görülmektedir. Yemek yeme alışkanlıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yemek yeme alışkanlıkları değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamıştır (Tablo 4.20).

Tablo 4.21. Araştırmaya Katılanların Tuz Kullanma Alışkanlıklarına Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Tuz Kullanma Alışkanlığı				Test	
	Normal	Çok tuzlu	Az tuzlu	Tuzsuz	Kwh	p
	n=239	n=45	n=104	n=12		
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	194.89	220.23	203.11	215.71	2.139	0.544
Sağlık sorumluluğu	184.90	233.61	215.51	256.88	12.679	0.005*
Egzersiz	187.27	232.43	218.92	184.54	9.493	0.023*
Beslenme	192.00	209.38	212.56	232.04	3.615	0.306
Kişilerarası destek	190.74	218.11	210.73	240.21	5.008	0.171
Stres Yönetimi	193.20	214.23	209.55	216.00	2.456	0.483
SYBDÖ	188.59	230.38	211.58	229.63	7.260	0.064

* $p<0.05$;

Araştırmaya katılanların tuz kullanma alışkanlıklarına göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testine göre incelendiğinde; tuz kullanma alışkanlıklarına göre sağlık sorumluluğu ve egzersiz alt boyutlarının arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Alt boyutlarından sağlık sorumluluğunda tuzsuz kullanma alışkanlığı olanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Alt boyutlarda egzersiz yapanlarda çok tuz atanlarda daha yüksek çıktığı

tespit edilmiştir. Sağlık sorumluluğu alt boyutunun günde daha sık öğün yemek yiyenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Tuz kullanma alışkanlıklarına göre diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Tuz kullanma alışkanlığının SYBDÖ üzerinde etkili bir rol oynamadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.21).

Tablo 4.22. Araştırmaya Katılanların Sigara İçme Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Sigara İçme Durumu			
	İçiyor	İçmiyor	Test	
	n=99 Sıra Ortalaması	n=301 Sıra Ortalaması	U	p
Kendini gerçekleştirme	201,43	200.19	14807.000	0.926
Sağlık sorumluluğu	196,04	201.97	14458.000	0.658
Egzersiz	207,96	198.05	14161.000	0.458
Beslenme	177,43	208.09	12615.500	0.022*
Kişilerarası destek	208,92	197.73	14066.000	0.402
Stres yönetimi	201,60	200.14	14790.500	0.913
SYBDÖ	198,23	201.25	14674.500	0.822

* $p<0.05$;

Araştırmaya katılanların sigara içme durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis U testine göre incelendiğinde; sigara içme durumuna göre beslenme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Beslenme alt boyutunun sigara içmeyenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Sigara içme durumuna göre diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Yalnızca beslenme alt boyutunun sigara içme durumunda etkili bir rol oynadığı söylenebilir (Tablo 4.22).

Tablo 4.23. Araştırmaya Katılanların Kahve İçme Alışkanlığına Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Kahve İçme Alışkanlığı			Test	
	Günde 1 fincan	Günde 2 fincandan fazla	Hiç	Kwh	p
	n=143	n=159	n=98		
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	227.30	195.91	182.52	12.591	0.002*
Sağlık sorumluluğu	226.28	213.09	178.13	15.263	0.000*
Egzersiz	216.55	226.20	181.25	11.234	0.004*
Beslenme	224.00	192.62	185.87	9.435	0.009*
Kişilerarası destek	210.14	200.69	193.48	1.735	0.420
Stres yönetimi	217.12	204.89	187.19	5.694	0.058
SYBDÖ	224.85	205.05	181.56	11.756	0.003*

*p< 0.05;

Araştırmaya katılanların kahve içme alışkanlıklarına göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testine göre incelendiğinde; kahve içme alışkanlıklarına göre kendini gerçekleştirme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme alt boyutunun günde 1 fincan kahve içenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Kahve içme alışkanlıklarına göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu alt boyutunun günde 1 fincandan fazla içenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Kahve içme alışkanlıklarına göre egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunun günde 2 fincandan daha yüksek olduğu görülmektedir. Kahve içme alışkanlıklarına göre beslenme alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Beslenme alt boyutunun günde 1 fincandan fazla olanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Kahve içme alışkanlıklarına göre kişilerarası destek alt boyutu ve stres yönetimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Kahve içme alışkanlıklarına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları boyutu arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Kahve içme alışkanlıkları değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamıştır (Tablo 4.23).

Tablo 4.24. Araştırmaya Katılanların Fiziksel Aktivite Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Fiziksel Aktivite Durumu			Test	
	Az	Normal	Fazla	Kwh	p
	n=126 Sıra Ortalaması	n=229 Sıra Ortalaması	n=45 Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	140.96	223.28	251.26	51.078	0.000*
Sağlık sorumluluğu	141.11	222.97	252.43	51.117	0.000*
Egzersiz	111.11	234.76	276.47	115.608	0.000*
Beslenme	151.30	215.93	259.71	39.039	0.000*
Kişilerarası destek	144.16	223.19	242.78	45.030	0.000*
Stres yönetimi	141.58	224.42	243.73	49.099	0.000*
SYBDÖ	128.31	228.29	261.22	74.795	0.000*

* $p<0.05$;

Araştırmaya katılanların fiziksel aktivite durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testine göre incelendiğinde; fiziksel aktivite durumuna göre tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçekleri alt boyutlarından fiziksel aktivite durumu fazla olanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Fiziksel aktivite durumu değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamıştır (Tablo 4.24).

Tablo 4.25. Araştırmaya Katılanların Kendilerini Stresli Hissetmelerine Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Stres Olma Durumu					Test	
	Stressiz	Az	Orta	Fazla	Çok		
		stresli	stresli	stresli	fazla stresli		
	n=28	n=120	n=155	n=71	n=26		
	Sıra	Sıra	Sıra	Sıra	Sıra	Kwh	p
	Ortalaması	Ortalaması	Ortalaması	Ortalaması	Ortalaması		
Kendini Gerçekleştirme	224.61	213.40	190.91	178.90	231.17	8.101	0.088
Sağlık Sorumluluğu	229.64	204.70	200.50	172.27	226.83	7.536	0.110
Egzersiz	219.41	204.25	194.13	181.04	253.94	8.970	0.062
Beslenme	192.93	214.53	203.67	173.54	198.62	5.923	0.205
Kişilerarası Destek	212.23	215.71	195.87	170.77	226.48	8.674	0.070
Stres Yönetimi	230.48	213.98	195.42	164.33	235.06	13.158	0.011*
SYBDÖ	225.95	213.24	195.17	170.08	229.13	9.655	0.047*

* p< 0.05;

Araştırmaya katılanların stres olma durumuna SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testine göre incelendiğinde; stres durumuna göre stres yönetimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Katılımcıların stres olma durumuna göre diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçekleri alt boyutlarından stres yönetiminde stressiz olanların diğerlerine göre daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Stres olma durumu değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamıştır (Tablo 4.25).

Tablo 4.26. Araştırmaya Katılanların Kronik Hastalık Olma ve Son 1 Yılda Hipertansiyon Nedeniyle Doktora Gitme Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Kronik Hastalık				
	Evet	Hayır	Test	
	n=127	n=273	U	p
Alt Ölçekler	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	165.33	216.86	12868.500	0.000*
Sağlık sorumluluğu	181.95	209.13	14980.000	0.028*
Egzersiz	165.81	216.64	12930.500	0.000*
Beslenme	172.81	213.38	13819.500	0.001*
Kişilerarası destek	169.80	214.78	13437.000	0.000*
Stres yönetimi	160.68	219.02	12278.500	0.000*
SYBDÖ	164.30	217.34	12738.000	0.000*
Son 1 Yılda Hipertansiyon Nedeniyle Doktora Gitme Durumu				
	Evet	Hayır	Test	
	n=85	n=315	U	p
Alt Ölçekler	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini gerçekleştirme	179.80	206.09	11628.000	0.063
Sağlık sorumluluğu	204.51	199.42	13046.500	0.718
Egzersiz	180.85	205.80	11717.000	0.076
Beslenme	172.51	208.05	11008.500	0.012*
Kişilerarası destek	188.74	203.67	12387.500	0.289
Stres yönetimi	181.18	205.71	11745.500	0.082
SYBDÖ	183.17	205.18	11914.500	0.119

*p< 0.05;

Araştırmaya katılanların kronik hastalık olma durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testine göre incelendiğinde; kronik hastalık olma durumuna göre tüm alt boyutlar arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). SYBDÖ alt boyutlarından kronik hastalık görünmeyenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Kronik hastalık olma durumu değişkenin sağlıklı yaşam davranışları ölçeği üzerinde önemli bir rol oynamıştır (Tablo 4.26).

Araştırmaya katılanların son 1 yılda HT nedeniyle doktora gitme durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; son 1 yılda HT nedeniyle doktora gitme durumuna göre beslenme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Beslenme alt boyutunun son 1 yılda doktora gitmeyenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Son 1 yılda HT nedeniyle doktora gitme durumuna göre diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.26).

Tablo 4.27. Araştırmaya Katılanların Tansiyon Düşürücü İlaç Kullanma İle Evinde Tansiyon Aleti Bulundurma Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Tansiyon Düşürücü İlaç Kullanma Durumu				
	Evet n=91	Hayır n=309	Test U	p
Alt Ölçekler	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini Gerçekleştirme	151.54	214.92	9604.500	0.000*
Sağlık Sorumluluğu	178.12	207.09	12022.500	0.035*
Egzersiz	156.60	213.43	10065.000	0.000*
Beslenme	160.86	212.17	10452.000	0.000*
Kişilerarası Destek	159.23	212.65	10304.000	0.000*
Stres Yönetimi	150.50	215.22	9509.500	0.000*
SYBDÖ	152.99	214.49	9736.500	0.000*

Tablo 4.27. nin Devamı

Evinde Tansiyon Aleti Olma				
Durumu				
	Evet	Hayır	Test	
	n=170	n=230	U	p
Alt Ölçekler	Sıra Ortalaması		Sıra Ortalaması	
Kendini Gerçekleştirme	207.86	195.06	18299.000	0.273
Sağlık Sorumluluğu	219.10	186.75	16388.000	0.006*
Egzersiz	199.96	200.90	19458.500	0.936
Beslenme	212.53	191.61	17505.500	0.072
Kişilerarası Destek	194.67	204.81	18558.000	0.384
Stres Yönetimi	204.17	197.79	18926.000	0.584
SYBDÖ	208.64	194.48	18166.000	0.226

*p< 0.05;

Araştırmaya katılanların tansiyon düşürücü ilaç kullanma durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; tansiyon düşürücü ilaç kullanma durumuna göre tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). SYBDÖ alt boyutlarından tansiyon düşürücü ilaç kullanmayanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Tansiyon düşürücü ilaç kullanma durumu değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamıştır. Araştırmaya katılanların evde tansiyon aleti olma durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; evde tansiyon aleti olma durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu alt boyutunun evinde tansiyon aleti olanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Evinde tansiyon aleti olma durumuna göre diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Yalnızca sağlık sorumluluğu alt boyutunun evde tansiyon aleti olma durumunda etkili bir rol oynadığı söylenebilir (Tablo 4.27).

Tablo 4.28. Araştırmaya Katılanların Kendisinde ve Ailesinde Hipertansiyona Bağlı Sağlık Sorunu Gelişme Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Hipertansiyona Bağlı Sağlık Sorunu Gelişme Durumu				
Alt Ölçekler	Evet n=61 Sıra Ortalaması	Hayır n=339 Sıra Ortalaması	Test U p	
Kendini Gerçekleştirme	152.93	209.06	7437.500	0.000*
Sağlık Sorumluluğu	166.39	206.64	8258.500	0.012*
Egzersiz	157.01	208.33	7686.500	0.001*
Beslenme	138.52	211.65	6559.000	0.000*
Kişilerarası Destek	155.52	208.59	7595.500	0.001*
Stres Yönetimi	144.40	210.59	6917.500	0.000*
SYBD Ölçeği	147.05	210.12	7079.000	0.000*
Ailenizde Hipertansiyona Bağlı Sağlık Sorunu Gelişme Durumu				
Alt Ölçekler	Evet n=76 Sıra Ortalaması	Hayır n=324 Sıra Ortalaması	Test U p	
Kendini Gerçekleştirme	161.45	209.66	9344.000	0.001*
Sağlık Sorumluluğu	190.38	202.87	11543.000	0.396
Egzersiz	171.50	207.30	10108.000	0.015*
Beslenme	175.43	206.38	10406.500	0.035*
Kişilerarası Destek	169.61	207.75	9964.500	0.009*
Stres Yönetimi	163.71	209.13	9516.000	0.002*
SYBDÖ	169.18	207.85	9931.500	0.009*

*p< 0.05;

Araştırmaya katılanların HT'ye bağlı sağlık sorunu gelişme durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; HT'ye bağlı sağlık sorunu gelişme durumuna göre tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). SYBDÖ'ği alt boyutlarından HT'ye bağlı sağlık sorunu gelişme durumu olmayanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. HT'ye bağlı sağlık sorunu gelişme durumu değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamıştır. Araştırmaya katılanların ailede HT'ye bağlı sağlık sorunu gelişme durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; ailede HT'ye bağlı sağlık sorunu gelişme durumuna göre sağlık sorumluluğu hariç tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). SYBDÖ alt boyutlarından ailede HT'ye bağlı sağlık sorunu gelişme durumu olmayanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Ailede HT'ye bağlı sağlık sorunu gelişme durumu değişkenin SYBDÖ üzerinde önemli bir rol oynamıştır (Tablo 4.28).

Tablo 4.29. Araştırmaya Katılanların Kan Basıncı Değerlerinin Hipertansiyon Olduğunu Bilme Durumuna Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Hangi KB Değerlerinin HT Olduğunu Bilme Durumu				
Alt Ölçekler	Evet n=146	Hayır n=254	Test	
			U	p
	Sıra Ortalaması		Sıra Ortalaması	
Kendini Gerçekleştirme	199.83	200.89	18443.500	0.929
Sağlık Sorumluluğu	210.22	194.91	17122.500	0.202
Egzersiz	190.04	206.51	17015.500	0.169
Beslenme	204.13	198.41	18011.500	0.632
Kişilerarası Destek	184.35	209.79	16183.500	0.034*
Stres Yönetimi	193.78	204.36	17560.500	0.377
SYBD Ölçeği	196.85	202.60	18008.500	0.632

* $p<0.05$;

Araştırmaya katılanların KB değerlerinin HT olduğunu bilme durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; KB değerlerinin HT olduğunu bilme durumuna göre kişilerarası destek alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kişilerarası destek alt boyutunun KB değerlerinin HT olduğunu bilmeyenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. KB değerlerinin HT olduğu bilme durumuna göre diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Yalnızca kişilerarası destek alt boyutunun KB değerlerinin HT olduğunu bilme durumunda etkili bir rol oynadığı söylenebilir (Tablo 4.29).

Tablo 4.30. Araştırmaya Katılanların Kan Basınçlarına Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Kan basınçları 140 ve/veya ile 90 ve/veya üzeri olanlar				
Alt Ölçekler	Yüksek n=126	Düşük n=274	Test U	p
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması		
Kendini Gerçekleştirme	182.29	208.88	14967.000	0.032*
Sağlık Sorumluluğu	191.75	204.52	16160.000	0.304
Egzersiz	183.61	208.27	15133.500	0.047*
Beslenme	184.35	207.93	15227.500	0.057
Kişilerarası Destek	176.03	211.75	14179.000	0.004*
Stres Yönetimi	183.73	208.21	15149.000	0.049*
SYBDÖ	181.29	209.34	14841.000	0.024*

* $p<0.05$;

Araştırmaya katılanların KB'ye göre SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Mann Whitney U testine göre incelendiğinde; KB'ye göre kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). KB değeri düşük çıkanların yüksek çıkanlara göre kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin daha yüksek

çıkıldığı tespit edilmiştir. KB'ye göre beslenme ve sağlık sorumluluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.30).

Tablo 4.31. Araştırmaya Katılanların Beden Kütle İndeksine Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İle Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Beden Kütle İndeksi					Test	
	Zayıf	Normal	Fazla kilolu	Şişman	Aşırı		
	n=4	n=124	n=200	n=66	n=6		
	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Sıra Ortalaması	Kwh	p
Kendini Gerçekleştirme	195.63	199.52	206.96	193.80	82.25	7.153	0.128
Sağlık Sorumluluğu	240.25	202.74	200.64	205.27	70.75	8.210	0.084
Egzersiz	279.38	194.60	208.45	196.52	48.58	13.656	0.008*
Beslenme	164.75	198.15	202.05	209.94	117.67	4.024	0.403
Kişilerarası Destek	215.88	200.77	205.02	196.49	78.25	7.207	0.125
Stres Yönetimi	208.88	206.06	203.51	192.11	72.00	8.249	0.083*
SYBDÖ	213.38	199.19	205.95	197.89	66.25	8.635	0.071

* $p<0.05$;

Araştırmaya katılanların beden kütle indeksi durumuna SYBDÖ ve alt boyutlarının parametrik olmayan testlerden Kruskal Wallis H testine göre incelendiğinde; egzersiz ve stres yönetimi alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından egzersiz ve stres yönetimi düzeyinin zayıf olanların diğer gruplara göre daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir (Tablo 4.31).

Tablo 4.32. Araştırmaya Katılanların Yaş ve Kan Basıncı Değişkenine Göre SYBDÖ ve Alt Boyutları İlişkisi

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Yaş	1								
2. Kan basıncı	0.340**	1							
3. Kendini gerçekleştirme	-0.232**	-0.189**	1						
4. Sağlık Sorumluluğu	-0.158**	-0.143**	0.647**	1					
5. Egzersiz	-0.276**	-0.145**	0.556**	0.642**	1				
6. Beslenme	-0.095	-0.145**	0.657**	0.621**	0.430**	1			
7. Kişilerarası destek	-0.212**	-0.131**	0.683**	0.552**	0.431**	0.515**	1		
8. Stres Yönetimi	-0.253**	-0.146**	0.742**	0.716**	0.641**	0.608**	0.672**	1	
9. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları	-0.237**	-0.186**	0.893**	0.851**	0.721**	0.757**	0.773**	0.881**	1

* korelasyon $p < 0.05$ derecesinde anlamlı ** korelasyon $p < 0.01$ derecesinde anlamlı

Araştırma değişkenleri arasındaki ilişkilerin incelendiği korelasyon analizine bakıldığında, veri setindeki değişkenlerimizin normal dağılıma uygun olmadığından dolayı spearman sıra korelasyon analizine bakılır. Bu sonuçlara göre; yaş değişkeni ile SYBDÖ alt boyutları arasında beslenme alt boyutu hariç anlamlı ve negatif bir yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu durum bize katılımcıların yaşı arttıkça alt boyutlardan olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azalacağını söylemektedir. Kısacası beslenme alt boyutu hariç, diğer alt boyutlar yaş değişkenini negatif yönde etkilemektedir. KB değişkeni ile SYBDÖ alt boyutları arasında anlamlı ve negatif bir yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu durum bize katılımcılarda KB değerleri arttıkça alt boyutlardan olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azalacağını söylemektedir. (Tablo 4.32).

5.TARTIŞMA

Yetişkin bireylerde hipertansiyon ile ilgili literatür çalışmalarına bakıldığında sıklık, farkındalık ve sağlıklı yaşam durumunun incelenmesi farklılık göstermektedir. HT bulaşıcı olmayan kronik hastalıkların en önemlilerinden biridir. Yapılan çalışmalar son 10 yılda HT farkındalığında bir ilerleme kaydedilmediğini göstermektedir. Ulusal Birleşik Komite 7. Raporu'na göre, kontrol ortamları %34'lerde duraklamış ve sağlıklı toplum hedefi olan %50'nin altında kalmıştır (30). WHO'nun tahminlerine göre tüm dünyada sekiz ölümden biri yüksek KB'ye bağlı ve HT dünyada önde gelen ölüm nedenleri arasında üçüncü sırayı almaktadır (2). Kearney ve arkadaşları 2000 yılında tüm dünyada tahmin edilen erişkin HT sayısının 972 milyon olduğu belirtmiştir. 2025 yılında HT'li birey sayısı %60 oranında artış göstererek 1.56 milyara ulaşacağını tahmin etmektedir (9). Ülkemizde HT prevalansının erişkinlerde yaklaşık %33.7 olduğunu saptayan TEKHARF çalışmasına göre 15-18 milyon kişinin HT'si olduğu tahmin edilmektedir (2). HT hastalarının değerlendirildiği başka bir çalışmada Türkiye'de HT farkındalığını %40.7 ve tedavi alma %31.1 saptamıştır (9). HT farkındalığını bu denli az olmasının önemli nedenlerinden birisi KB'nin yeterince ölçülmemesidir (9). Bu çalışmada yetişkin bireylerde hipertansiyon ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişkiye bakmak için yapıldı.

Hipertansiyon ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları çalışmaları incelendiğinde; çalışmanın yapıldığı yer, yapıldığı örneklem ve yaş aralığı gibi karşılaştırmaya uygun veri elde edilmesinde bazı sıkıntılarla karşılaşıldı.

Kan Basıncı Bulguları

Kahramanmaraş ili Mado Sağlık Ocağı Bölgesinde 400 kişiye yapılan bu çalışmada, KB değeri 140 mmHg ve/ veya üzeri ile 90 mmHg ve/veya üzeri çıkanlar hipertansiyon olarak alınmıştır. Bu çalışmada HT görülme sıklığı %31.7 tespit edilmiştir. Kadınlarda %32.4, erkeklerde %31 bulunmuştur.

Kayseri'de Karaözü Sağlık Ocağı bölgesinde Ural'ın yaptığı 30 yaş ve üzerindeki 333 kişilik çalışmada hipertansiyon sıklığı %48.0 olarak belirlenmiştir. Prevalans kadınlar için %47.6; erkekler için %48.8'dir, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı

görülmüştür (80). Bizim çalışmamızda da her iki cinsin hipertansiyon prevalansı birbirine yakındır.

Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 30 yaş ve üzerindeki nüfusta Sarısözen'in yaptığı çalışmada hipertansiyon prevalansının %36.8 olduğu bulunmuştur. Sıklık kadınlarda %42.2; erkeklerde %30.8'dir (81). Bu çalışmanın sonucu bizim çalışmamıza benzemektedir.

İzmir'de Konak ilçesinde Soysal'ın yaptığı 20-39 yaş arası 885 kişilik çalışmada hipertansiyon prevalansı %14.2 olarak bulunmuştur. Sıklık kadınlarda %12.9, erkeklerde %16.7 olarak hesaplanmış, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı anlaşılmıştır (82).Prevalansın yaşla düştüğü ve bizim çalışmamızdan sonuçları daha düşük çıktığı görülmüştür.

İstanbul'da Avrupa yakasında yaşayan 25 yaş ve üzerindeki 423 kişide yapılan bir çalışmada hipertansiyon prevalansı %35.5 olarak bulunmuştur. Sıklığın kadınlarda %34.8; erkeklerde %38.8 olduğu belirlenmiştir (83). Bu çalışmada elde edilen hipertansiyon prevalansı bizim çalışmamıza benzemektedir. Ancak bizim çalışmamızda kadınların sıklığı daha yüksek çıkmıştır.

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneğinin 2003 yılında 26 ilde 18 yaş ve üzeri yaklaşık 5000 kişi ile yaptığı bir çalışmaya göre hipertansiyon sıklığı %31,8 olarak hesaplanmıştır. Sıklık kadınlarda %36.1 erkeklerde %27.5 olarak gerçekleşmiştir (6). İki çalışmanın benzer yönü kadınlarda sıklığın daha yüksek bulunmuş olmasıdır.

İzmir'de Güzelbahçe ilçesinde Aslan'ın 30 yaş ve üzerindeki nüfusta yaptığı 343kişilik çalışmada hipertansiyon prevalansı %28.6 olarak bulunmuştur. Prevalans kadınlarda %33.7; erkeklerde %20.7 olarak hesaplanmış, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (84). Bu çalışmada kullanılan hipertansiyon sınırı sistolik 160 ve/veya diyastolik 90 mmHg ve üzeridir. Bizim çalışmamızda kullanılan hipertansiyon sınırı sistolik 140 ve/veya diyastolik 90 mmHg ve/veya üzeridir.

Hacıoğlu'nun Gümüşhane Torul Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 30 yaş üzerindeki 176 kadın, 174 erkek toplam 350 kişi ile yaptığı çalışmada hipertansiyon prevalansı % 27.4 bulunmuştur. Sıklık kadınlarda % 30.7; erkeklerde % 24.1 olarak belirlenmiştir (85).Benzer olan yön her iki çalışmada da sıklığın kadınlarda daha yüksek bulunmuş olmasıdır.

Bursa Gemlik'te Tugay ve arkadaşlarının 30 yaş ve üzerindeki 1992 kişide yaptıkları bir çalışmada hipertansiyon prevalansı %33.3 olarak bulunmuştur. Sıklık kadınlarda %36.7; erkeklerde %29.7 olarak hesaplanmış, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (86). Bizim çalışmamızda benzerdir.

İzmir'de Özkanlar Sağlık Ocağı bölgesinde Vatansever'in 20 yaş ve üzerindeki nüfusta yaptığı 338 kişilik çalışmada hipertansiyon prevalansı %17.8 olarak bulunmuştur. Sıklık kadınlarda %16.4, erkeklerde %19.1 olarak hesaplanmış, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlenmiştir (87). Bizim çalışmamızda prevalans %31.7 olarak bulunmuştur. Aradaki farklılık bu çalışmada seçilen yaş grubunun farklı olmasından kaynaklanabilir.

Pakistan'da kentsel bölgede 30 ve üzerinde 1147 kişi ile yapılan bir çalışmada hipertansiyon prevalansı %38.5 olarak bulunmuştur (88). Çalışmada elde edilen prevalans değeri bizim çalışmamızdan biraz daha yüksektir. Bölge, kültür, beslenme alışkanlıkları vb. değişkenler farklılık oluşturabilir.

Çin'in üçüncü büyük kenti Tianjin'de 1996 yılında 25-69 yaş arası 1615'i erkek 1592'si kadın toplam 3207 kişi ile yapılan bir çalışmada hipertansiyon prevalansının %8.6 olduğu; sıklığın kadınlarda %18.8; erkeklerde %18.4 olarak gerçekleştiği; aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (89). Yine çalışma yapılan coğrafi bölge, alışkanlıklar, yaşam tarzındaki farklılıklardan dolayı sonuç bizim çalışmamızdan oldukça düşüktür.

Yunanistan'da Didima Köyünde 18 yaş ve üzeri 665 kişi ile yapılan bir başka çalışmada toplamda %28.4 olarak bulunan prevalansın kadınlarda %27.1; erkeklerde %30.2 olduğu belirlenmiştir (90). Bu çalışmada hipertansiyon prevalansı bizim elde ettiğimiz değerden daha düşüktür. Nedeni seçilen yaş grubu, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıklarının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Sosyodemografik Bulgular

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması çalışmamızda 43.92 ± 12.04 yıl olarak bulundu. Le Pailleur ve ark.'nın çalışmasında yaş ortalaması 59 ± 1.50 yıl, Özkara ve ark.'nın çalışmasında 66.8 ± 10.6 yıl, Oğuz ve ark.'nın çalışmasında 65.3 yıl, Kabakcı ve ark.'nın

alışmasında 57.2±10.9 yıldır (91, 92, 93, 94). Bu çalışmaların yaş ortalaması bizim çalışmamızdan daha yüksektir.

Araştırmamız yetişkin bireylerde yapılmıştır. Araştırmaya katılanların %56.5' ni kadınlar oluşturmaktadır. Parabaş'ın 2009 yılında, Pehlivan ve ark 2002' de, Hacıaloğlu'nun 1998'de yaptığı çalışmalarda da cinsiyet açısından benzer sonuçlar çıkmıştır (95, 96, 97). Bunun sebebi kadınlara ulaşmanın daha kolay olmasından kaynaklanmaktadır.

Öğrenim durumu incelendiğinde; katılımcıların %37.7'si lisans ve lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir. Yapılan diğer çalışmalarda öğrenim durumunun daha çok ilkokul veya okuryazar olmadığı görülmektedir. Bu durum yapılan çalışmanın şehir merkezinde olmasından kaynaklanmaktadır (87, 98).

Medeni durum incelendiğinde; araştırmamıza katılanların %86.5 evlidir. Parabaş'ın 2009'da yaptığı, Erefe ve Bahar'ın 1992'de yaptığı çalışmada bizim çalışmamıza benzer sonuçlar vermiştir (95, 99).

Çalışmamız hipertansiyon için risk faktörü yönünden incelendiğinde; BKİ'lerine bakıldığında %50.0'nın fazla kilolu olduğu , %77.2'sinin salamura tüketiminin orta düzeyde olduğu, %59.8'inin tuz kullanma alışkanlığını normal olduğunu ifade ettikleri, %75.2'sinin sigara içmediği, %88.0'i hiç alkol kullandığını, %56.2'sin ise ailesinde hipertansiyon olmadığı saptanmıştır. Parabaş'ın 2009'da yaptığı ve Mollaoğlu ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmaya benzerdir (95, 100). Bizim çalışmamıza katılanların hipertansiyon risk faktörü daha düşüktür.

Çalışmamızda katılımcıların yemek tüketimi incelendiğinde; öncelikli olarak katılımcıların %41,0'ının kırmızı et tüketimi, %27,8'inin bitkisel protein tükettiğini, %25,5'inin beyaz et ve karbonhidrat tükettiğini, %13,3'ünün sebze meyve tükettiğini ve %5,0'ının ise yağ tüketimi yaptığı tespit edilmiştir; buda bizim çalışmamızda meyve ve sebze tüketiminin daha az olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılanların %77,2'sinin yemeğin tadına bakmadan tuz atma alışkanlığının olmadığı, tuz kullanma alışkanlıkları incelendiğinde; %59,8'inin tuz kullanma alışkanlığının normal olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %49,3'ü dışarıda yemek yeme halinde az tuzlu ve az yağlı tercih ederken, %31,3'ü dikkat etmediğini ve %19,4'ü dışarıda yeme halinde az tuzlu ve az yağlı tercih etmediği tespit edilmiştir. Bizim alışmamızda tuz tüketimi daha

azdır. Araştırmaya katılanların %57.2'sinin fiziksel aktivitesinin normal olduğunu ifade etmiştir. Vietnam'da Ho Chi Minh'de 19-85 yaş arasında 125 erkek, 232 kadın 357 gönüllü ile yapılan bir çalışmada; %35,9'unun düzenli egzersiz yaptığı, %75,0'inin yemek yerken de ek olarak tuz kullandığı, %46,0'sının daima yağlı yiyecekleri, %53,0'ünün ise daima sebze meyve yemeyi tercih ettikleri ortaya çıkmıştır (101). Tüm sonuçların farklı olması coğrafi bölge, ırk vb. özelliklerden dolayı olabilir.

Çalışmamızda hipertansiyonun yaşla, cinsiyetle ve BKİ ilişkili olduğu saptanmıştır. Suudi Arabistan'da 30-70 yaş arası 944 kişi ile yapılan bir çalışmada hipertansiyonun yaş, cinsiyet, BKİ, sigara, yüksek kan kolesterolü ve trigliserid düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (102). Nilüfer ilçesindeki çalışmada hipertansiyon yaş, eğitim durumu, iş durumu, BKİ, kan trigliserid düzeyi, düzenli kahve içme alışkanlığı ve ailede diabetes mellitus öyküsü olması ile ilişkili olarak bulunmuştur (81).

Bizim çalışmamızda da katılımcıların %56,5'ni kadın ve %43,5'ini erkekler oluşturmaktadır. Özdemir'in çalışmasında olguların %51,7'si kadın, %48,3'ü erkektir(103). Ülkemizde yapılan taramalar sonucunda kan basıncının kadınlarda erkeklere göre, yaş ilerledikçe daha sık görüldüğü bulunmuştur. Bizim çalışmamızda benzer sonuç çıkmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğine Yönelik Bulgular

Çalışmamızda ankete cevap veren katılımcıların egzersiz puanı ortalaması 10.78 ± 3.58 ; beslenme puanı ortalaması 16.38 ± 3.34 ; sağlık sorumluluğu puanı ortalaması 23.68 ± 6.42 ; kişilerarası destek puanı ortalaması 19.08 ± 4.09 ; kendini gerçekleştirme puanı ortalaması 34.76 ± 7.14 ; stres yönetimi puanı ortalaması ise 17.20 ± 4.18 , sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması 121.86 ± 24.35 'dir. Akgün Şahin ve Biçer'in hipertansiyonlu hastalara yaptıkları çalışmada SYBDÖ puan ortalamasının 108.52 ± 5.45 , en düşük alt boyut puan ortalamasının ise egzersiz 5.15 ± 2.66 olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda puan olarak daha yüksek çıkmıştır ancak en düşük alt boyut aynıdır. Ardahan ve Bayık tarafından prostat kanserli hastalarla yapılan bir çalışmada SYBD toplam puanı 125 ± 9 olarak bulunmuştur. Sağlık çalışanlarıyla yapılan bir çalışmada SYBD puanı 122 ± 18 bulunmuştur. Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada SYBD toplam puanı 126 ± 18 bulunmuştur. Küçükberber ve ark. çalışmalarında, araştırmaya katılan bütün kalp hastalığı tanısı almış hastalarının SYBD

toplam puanı 127 ± 21 olduğunu bildirmiştir (104, 105, 106, 107, 108). Diğer çalışmaların sonuçları çalışmamızı desteklemektedir.

Araştırmaya katılanların kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişilerarası destek alt boyutlarının yüksek olduğu tespit edilmiş olup, en düşük egzersiz yapma alt boyutudur. Ertop, Yılmaz ve Erdem'in yaptığı çalışmada bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Yılmaz ve Özkan'ın 2008 yılında hastanede çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmasın da en düşük alt ölçek puanı yine egzersizdir (109, 110). Diez ve Perz-Fortis 2009'da, Cihangiroğlu ve Deveci 2011'de, Ertop ve ark. 2011'de ve Ayaz ve ark. 2005 yılındaki çalışmalarının sonuçları çalışmamızı desteklemektedir (109, 111, 112, 113).

Yaş değişkeni ile SYBDÖ alt boyutları arasında beslenme alt boyutu hariç anlamlı ve negatif bir yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu durum bize katılımcıların yaşı arttıkça alt boyutlardan olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azalacağını söylemektedir. Hacıoğlu'nun yaptığı çalışmada Yaş grubu değişkeni ile beslenme, stres yönetimi boyutların ve toplam puan ortalamaları arasında anlamlı pozitif yönlü bir farklılık bulunmuştur. Bizim çalışmamızda beslenme boyutunda pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur bu yönüyle benzerdir. Çalışmamıza paralel olarak Küçükberber ve ark. yaptıkları çalışmada 49-60 ve 61-80 yaş grubundakilerin 20-48 yaş grubundakilere göre, beslenme alt boyut puanlarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (10, 108).

Çalışmamızda eğitim durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p > 0.05$). Ertop, Yılmaz ve Erdem'in yaptığı çalışmada, sağlık sorumluluğu puanı ikinci sınıf öğrencilerinde birinci sınıf öğrencilerinden anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Cihangiroğlu ve Deveci'nin öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bunları etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada, 3. ve 4. sınıf öğrencilerinin sağlık sorumluluğu puanını anlamlı düzeyde yüksek belirlemişlerdir İlhan'ın üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmasında dördüncü sınıf öğrencilerinin sağlık sorumluluğu puanının arttığı bulunmuştur. Can ve ark.'nın çalışmasında 4. sınıf öğrencilerinin SYBDÖ puan ortalamaları alt sınıflara göre yüksek bulunmuştur. Ayaz ve ark.'nın çalışmasın da çalışmamızla benzer doğrultuda üst sınıfların sağlık sorumluluğu puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (107, 109, 112, 113, 114). Eğitim süresi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarının da arttığı görülmektedir. Bu çalışmalar bizim çalışmamızı desteklememektedir. Çalışmamız şehir merkezinde ve çok geniş mesleğe sahip bir popülasyonda yapılmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışı kazanmada süregelen eğitimin önemi anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda cinsiyete göre kendini gerçekleştirme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Kendini gerçekleştirme, egzersiz, stres yönetimi, alt boyutlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları boyutunun erkeklerde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Cinsiyete göre sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişilerarası destek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir. Hacıoğlu'nun yaptığı çalışmada cinsiyet değişkeni ile SYBDÖ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (10). Özer'in kalp yetmezliği ile ilgili olan çalışmasında da sağlık davranışları puanı anlamlı derecede erkeklerde yüksek çıkmıştır (115). Cinsiyet değişkeni çalışmalar arasında farklılık göstermektedir.

Çalışmamızda medeni duruma göre kendini gerçekleştirme sağlık sorumluluğu beslenme ve kişilerarası destek alt boyutları ile SYBDÖ toplamı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$). Medeni duruma göre egzersiz ve stres yönetimi alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve bekarlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Küçükberber ve ark. yaptıkları çalışmada evli hastaların SYBDÖ manevi gelişim, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi ve ölçek toplam puanından bekarlara göre daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır ve bulgular çalışmamızla paralellik göstermemektedir (108). Hacıoğlu'nun yaptığı çalışmada bekar olan hastaların SYBD puan ortalamaları yüksek çıkmıştır ve bizim çalışmamıza benzemektedir (10).

Çalışmamızda ekonomik durumuna göre tüm alt boyutlar ve SYBDÖ toplam boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Hacıoğlu'nun yaptığı çalışmada özellikle gelir durumu yüksek olan hastaların diğerlerinden daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (10). İki çalışma birbiriyle örtüşmemektedir. Ekonomik durumun tek başına anlamlı olmayacağı söylenebilir.

SYBDÖ alt boyutlarından kronik hastalık görünmeyenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Hacıoğlu'nun yaptığı çalışmada egzersiz ve sağlık sorumluluğu hariç diğer boyutlarda bizim çalışmamızı desteklemektedir (10).

Ailede HT olma durumuna ve tansiyon düşürücü ilaç kullanma durumuna göre tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). SYBDÖ toplam puanı ve tüm alt boyutlarda ailede HT olmayanların ve tansiyon düşürücü ilaç kullanmayanların daha yüksek çıktığı görülmüştür. Ailedeki HT durumunun tüm aileyi etkilediği düşünülmektedir. Bireylerden ilaç kullananlar kendini soyutladığı ve hastalığı bireysel olarak yaşadığını sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını önemsemediğini göstermektedir.

Çocuk olma durumuna göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi alt boyutlarının çocuğu olmayanlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Aile ve çocuk olmasının daha düzenli bir yaşam tarzı oluşturması beklenirken bizim çalışmamızda tam tersi sonuç çıkmıştır.

Beden kütle indeksine ile SYBDÖ alt boyutlarından egzersiz ve stres yönetimi düzeyinin zayıf olanların diğer gruplara göre daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Bunun haricinde anlamlı farklılık görülmemiştir. Özer'in(2002) kalp hastaları üzerinde yaptığı çalışmasında da BKİ sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği görülmüştür ve bu sonuç çalışmamızı kısmen desteklemektedir (115).

Araştırmaya katılanların KB'ye göre SYBDÖ ve alt boyutları incelendiğinde; KB'ye göre kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). KB değeri düşük çıkanların yüksek çıkanlara göre kendini gerçekleştirme, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve SYBDÖ toplam düzeyinin daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlarda bize HT hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ne kadar zayıf olduğunu göstermektedir. Hacıoğlu'nun yaptığı çalışmada bizim çalışmamızı desteklemektedir (10).

Son 1 yılda HT nedeniyle doktora gitme durumuna göre bakıldığında beslenme alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Beslenme alt boyutunun son 1 yılda doktora gitmeyenlerde daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Diğer boyutlarda anlamlı bir ilişki tesbit edilmemiştir. Bu sonuca göre doktorun sağlıklı beslenme uyarısına çokta uyulmadığını gösterebilir.

Bizim çalışmamızda fiziksel aktivite durumunun sağlıklı yaşam davranış biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Özkan ve Yılmaz'ın 2008 yılında, Cihangiroğlu ve Deveci'nin 2011'deki çalışma sonuçlarıyla benzerdir (110, 112).

Yemek yeme alışkanlıklarına göre sağlıklı yaşam davranışları boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Sık sık yemek yiyenlerin SYBDÖ ve alt boyutlardan daha yüksek aldığı söylenebilir. Çalışmamız için anlamlı olmayabilir.

Sigara içme durumuna göre beslenme alt boyutu hariç diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Sigara içmeyenlerin beslenme alt boyutu daha yüksek çıkmıştır. Buda bize sigara içmeyenlerin beslenmelerine daha fazla önemsedğini göstermektedir.

Kahve içme durumuna göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz ve beslenme boyutları kahve içenlerde daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç tek başına anlamlı olmayabilir.

Çalışmaya katılanlardan kendilerini stressiz olarak görenlerin stres yönetimi alt boyutunun daha yüksek çıktığı görülmektedir. Diğer boyutlarla anlamlı olmadığı tesbit edilmiştir. Hacıoğlu'nun yaptığı çalışmaya benzememektedir (10).

Araştırmaya katılanların evde tansiyon aleti olma durumuna göre SYBDÖ ve alt boyutları incelendiğinde; evde tansiyon aleti olma durumuna göre sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Sağlık sorumluluğu alt boyutunun evinde tansiyon aleti olanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir. Sorumluluk duygusu iyi gelişen bireylerin sağlığına verdiği önemi bize göstermektedir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmaya katılanların demografik ve tanımlayıcı özelliklere göre sağlıklı yaşam biçimleri incelendiğinde;

- Cinsiyet ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Erkeklerin, kadınlara göre sağlıklı yaşam davranış biçimlerinin daha yüksek çıktığı görülmektedir.
- Medeni duruma göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).
- Çocuk olma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çocuğu olmayanların sağlıklı yaşam davranış biçimlerinin daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.
- Meslek durumuna göre egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunun işçilerde daha yüksek, ev hanımlarında ise en düşük çıktığı görülmektedir.
- Eğitim durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre egzersiz alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Egzersiz alt boyutunun lise mezunu olanlarda daha yüksek, okuryazar ve okuryazar olmayanlarda ise en düşük çıktığı görülmektedir.
- Yemek yeme alışkanlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Daha sık yemek yiyenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.
- Kahve içme alışkanlıklarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Günde 1 fincan içenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.
- Fiziksel aktivite durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Fiziksel aktivite durumunun sağlıklı yaşam davranış biçimi üzerinde önemli bir rol

oynamaktadır. Fiziksel aktivitesi fazla olanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.

- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği alt boyutlarından stres yönetiminde stressiz olanların diğerlerine göre daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir ($p<0,05$).
- Kronik hastalık olma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kronik hastalığın sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde önemli bir rol oynamaktadır. Kronik hastalığı olmayanların sağlıklı yaşam davranış biçimlerinin daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.
- Tansiyon düşürücü ilaç kullanma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Tansiyon düşürücü ilaç kullanmayanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.
- Ailede HT'ye bağlı sağlık sorunu gelişme durumuna göre sağlık sorumluluğu hariç tüm alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). SYBDÖ alt boyutlarından ailede HT'ye bağlı sağlık sorunu gelişme durumu olmayanlarda daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.
- Hipertansiyona bağlı sağlık sorunu gelişme durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). HT'ye bağlı sağlık sorunun gelişmeyenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.
- Beden kütle indeksi ile SYBDÖ alt boyutlarından egzersiz ve stres yönetimi düzeyinin zayıf olanlarda diğer gruplara göre daha yüksek çıktığı tespit edilmiştir.
- Kan basıncının sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). KB arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışları azalmakta olduğu tespit edilmiştir.
- Yaş değişkeni ile SYBDÖ alt boyutları arasında beslenme alt boyutu hariç anlamlı ve negatif bir yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Bu durum bize katılımcıların yaşı arttıkça alt boyutlardan olan kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, kişilerarası destek, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının azalacağını söylemektedir.

Araştırmamızdan çıkarılan önerileri sıralarsak;

- Hipertansiyon farkındalığını arttırmak için, kişiler ve aile bireyleri başta olmak üzere düzenli periyodik şekilde tansiyon ölçümelerini yaptırmalıdır.
- Hipertansiyonun kontrolü açısından teşhis ve tedavi birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmelidir. Bunun için temel sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler, hemşireler ve ebeler eğitilerek konuya daha fazla ilgi duymaları sağlanmalıdır.
- Hipertansiyon tedavisinde ilacın yanı sıra yaşam şeklide önemlidir. Hastalara yaşam biçimi davranışlarını değiştirme ve geliştirmeye yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti de verilmelidir.
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılmasında, sürdürülebilir ve anlaşılabilir olmasında eğitim seviyesi ve gelir durumu değil eğitimlerin sürekliliği önemlidir.

7.KAYNAKLAR

1. Çöl M, Özdemir O. Ocaktan M. Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. Ankara Üniv. Tıp Fak. Mecm, 2006; 59:144-150.
2. Boylu Ö. Niğde İli Kemerhisar Kasabesindeki 40 Yas Ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı Ve Farkındalık Durumu. 2006, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 77 sayfa, Kayseri, (Prof. Dr. Fevziye Çetinkaya).
3. Özkan M. Afyonkarahisar İli Dinar İlçesi 40 Yas Ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı Ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. 2008, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 84 sayfa, Afyonkarahisar, (Yrd. Doç. Dr.Mehmet Çölbay).
4. Dereli F, Baybek H. Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki bireylerin arteriyel kan basıncı durumlarının belirlenmesi. TAF Prev Med Bull, 2009; 8 (1):53-58.
5. Yıldız E. Öz-Bakım Gücü Modeline Göre Verilen Bakımın Hipertansiyonlu Hastaların Kan Basıncı Düzeyine Ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi. 2012, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, 77 sayfa, Erzurum, (Prof. Dr. Behice Erci).
6. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar Ş, and for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. Journal of Hypertension, 2005; 23(10):1817-1823.
7. Hacıhasanoğlu R..Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2009; 8(12): s.167-172.
8. Karakurt P, Kara M. Hipertansiyon ve evde bakım. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 10(1):97-104.
9. Arıcı M, Altun B, Erden Y, ve Ark. Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2008, 1-2.

10. Hacıoğlu N. Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. 2014, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 142 sayfa, İstanbul, (Doç. Dr. Leman Şenturan).
11. Enç N, Yigit Z, Oğuz S, Özer S, Şenuzun F, Altıok M, Akın S, Uysal H, İncekara E. Kalp yetersizliği, akut koroner sendromlar. Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu, Türk Kardiyoloji Derneği, Akgün Matbaacılık, 2007: s.56-67.
12. Çağatay G, Soydan İ. Klinik Kardiyoloji. 2. baskı. Ege Üniversitesi basımevi, İzmir, 2004.
13. Guidelines Committee. 2003 European society of hypertension. european society of cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens 2003;21:1011-53, World Health Organization. International society of hypertension writing group, 2003.
14. World Health Organization(WHO) international society of hypertension (ish) statement on management of hypertension. J Hypertens, 2003; 21:1983-92.
15. The World Health Report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2002:58
16. Kaplan NM. Clinical Hypertension. Klinik Hipertansiyon 10thed, Çeviren: Canbek E, Turgut Yayıncılık ve Ticaret A. Ş. İstanbul, 2005: p.1-237.
17. Özpancar N. Hipertansiyonu Olan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Tedaviye Uyuma Etkisi. 2013, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 134 sayfa, İstanbul, (Doç Dr. Sezgi Çınar).
18. Arteriyel Hipertansiyon Tedavisi 2007 ESH/ESC Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arş. 3: 3-9.
19. Arıcı M, Çağlar Ş. Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar. Hacettepe Tıp Dergisi, 2002; 33 (1):4-9.
20. Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A. Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2009; 37(8):551-556.

21. Fields LE, Burt VL, Cutler JA, Hughes J, Roccella EJ, Sorlie P. The burden of adult hypertension in the United states 1999 to 2000: A rising tide. *Hypertens*, 2004; 44:398-404.
22. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment and control hypertension in the United states, 1988-2000. *Jama*, 2003; 290 (2): 199-206.
23. Soydan İ. Hipertansiyon ile ilgili TEKHARF çalışması verileri ve yorumları. Argos Yayıncılık. İstanbul, 2005:60-71.
24. Abacı A. Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2011; 39: 1-5.
25. Arici M, Turgan Ç, Altun B, Sindel S, Erbay B, Derici Ü, Karatan O, Erdem Y, Hasanoğlu E, Çağlar S and for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Hypertension incidence in Turkey (HIN T): a population based study *J Hypertens*, 2010; 28: 240-44.
26. Onat A, Keleş İ, Çetinkaya A, Başar Ö, Yıldırım B, Erer B, Ceyhan K, Eryonucu B, Sansoy V. On yıllık TEKHARF çalışması verilerine göre Türk erişkinlerinde koroner kökenli ölüm ve olayların prevalansı yüksek. *Türk Kardiyoloji Derneği Arş. ,* 2001; 29:8-19.
27. Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, Q'donnell CJ, Kannel WB, Levy D. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Eng J Med*, 2001; 345(18): 1291-1297.
28. Arık N, Korkmaz M. Hipertansiyon, 2.Baskı, 1996: 7-52.
29. Battagay EJ, Lip GYH, Bakris GL. (Eds), *Hypertension Principles and Practice*. Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama. 1. Baskı, Çeviren: Kozan Ö. (Ed), Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., İstanbul, 2009: .s. 209-407.
30. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright JT Jr, Roccella EJ. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 2003; 42:1206-52; 289: 2560-72.
31. Çöl M. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hipertansiyon. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 1996; 5(12):410-414.

32. Franklin SS, Pio JR, Wong ND, Larson MG, Leip EP, Vasan RS, Levy D. Predictors of new-onset diastolic and systolic hypertension: The Framingham Heart Study. *Circulation*, 2005; 111:1121-1127.
33. Demiroğlu C. İç hastalıkları ders notları, İstanbul, 1998: s. 46-53.
34. Goodfriend M.D. Joint National Committie on Detection, Evalution and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection and Treatment of High Blood Pressure (JNC 6. Arch Intern Med), 1997; 157:2413-46, 1997
35. Ambrosioni E. Guideliness Subcommittee of the World Health Organization: World Health Organization- International Society of Hypertension Guideliness for the Management of Hypertension. *J Hypertens*, 1999; 17(2):151-183.
36. Süleymanlar G. Hipertansiyon tedavisinde güncel yaklaşım modern tıp seminerleri:6. 2000: s.1-53.
37. Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Çalışma Grubu. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu. Türk Kardiyoloji Derneği Arş. 2000; 28(6):335-397.
38. Crawford MH, DiMarco JP. (Eds). *Cardiology*. Crawford Kardiyoloji. 1th ed, Çeviren: Dursun AN (Ed), And Danışmanlık, Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd.Şti., İstanbul, 2003; s: 1.1-11.16.
39. Gök H. Klinik Kardiyoloji, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul, 2002: s. 619-659.
40. Purcell JH, Kalra RP (Eds.). *Kardiyoloji*. 1. Baskı, Çeviren: İlerigelen B. (Ed), İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, 2009: s. 222-231.
41. Mancia G, Grassi G, Kjeldsen SE (Eds.). *Manual of Hypertension of the European Society of Hypertension*. Avrupa Hipertansiyon Derneği Hipertansiyon El Kitabı. 1th ed, Çeviren: Erdine S (Eds.), Cortex İletişim Hizmetleri A.Ş., İstanbul, 2009: s. 146-165.
42. Yıldız A, Hipertansiyon El Kitabı. 1.Baskı, Matbaa Çözümleri San. ve Dış Tic. Ltd. Şti., İstanbul. 2008.
43. Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı, 2. Baskı, Ankara, 1997: s.63-87.
44. Vagaonescu TD, Phillips RA. Hipertansiyonlu Hastalarda Başlangıçta Teşhis İçin Kullanılan Testler ve Risk Derecelendirmesi. Hipertansiyon El Kitabı, Ed: Keleş İ. 1.Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., İstanbul, 2005.

45. Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Çalışma Grubu Ulusal Hipertansiyon Takip ve Tedavi Kılavuzu, İstanbul, 1999.
46. Mccance, K.L, Huether. S.E., Pathophysiology : The Biologic Basic For Disease in Adults and Childeren. 6 th Edition, Mosby, 2010: s.974-1149.
47. Kaya A, Gedik V, Bayram F, Bahçeci M, Sabuncu T, Tuzcu A, Arıkan Ş ve Gökalp D. Hipertansiyon, Obezite ve Lipit Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, 2009: s.9-49.
48. Fuster V, Alexander W, O'Rourke R. Hipertansiyon: Epidemiyoloji, Patofizyoloji, Tanı ve Tedavi. The Heart. Ed: Esen A. 10. Baskı, And Danışmanlık Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti., 2002: s.1553-1604.
49. Erdem E, Kaya C, Sarı A, Özen F, Aslan MS, Dilek M, Akpolat T. Hipertansiyon hastalarına ait kan basıncı takiplerinin ve tansiyon aletlerinin değerlendirilmesi. Anatol J Clin İntestig, 2012; 6(2):81-85
50. Schmieder RE, Bühler EB. Yüksek Tansiyon Klavuzum 3th ed, Çeviren: Erdine S, IPM-Institut Für Praventive Medizin, 2010.
51. Bahçeci M, Obezite. In: Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği Hipertansiyon, Obezite, ve Lipid Metabolizması Tanı ve Tedavi Rehberi. Ed: TEMD Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Miki Matbaacılık, Ankara, 2011.
52. Rasmussen S.L., Torp-Pedersen C, Borch-Johnson K. et al. Normal Values For Ambulatory Blood Pressure And Differences Between Causal Blood Pressure: Results From A Danish population survey. J Hypertens, 1998;16:1415.
53. Kaplan NM, Weber MA. Hipertansiyon Esasları, El Kitabı. Karpuz H. (ed). 2003: s.2-20.
54. Acehan O, Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. 2010, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 90 sayfa, Adana, (Yrd. Doç. Dr. Hatice Kurdak).
55. Lip G, Clinical Hypertension in Practice. Tercüme: Sansoy V. Uygulamada Klinik Hipertansiyon, Global Yayın Ajansı, İstanbul, 2004.
56. Samur G, Yıldız E. Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar / hipertansiyon Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729. Ankara, 2008.

57. Edgar R, Miller T, Deborah R. Results of the diet, exercise, and weight loss intervention trial (DEW-IT). American Heart Association Hypertension 2002; (40); 612-618
58. Gürel SF. Hipertansiyon ve Sağlıklı Yaşam. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi, 2009, Tanıtım sayısı:1-7.
59. Enç N, Yiğit Z, Altıok M. Kalp Yetersizliği Hasta El Kitabı. Hayy Kiyap, İstanbul, (2007).
60. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Eur Heart J, 2013; 34: 215–219.
61. Harrison's Manual of Medicine, 124. Hypertension: Williams GH: Approach to the Patient with Hypertension, Chap. 35, p. 211, and Hypertensive Vascular Disease, Chap. 246, p. 1414, in HPIM-15.
62. Aram VC, George L. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure The JNC 7 Report. 2003: 2-104.
63. Türk Kardiyoloji Derneği, Kalp Yetersizliği, Akut Koroner Sendromlar- Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu. 2.baskı, 2009: s:59-68.
64. Kayaalp O. (Ed.). Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji 11. Baskı, 1. Cilt, Hacettepe-Taş Kitapçılık, Ankara, 2005: 357-387, 537-561.
65. Kayaalp S O. Rasyonel Farmakoterapi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Antihipertansifler, 9. Baskı, Hacettepe-Taş, Ankara, 2000: s. 215-236.
66. Güngör İ, Hotun ŞN. Sağlığın geliştirilmesinde kullanılan temel davranış değiştirme kuram ve modelleri. Hemşirelik Forumu Dergisi, 2006; 2: 6-13.
67. Pender N. J, Walker N. S, Sechrist R. K., Strombog F. M. Predicting health – promoting lifestyles in the workplace. Nursing Research, 1990, 39(6):326-332.
68. Aksayan S. ve ark. Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset. İstanbul, 1998: s. 26-40.
69. Pender N.J, Barkauskas V.H, Heyman L, et all.: Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practise and education. nurs outlook, 1992; 40(3):106-120.

70. Pender N. J. Health promotion in nursing practice, Norwalk, second Ed., California, 1987: p. 57-63.
71. Erci B. Halk sağlığı hemşireliği. Ankara. Göktağ Basım, 2009: s. 192-201.
72. Rozmus CL, Evans R, Wysochansky M, Mixon D. An analysis of health promotion and risk behaviors of freshman college students in a rural southern setting. Journal of Pediatric Nursing. 2005; 20(1): 25-33.
73. Dickey JJJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension. Endocr Pract. 2001; 7(5): 392-399.
74. Sabuncu N., Babadağ K., Taşocak G., Atabek T., Hemşirelik Esasları. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 496, 1996: s.1-3
75. A Guide to Developing Health Promotion Programmes in Primary Health Care Settings. Ministry of Health, Wellington, 2003, New Zealand.
76. Casey G, Hypertension nurses guide to management, nursing standart essentials guide. 2004; 18(31): 15-18.,
77. Hacıhasanoğlu R, Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sorumlulukları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2009; 4(12) :154-164.
78. Gözüml S, Aksayan S. Öz-Etkililik-Yeterlik Ölçeğinin Türkçe formunun güvenirlilik ve geçerliliği. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi; 1999; (2):21-34.
79. Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçe' ye uyarlanması. Hemşirelik Bülteni, 1999; 12(45): 87-95.
80. Ural L. Kayseri İli Karaözü Kasabası Sağlık Ocağı Bölgesinde 30 Yaş ve Üzeri İncelenenlerde Hipertansiyon Sıklığı ve Risk Faktörleri. 2002, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 73 sayfa, Kayseri, (Dr. Seçil Özkan).
81. Sarısözen D. Nilüfer Bölgesinde Hipertansiyon Prevalansı ve Etki Eden Etmenler. 2006, Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 127 sayfa, Bursa, (Doç. Dr. Kayıhan Pala).
82. Soysal A. Konak İlçesinde Genç Yaş Popölasyonunda Hipertansiyon Sıklığı ve Risk Faktörleri ile İlişkisi. 2002, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 74 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Reyhan Uçkun).
83. Onal AE, Erbil S, Özel S, Acıksarı K, Tumerdem Y. The prevalence of and risk factors for hypertension in adults living in Istanbul. Blood Pres., 2004; 13(1):31-6.

84. Aslan B. Güzelbahçe Sağlık Ocağı Bölgesinde 30 Yaş Üzeri Popülasyonda Koroner Kalp Hastalığı ve Kalp- Damar Hastalığı Risk Faktörleri ve İlişkisi. 1998, Uzmanlık Tezi, İzmir.
85. Hacıaloğlu N. Gümüşhane İli Torul Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 30 Yaş ve Üzerindeki Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. 1995, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, 43 sayfa, Erzurum, (Yrd. Doç. Dr. Asuman Güraksın).
86. Aytekin NT, Pala K, İrgil E, Akış N ve Aytekin H. Distribution of blood Pressure in Gemlik District, north-west Turkey, Health and Social Care in the Community, 2002: Volume 10, Number 5 p. 394-401.
87. Vatansever K. Özkanlar Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı Ve Risk Faktörleri. 1998, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 131 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Feride Saçaklıoğlu).
88. Dodani S, Mistry R, Farooqi M, Khwaja A, Qureshi R, Kazmi K. Prevalence and awareness of risk factors and behaviours of coronary heart disease in an urban population of Karachi, the largest city of Pakistan : a community survey. Journal of Public Health, 2004; 26 (3) : 245-249.
89. Yu Z, Nissinen A, Vartiainen E, Song G, Guo Z, Zheng G, Tuomilehto J, Tian H. Associations Between Socioeconomic Status and Cardiovascular Risk Factors in an Urban Population in China. Bull World Health Organ. ,2000; 78:1296-1305.
90. Stergiou GS, Thomopoulou GC, Skeva L I, Mountokalakis TD. Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Greece. The Didima study. Am J Hypertens., 1999; 12:959-965.
91. Le Pailleur C, Montgermort P, Feder JM, Metzger JP, Vacheron A. Talking effect and “white coat” effect in hypertensive patients: physical effort or emotional content?. Behav Med, 2001; 26(4):149-157.
92. Özkara A, Turgut F, Selçoki Y, Kanbay M, Karakurt F, Tekin O. Hipertansiyon hastalarının ilaçlarına ve sağlık merkezlerine uyumları. Yeni Tıp Dergisi, 2008; 25:97-101.
93. Oğuz A, Damcı T, Pehlivanoğlu S, Kültürsaay H, Tokgözoğlu L, Şenocak M, Yusuf M. Hipertansiyonlu hastalarda diyabet ve koroner arter hastalığının

- mortalite ve morbidite üzerine etkisi. Türk Kardiyol Dern Arş, 2009; 37(4):221-225.
- 94.** Kabakcı G, Aydın M, Demir Ğ, Kırmı C, Özerkan F. Hipertansiyonlu hastada genel kardiyometabolik risk profili: Pan-Avrupa GOOD çalışmasının Türkiye kolonunun sonuçları. Türk Kardiyol Dern Arş ; 2010; 38(5):313-320.
- 95.** Parabaş N. Konya ili Hadım İlçe Merkezinde 40 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı ve Farkındalık Durumu. 2009, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 82 sayfa, Konya, (Prof. Dr. Orhan Demireli)
- 96.** Pehlivan E, Karaoğlu L, Güneş G, Genç M, Kurçer MA. Malatya ili Güzelyurt Kasabası 30 yaş ve üzerindeki kişilerde hipertansiyon prevalansı ve hipertansiyonu etkileyen faktörler. Sağlık ve Toplum. 2002, 2(1):46-49.
- 97.** Hacıaloğlu N, Günaksın A, İnandı T. Gümüşhane ili Torul merkez sağlık ocağı bölgesi 30 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı ve ilgili etmenler. T.Klin. Tıp Bilimleri. 1999; 19:200-208
- 98.** Emsal T. Kalecik Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı. 2000, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 92 sayfa, Ankara, (Prof. Dr. Aysel Işık).
- 99.** Erefe İ. Bahar Z. Koroner kalp hastalığının oluşumunda hipertansiyonun etkisi. III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı. 1992; 30(4):2-5.
- 100.** Mollaoğlu M, Özkan TF, Kars FT. Sivas ili Çayboyu mahallesinde yaşayan bireylerde hipertansiyon risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum, 2005; 15(2):45-50.
- 101.** Duong DN, Ryan R, Vo DT, Tran TT. Hypertension screening and cardiovascular risk profiling in Vietnam. Nurs Health Sci. , 2003;5(4):269-73.
- 102.** Al-Nozha MM, Arafah MR, Al-Mazrou YY, Al-Maatouq MA, Khan NB, Khalıl MZ, Al-Khadra AH, Al-Marzouk K, Abdullah MA, Al-Harthı SS, Al-Shaid MS, Nouh MS, Al-Mobeireek A. Hypertension in Saudi Arabia, Saudi medical Journal, 2004; 25(9): 1165- 1171.
- 103.** Özdemir Ü. Hipertansiyonlu Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2003, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 88 sayfa, İstanbul (Doç. Dr. Nuray Enç).

- 104.** Akgün Şahin Z, Biçer N. Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. MN Kardiyoloji, 2015;22(4):180-185
- 105.** Ardahan M, Bayık A. Prostat kanserli hastalarda yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışı ilişkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2006; 22:1-14.
- 106.** Yalçinkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6:409-20.
- 107.** İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2010;3:34-44.
- 108.** Küçükberber N, Özdiilli K, Yorulmaz, H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviors and quality of life in patients with heart disease. Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 2011;11:619-26.
- 109.** Ertop N G, Yılmaz A, Erdem Y. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. KÜ Tıp Fak. Derg, 2012;14(2), s.1-7.
- 110.** Özkan S, Yılmaz E. Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008; 3(7): 92-104.
- 111.** Diez SMU, Perez-Fortis A. Socio-demographic predictors of health behaviors in Mexican college students. Health Promot Int (Electronic Journal), 2009; October 29. Erişim: (<http://heapro.oxfordjournals.org/>) Erişim tarihi: 10.06.2012.
- 112.** Cihangiroğlu Z, Deveci SE. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 2011;16(2): 78-83
- 113.** Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniv. Hemşirelik YO Derg. , 2005; 9(2):26-34.
- 114.** Can G, Özdiilli K, Erol O, Unsar S, Tulek Z, Savaşer S, Özcan S, Durna Z. Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. Nurs health Sci 2008; 10(4):273-80.
- 115.** Özer S. Kalp yetmezliğinde sağlık davranışları ve yaşam kalitesinin incelenmesi. 2002, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 237 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Gülümser Argon)

8.EKLER

EK - 1 Birey Tanıtım Formu

1. Cinsiyet: 1. Erkek 2. Kadın
2. Yaşınız.....
3. Medeni Durumunuz: 1. Evli 2.Bekar
4. Çocuğunuz var mı? 1. Evet (....) 2.Hayır
5. Mesleğiniz:
1.Ev Hanımı 2.Memur 3.İşçi 4.Serbest 5.Çiftçi 6.Emekli 7.Esnaf 8.İşsiz
9.Diğer (.....)
6. Eğitim Durumunuz:
1.Okur-yazar Değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite
7. Master/Doktora
7. Sosyal Güvence:
1.Yok 2.SSK 3.Emekli Sandığı 4.Bağkur 5.Yeşilkart 6.Diğer (...)
8. Aylık geliriniz (Kendi Değerlendirmenize Göre) Kişi Sayısı.....
1.Geliri Giderinden Az 2.Geliri Giderinden Çok 3.Geliri Giderine Denk
9. Çocuklarınızda hipertansiyon olan var mı? 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyorum
10. Ailenizde hipertansiyon olan var mı? 1.Var 2.Yok Varsa Kim:....
11. Yemek yeme alışkanlığınız ne sıklıkta?
1. Günde tek öğün 2.Günde iki öğün 3.Günde üç öğün 4.Daha sık
12. Hangi yiyecek türünü daha çok tüketiyorsunuz?
1. Kırmızı et(kuzu, dana eti; süt ve süt ürünleri) 2.Beyaz et(tavuk, balık, hindi, vb.) 3.Bitkisel protein (mercimek, kurufasulye, vb.) 4.Karbonhidrat (patates, pirinç, makarna, vb.) 5.Yağ (kızartmalar) 6.Sebze ve meyve
13. Yemeğin tadına bakmadan tuz atma alışkanlığınız var mı? 1.Evet 2.Hayır
14. Tuz kullanma alışkanlığınız nasıldır?
1. Normal 2.Çok Tuzlu 3.Az Tuzlu 4.Tuzsuz
15. Dışarıda yemek yerseniz az tuzlu, az yağlı yemekleri mi tercih ediyorsunuz?
1. Evet 2. Hayır 3.Dikkat etmem
16. Sigara içiyor musunuz?
1. İçiyor...Günde/Paket....Yıl 2.İçti bıraktı.....Günde/Paket 3.İçmiyor

17. Alkol kullanıyor musunuz?
1. Hiç kullanmadım 2.Kullanıyorum 3.Önceden kullandım
18. Kahve içme alışkanlığınız nasıl?
1. Günde 1 fincan 2. Günde 2 fincandan fazla 3.Hiç
19. Çay günde....bardak içiyor açık/normal/koyu
1. Az 2.Orta 3.Çok
20. En çok hangi yağı kullanıyorsunuz?(Fazla seçenek işaretliye bilirsiniz)
1. Ayçiçek/Mısırözü 2.Zeytinyağı 3.Margarin 4.Tereyağı 5.Kuyruk yağı
6.Diğer
21. Salamura besinleri ne sıklıkta tüketiyorsunuz?
1.Hiç 2.Az 3.Orta 4.Çok 5.Çok fazla
22. Fiziksel aktiviteniz nasıl?
1. Az 2.Normal 3.Fazla
23. En kısa mesafeyi bile yürüyerek mi gidersiniz? 1.Evet 2.Hayır
24. Asansör kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
25. İşiniz dışında en az 10 dakika fiziksel aktivite yapıyor musunuz? (Örn: Hızlı yürürüm, bisiklete binmek, elektrikli süp./temizlik vb....) 1.Evet 2.Hayır
26. Stresiniz var mı?
1.Stressiz 2.Az stresli 3.Orta stresli 4.Fazla stresli 5.Çok fazla stresli
27. Hamilelik döneminizde tansiyonunuz yükseldi mi? (Gebelik dönemi geçirdiyseniz cevap veriniz.) 1.Evet 2.Hayır 3.Bilmiyorum
28. Kronik hastalığınız var mı? (Hipertansiyon, şeker, kalp hastalığı, böbrek hastalığı, romatizma, felç, diğer.....) 1.Evet 2.Hayır
29. Son bir yılda hipertansiyon nedeni ile doktora gittiniz mi? 1.Evet 2.Hayır
30. Şimdiye kadar hiç tansiyonunuzu ölçtürdünüz mü? 1.Evet 2.Hayır
31. Hipertansiyon tanısı aldıysanız kaç yıldır tansiyon hastasıınız?.....
32. Tansiyon için neler önerildi?
1.ilaç verildi(ilaç adı.....) 2. Diyet önerildi 3.İlaç-Diyet 4.Diğer
33. Size göre tansiyonu yükselten sebepler nelerdir?
1.Üzüntü 2.Sevinç 3.Endişe 4.Korku 5.Sıkıntı 6.Telaş 7. Heyecan
8.Diğer(....)
34. Şuanda tansiyon düşürücü ilaç kullanıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
35. İlaç kullanıyorsanız neye göre alıyorsunuz?
1.Hekimin tavsiyesine göre düzenli 2.Rastgele 3.Arkadaş tavsiyesi

36. Hipertansiyon ilacı dışında başka bir uygulamaya başvuruyor musunuz?
1.Evet 2.Hayır
37. Evinizde tansiyon aletiniz var mı? 1.Evet(Dijital, aneroid, diğer) 2.Hayır
38. Tansiyonunuzu genellikle nerede ölçtürüyorsunuz?
1.Evde 2.Komşu-tanidik 3.ASM 4.Eczane 5.Hastane 6.Diğer
39. Sizde hipertansiyon olunca şikayetlerden hangileri görülüyor? (Fazla seçenek işaretliye bilirsiniz)
1.Baş ağrısı 2.Baş dönmesi 3.Kulak uğultusu 4.Çarpıntı 5.El ve ayakta uyuşma
6.Bacaklarda şişme 7.Burun kanaması 8.Yorgunluk 9.Nefes darlığı 10.Görme bozukluğu 11.Diğer(...)
40. Ailenizde hipertansiyonu olanlarda siz hangi şikayetleri gözlediniz? ? (Fazla seçenek işaretliye bilirsiniz)
1.Baş ağrısı 2.Baş dönmesi 3.Kulak uğultusu 4.Çarpıntı 5.El ve ayakta uyuşma
6.Bacaklarda şişme 7.Burun kanaması 8.Yorgunluk 9.Nefes darlığı 10.Görme bozukluğu 11.Diğer(...)
41. Sizde hipertansiyona bağlı ilave sağlık sorununuz gelişti mi? 1.Evet(Kalp, böbrek, göz, işitme, felç/inme, mide şikayetleri, diğer) 2. Hayır
42. Ailenizde hipertansiyona bağlı ilave sağlık sorunları gelişen var mı?
1.Evet(Kalp, böbrek, göz, işitme, felç/inme, mide şikayetleri, diğer) 2. Hayır
43. Hangi kan basıncı değerleri hipertansiyondur, biliyor musunuz? 1.Evet(...) 2.Hayır

Boy:.....cm

Ağırlık:....kg

BKI:....

Kan Basıncı:

Ölçüm 1:

Ölçüm 2:

EK-2 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda şimdiki yaşam tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısında size uygun olanı parantez içine (X) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1. Sabahları kahvaltı ederim.	()	()	()	()
2. Sağlığımı ilgili değişiklikleri fark eder, doktora giderim.	()	()	()	()
3. Kendimi beğenirim.	()	()	()	()
4. Haftada en az 3 kez basit beden hareketleri yaparım.	()	()	()	()
5. Yiyecek maddeleri alırken içinde koruyucu yada katkı maddesi bulunmayanları seçerim.	()	()	()	()
6. Her gün kendime rahatlamak için zaman ayırırım.	()	()	()	()
7. Kan kolesterol düzeyimi ölçtürdüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	()	()	()	()
8. Hayata hevesle iyimserlikle bakarım.	()	()	()	()
9. Olgunlaştığımı ve kişiliğimin iyi yönde geliştiğini fark ederim.	()	()	()	()
10. Kişisel sorunlarımı ve endişelerimi bana yakın kişilerle tartışırım.	()	()	()	()
11. Hayatımdaki sorun ve problemlerin sebeplerini bilirim.	()	()	()	()
12. Kendime mutlu ve memnun hissedirim.	()	()	()	()
13. Haftada en az 3 kez 20 dakika yoğun egzersiz yaparım.	()	()	()	()
14. Her gün düzenli olarak üç öğün yemek yerim.	()	()	()	()
15. Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.	()	()	()	()
16. Güçlü ve zayıf yönlerimi tanırım.	()	()	()	()
17. Geleceğe yönelik uzun süreli hedeflerimi gerçekleştirmek için çalışırım.	()	()	()	()
18. Başarılı insanları kolaylıkla taktir ederim.	()	()	()	()
19. Ambalajlı yiyeceklerin özelliklerini tanımak için üzerindeki etiketi okurum.	()	()	()	()
20. Doktorun önerileri işe aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.	()	()	()	()
21. Geleceğe ümitle bakarım.	()	()	()	()
22. Uzman kişilerce yönetilen sportif faaliyetlere katılırım.	()	()	()	()
23. Hayatımda benim için neyin önemli olduğunu bilirim.	()	()	()	()
24. Yakın bulduğum insanlara dokunmaktan ve bana dokunmalarından hoşlanırım.	()	()	()	()
25. İnsanlarla iyi ilişkiler kurar ve sürdürürüm.	()	()	()	()
26. Çiğ sebze meyve, baklagil gibi posalı ve lifli maddeler içeren yiyecekler yerim.	()	()	()	()
27. Her gün rahatlamak ve gevşemek için 15-20 dakika zaman ayırırım.	()	()	()	()
28. Sağlığımı ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.	()	()	()	()
29. Kendi başarımla övünürüm.	()	()	()	()
30. Egzersiz yaparken nabzımı kontrol ederim.	()	()	()	()
31. Yakın arkadaşlarımla birlikte zaman geçiririm.	()	()	()	()
32. Tansiyonumu ölçtürdüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	()	()	()	()
33. Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.	()	()	()	()
34. Her günü ilginç ve mücadeleye değer bulurum.	()	()	()	()
35. Her gün 4. besin grubu (protein, karbonhidrat, yağ, vitamin) içeren öğünler planlarım.	()	()	()	()
36. Uyumadan önce bilinçli olarak kaslarımı kasıp gevşerim.	()	()	()	()
37. Yaşadığım çevreyi hoş ve tatmin edici bulurum.	()	()	()	()
38. Dinlenmek için, yürüme, yüzme, futbol, bisiklete binme gibi fiziksel faaliyetlerle meşgul olurum.	()	()	()	()
39. Başkalarına kolaylıkla ilgi, sevgi ve yakınlık gösteririm.	()	()	()	()
40. Yataarken mutlu, hoş, düşüncelere yoğunlaşırım.	()	()	()	()
41. Duygularımı ifade ederken yapıcı yollar bulurum.	()	()	()	()
42. Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.	()	()	()	()
43. Vücudumu en az ayda 1 kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.	()	()	()	()
44. Amaçladığım hedeflere gerçekçi olarak yaklaşırım.	()	()	()	()
45. Stresimi kontrol altına almak için belirli yöntemler kullanırım.	()	()	()	()
46. Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.	()	()	()	()
47. Sevdığım insanlara dokunmayı ve bana dokunmalarını önemserim.	()	()	()	()
48. Hayatımın bir amacı olduğuna inanırım.	()	()	()	()

EK-3 Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
KAHRAMANMARAŞ VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : 57159787-770/349-6168
Konu : Tez Çalışması

Tarih 02.09/2013

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)

GAZİANTEP

İLGİ :Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün 20.08.2013 tarih ve 47989649/265-265 sayılı yazınız.

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Ebru Can ARICI'nın "Bir Aile Sağlığı Merkezine Bağlı 30 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Sıklığı, Farkındalık ve Sağlıklı Yaşam Durumu İncelemesi" konulu tezinin anket çalışmasını 01 Eylül 2013- 01 Şubat 2014 tarihleri arasında İlimiz Merkez TSM'ye bağlı Mado Aile Sağlığı Merkezinde yapması uygun görülmüş olup, konuyla ilgili Olur yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim

Dr.M.Abid B. ARICI
Halk Sağlığı Müdürü V.

EKLER:

Ek-1:Olur (1 adet)

EK-4 Etik Kurul Onay Yazısı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 17.09.2013 /321	Tarih:17.09.2013
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir	
Sağlık Bakanlığına Bildirilecek	Evet ☐	Hayır ☒
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
CALISMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ	FARMAKOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr Vedat DAVUTOĞLU	KARDİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr.Ercan SIVASLI	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr. Mehmet KESKİN	PEDİATRİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. İlker SEÇKİNER	ÜROLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr Mesut ÖZKAYA	İÇ HASTALIKLARI	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç. Dr Yasemin ZİİR	MIKROBİYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Beyhan CENGİZ	FİZYOLOJİ	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Kemal ÜSTÜN	DIŞ HEKİMLİĞİ	Gaziantep Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Yrd Doç.Dr Seval KUL	BİYOSTATİSTİK	Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Uzm.Dr. Cülide EHFORHAN	FARMAKOLOJİ	Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Eyüp ÇELİK	AVUKAT	Gaziantep Barosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Baha Günhan GÜNGÖRDÜ	İNŞ MÜH (sivil üye)	GASKİ	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

İlden teslim aldım. 10.01.2013

Ebru Can Anıcı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi 2. Kat Şehitkamil/Gaziantep
	TELEFON	0342 360 07 53 / 77704
	FAKS	0342 360 39 27
	E-POSTA	gaunetikkurul@gmail.com

BASVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Bir Aile Sağlığı Merkezine Bağlı 30 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Sıklığı, Farkındalık ve Sağlıklı Yaşam Durumu İncelemesi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	321			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yard. Doç. Dr. Rabia SOHBET			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Hemşireliği AD.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
Gözlemsel ilaç çalışması		☐			
İlaç dışı klinik araştırma		☐			
DİĞER İSE BELİRTİNİZ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	SIGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
	DİĞER:	☐			

ÖZGEÇMİŞ

1979 yılında İzmit’ te doğdum. Petkim İlkokulunu (1991), Yarımca Ortaokulunu (1994), İzmit Süper Lisesini (1997), İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Yüksekokulunu (2002) de bitirdim. 1994-1995 yılları arasında İngilizce hazırlık sınıfını tamamladım. Orta seviyede İngilizce bilmekteyim. 2002-2005 yılları arasında Kocaeli Üniversitesi Araştırma Uygulama Hastanesinde hemşire olarak çalıştım. 2005-2014 yılları arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hastanesinde çeşitli servislerde hemşire olarak çalıştım. 2014-2016 yılları arasında aynı hastanede müdür yardımcılığı yaptım. 2016 yılı Mayıs ayından beri aynı hastanede eğitim hemşireliğini yürütmekteyim. 22-25 Haziran 2.uluslararası evde bakım kongresinde poster sunumum bulunmakta. Evliyim ve 2 çocuğum var.