



**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**İZMİR BOZYAKA**

**SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**HİPERTANSİYON TANISI OLMAYAN ERİŞKİNLERDE  
HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE HİPERTANSİYONDAN  
KORUNMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

**Dr. Gözde Erdoğan**

**İZMİR/2024**





**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**İZMİR BOZYAKA**

**SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**HİPERTANSİYON TANISI OLMAYAN ERİŞKİNLERDE  
HİPERTANSİYON FARKINDALIĞI VE HİPERTANSİYONDAN  
KORUNMA TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

**Dr. Gözde Erdoğan**

**Tez Danışmanı:**

**Doç. Dr. Aslı Bayındır**

**(TIPTA UZAMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/2024**

# İÇİNDEKİLER

|                                                     |      |
|-----------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR.....                                       | iv   |
| KISALTMALAR VE SİMGELER.....                        | v    |
| TABLO LİSTESİ.....                                  | vi   |
| ŞEKİL LİSTESİ.....                                  | vii  |
| ÖZET.....                                           | viii |
| ABSTRACT.....                                       | x    |
| 1.GİRİŞ VE AMAÇ.....                                | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                              | 3    |
| 2.1. HİPERTANSİYONUN TANIMI.....                    | 3    |
| 2.2. HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ.....           | 3    |
| 2.3. HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI.....         | 4    |
| 2.3.1. KAN BASINCINA GÖRE SINIFLANDIRMA.....        | 4    |
| 2.3.2. ETYOLOJİSİNE GÖRE SINIFLANDIRMA.....         | 7    |
| 2.3.2.1. PRİMER HİPERTANSİYON.....                  | 7    |
| 2.3.2.2. SEKONDER HİPERTANSİYON.....                | 7    |
| 2.3.3. BEYAZ ÖNLÜK HİPERTANSİYONU.....              | 9    |
| 2.3.4. MASKELİ HİPERTANSİYON.....                   | 9    |
| 2.3.5. DİPPER VE NON-DİPPER HİPERTANSİYON.....      | 10   |
| 2.4. HİPERTANSİYONUN TANISAL DEĞERLENDİRİLMESİ..... | 11   |
| 2.4.1. KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ.....                      | 11   |
| 2.4.1.1. OFİS KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ.....               | 12   |
| 2.4.1.2. AMBULATUVAR KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ.....        | 13   |

|                                              |    |
|----------------------------------------------|----|
| 2.4.1.3. EVDE KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ.....        | 13 |
| 2.4.2. ANAMNEZ.....                          | 14 |
| 2.4.3. FİZİK MUAYENE.....                    | 14 |
| 2.4.4. LABORATUVAR İNCELEMELERİ.....         | 14 |
| 2.5. TOPLAM KARDİOVASKÜLER RİSK.....         | 15 |
| 2.6. HİPERTANSİYON RİSK FAKTÖRLERİ.....      | 16 |
| 2.6.1. DEĞİŞTİRİLEMEZ RİSK FAKTÖRLERİ.....   | 17 |
| 2.6.1.1. YAŞ.....                            | 17 |
| 2.6.1.2. CİNSİYET.....                       | 17 |
| 2.6.1.3. ETNİK KÖKEN.....                    | 17 |
| 2.6.1.4. AİLE ÖYKÜSÜ.....                    | 17 |
| 2.6.2. DEĞİŞTİRİLEBİLİR RİSK FAKTÖRLERİ..... | 18 |
| 2.6.2.1. BESLENME TARZI.....                 | 18 |
| 2.6.2.2. SEDANTER YAŞAM.....                 | 19 |
| 2.6.2.3. OBEZİTE/FAZLA KİLO.....             | 19 |
| 2.6.2.4. PSİKOSOSYAL FAKTÖRLER.....          | 20 |
| 2.6.2.5. SİGARA.....                         | 20 |
| 2.6.2.6. ALKOL.....                          | 21 |
| 2.6.2.7. DİYABET.....                        | 21 |
| 2.6.2.8. DİSLİPİDEMİ.....                    | 21 |
| 2.6.2.9. OBSTRÜKTİF UYKU APNESİ.....         | 22 |
| 2.6.2.10. İLAÇLAR/GIDA TAKVİYELERİ.....      | 22 |
| 2.7. HİPERTANSİYONDA TARAMA.....             | 22 |

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| 2.8. HİPERTANSİYONU ÖNLEME.....                                    | 23 |
| 3.GEREÇ VE YÖNTEM.....                                             | 26 |
| 3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ, YERİ, ZAMANI.....                          | 26 |
| 3.2. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....                         | 26 |
| 3.3. VERİLERİN TOPLANMASI.....                                     | 26 |
| 3.3.1. HASTA BİLGİ FORMU.....                                      | 26 |
| 3.3.2. HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ.....              | 27 |
| 3.4. ETİK KURUL İZNİ.....                                          | 27 |
| 3.5. İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....                                     | 27 |
| 3.5.1 NORMALLİK ANALİZİ.....                                       | 28 |
| 4.BULGULAR.....                                                    | 29 |
| 4.1. YETİŞKİN BİREYLERE AİT SOSYODEMOGRAFİK BULGULAR.....          | 29 |
| 4.2. DEĞİŞKENE YÖNELİK BETİMSSEL ANALİZ SONUÇLARI.....             | 33 |
| 4.3. HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUMLARINA YÖNELİK<br>BULGULAR..... | 34 |
| 5.TARTIŞMA.....                                                    | 46 |
| 6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....                                           | 56 |
| 7.KAYNAKÇA.....                                                    | 57 |
| 8.ÖZGEÇMİŞ                                                         |    |
| 9.EKLER                                                            |    |

## TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bana her aşamada yardımcı olan, bilgi ve tecrübesiyle yol gösteren, tezimi hazırlama aşamasında büyük katkısı olan değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Aslı Bayındır'a, asistanlık eğitimim boyunca hiçbir konuda desteğini esirgemeyen Başasistan Uzm. Dr. Özge Tuncer'e,

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda çalışan asistan arkadaşlarıma,

Hayatımın her aşamasında yanımda olan bugünlere gelmemi sağlayan canım aileme, her zaman desteği ve sevgisiyle yanımda olan nişanım Mesut Gökkaya'ya sonsuz teşekkürler.

## KISALTMALAR VE SİMGELER

**ACC:** American College of Cardiology

**ACE:** Anjiotensin Dönüştürücü Enzim

**AHA:** American Heart Association

**AKBÖ:** Ayaktan Kan Basıncı Ölçümü

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**DASH:** Dietary Approaches to Stop Hypertension

**EKBÖ:** Evde Ölçülen Kan Basıncı

**EKG:** Elektrokardiyografi

**ESC:** European Society of Cardiology

**ESH:** European Society of Hypertension

**HT:** Hipertansiyon

**HTKÖ:** Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği

**KV:** Kardiyovasküler

**OSAS:** Obstrüktif Uyku Apne Sendromu

**PatenT:** Prevalence, awareness and treatment of hypertension in Turkey

**SBÜ:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi

**SS:** Standart Sapma

**TEKHARF:** Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

**TURDEP:** Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması



## TABLO LİSTESİ

|                                                                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>TABLO 1.</b> Ofis ve ofis dışı kan basıncı ölçüm sonuçlarına göre hipertansiyon sınır değerleri.....                                                                 | 3  |
| <b>TABLO 2.</b> ESC/ESH 2018 Hipertansiyon Tedavi Kılavuzuna göre kan basıncı düzeylerinin sınıflandırılması.....                                                       | 5  |
| <b>TABLO 3.</b> AHA/ACC 2017 Hipertansiyon Tedavi Kılavuzuna göre kan basıncı düzeylerinin sınıflandırılması.....                                                       | 5  |
| <b>TABLO 4.</b> ESC 2024 Hipertansiyon Kılavuzuna göre kan basıncı sınıflandırılması..                                                                                  | 6  |
| <b>TABLO 5.</b> Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporuna göre kan basıncı sınıflandırılması..                                                                                  | 6  |
| <b>TABLO 6.</b> Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırılması.....                                                                                                   | 8  |
| <b>TABLO 7.</b> Sekonder hipertansiyon araştırılması gereken durumlar.....                                                                                              | 8  |
| <b>TABLO 8.</b> Hipertansiyonda laboratuvar değerlendirmesi.....                                                                                                        | 15 |
| <b>TABLO 9.</b> Toplam kardiyovasküler hastalık riskini arttıran kan basıncı yüksekliği dışındaki faktörler.....                                                        | 16 |
| <b>TABLO 10.</b> İlk değerlendirmede normotansif olan bireylerde takip önerileri.....                                                                                   | 23 |
| <b>TABLO 11.</b> Ölçeğe ait çarpıklık ve basıklık değerleri.....                                                                                                        | 28 |
| <b>TABLO 12.</b> Yetişkin bireylerin sosyo-demografik dağılımı.....                                                                                                     | 29 |
| <b>TABLO 13.</b> Yetişkin bireylerin hipertansiyondan korunma tutumları düzeylerine göre dağılımı.....                                                                  | 33 |
| <b>TABLO 14.</b> Yetişkin bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre hipertansiyondan korunma tutumlarından elde edilen ortalama puanlar arasındaki farklılaşmalar.....  | 35 |
| <b>TABLO 15.</b> Yetişkin bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre hipertansiyondan korunma tutumlarından elde edilen ortalama puanlar arasındaki farklılaşmalar-2.... | 38 |

## ŞEKİL LİSTESİ

|                                                      |    |
|------------------------------------------------------|----|
| ŞEKİL 1. Hipertansiyon tanısı için akış şeması ..... | 11 |
|------------------------------------------------------|----|



## ÖZET

**AMAÇ:** Bu çalışmada; hipertansiyon tanısı olmayan yetişkinlerin hipertansiyon konusunda farkındalık düzeylerinin belirlenmesi ve hipertansiyon gelişiminin önlenmesi ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 01.10.2023-31.12.2023 tarihleri arasında başvuran, dahil edilme kriterlerine uygun 336 kişi ile çalışma gerçekleştirildi. Veriler hasta bilgi formu ve Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği (HTKÖ) kullanılarak elde edildi. Analizlerde bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve grup farkını belirlemek için TUKEY HSD testi kullanılmıştır. Bütün sonuçlarda istatistiksel olarak anlamlılık  $p<0,05$  düzeyinde kabul edilmiştir.

**BULGULAR:** Çalışmaya dahil edilen 336 kişinin yaş ortalaması  $36,28 \pm 12,85$  ve %70,8'i kadındı. Katılımcıların HTKÖ toplam puanı en az 33, en fazla 130 olup, ortalama  $106,95 \pm 13,88$  di. Katılımcıların %56,8'inde ailede hipertansiyon öyküsü mevcut olup %77,5 'inin birinci derece akrabasında hipertansiyon öyküsü vardı. Meslek ( $p=0,02$ ), eğitim durumu ( $p<0,001$ ), ailede hipertansiyon varlığı ( $p=0,03$ ) ve düzenli egzersiz yapma durumu ( $p=0,023$ ) ile HTKÖ toplam puanı arasında anlamlı bir fark saptandı. Katılımcıların medeni durumu, sigara kullanımı, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, beden kitle indeksi, tavsiye edilen sağlık kontrollerine gitme ve yemeklere ekstra tuz ekleme durumu ile toplam HTKÖ puanı ve ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

**SONUÇ:** Katılımcıların hipertansiyondan korunmaya yönelik tutumlarının olumlu olduğu belirlendi. Eğitim düzeyinin yüksek olması, düzenli egzersiz yapma, mesleki olarak sağlık çalışanı ve memur olmak ile ailede hipertansiyon öyküsü olması hipertansiyon konusunda farkındalığı ve hipertansiyondan korunma tutumlarını olumlu etkileyen faktörler olarak bulundu. Bu bağlamda eğitim düzeyi daha düşük

olan, düzenli egzersiz yapmayan, ailede hipertansiyon öyküsü olmayan bireyler ve hipertansiyondan korunma tutumları iyi olmayan meslek çalışanları başta olmak üzere tüm topluma yönelik sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri konusunda danışmanlık verilmesiyle hipertansiyon konusunda farkındalık oluşturulması ve hipertansiyon gelişiminin önlenmesi ile ilgili tutumları olumlu yönde etkileyeceği görüşündeyiz.

**ANAHTAR KELİMELEER:** Aile Hekimliği, farkındalık, hipertansiyon, tutum



## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** The aim of this study was to determine the awareness levels of adults without a diagnosis of hypertension regarding hypertension and to evaluate their attitudes toward preventing the development of hypertension.

**MATERIALS AND METHODS:** This was a cross-sectional, and descriptive study conducted with 336 individuals who met the inclusion criteria and applied to the Family Medicine Clinic of Bozyaka Training and Research Hospital, University of Health Sciences, between 01.10.2023 and 31.12.2023. Data were collected using a patient information form and the Hypertension Prevention Attitude Scale (HTPAS). Independent sample t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), and TUKEY HSD test were used to determine group differences in the analyses. Statistical significance was set at  $p < 0,05$  for all results.

**RESULTS:** The average age of the 336 participants included in the study was  $36,28 \pm 12,85$ , and 70,8% were women. The total HTPAS score ranged from a minimum of 33 to a maximum of 130, with an average of  $106,95 \pm 13,88$ . Among the participants, 56,8% had a family history of hypertension, and 77,5% had a first-degree relative with a history of hypertension. Significant differences were found between total HTPAS scores and profession ( $p=0,02$ ), educational status ( $p<0,001$ ), family history of hypertension ( $p=0,03$ ), and regular exercise habits ( $p=0,023$ ). No significant differences were observed between HTPAS total scores and subdimensions with marital status, smoking, chronic disease, medication use, body mass index, attending recommended health check-ups, and adding extra salt to meals.

**CONCLUSION:** The participants attitudes toward hypertension prevention were found to be positive. Higher educational level, regular exercise, being a healthcare worker or civil servant, and having a family history of hypertension were factors positively influencing awareness and attitudes toward hypertension prevention. In this context, providing counseling on healthy lifestyle changes, particularly to individuals with lower educational levels, those not exercising regularly, those without a family history of hypertension, and professionals with poor hypertension prevention

attitudes, could raise awareness of hypertension and positively influence attitudes toward preventing hypertension development.

**KEYWORDS:** Family Medicine, awareness, hypertension, attitude



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon (HT) sistemik arteriyel kan basıncının devamlı olarak yüksek seyretmesinin bir sonucu olup tekrarlanan klinik ölçümlerde sistolik kan basıncının 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg dan yüksek olması olarak tanımlanır (1).

Hipertansiyon dünya genelinde en sık görülen kardiyovasküler (KV) hastalıktır ve prevalansı yetişkinlerde %31.1 olup bu oran nüfusun yaşlanmasıyla giderek artmaktadır (2). Yaş ilerledikçe HT için yaşam boyu risk %90'a çıkmaktadır, bu da HT'nin önemli bir hastalık yüküne yol açtığını gösterir (3). Tedavide etkili ajanlar kullanılmasına rağmen HT farkındalığı, kontrolü ve tedavi başarısı oldukça düşüktür. HT yaygınlığındaki hızlı artışa rağmen hastalığın kontrol ve tedavi oranlarının hedeflenen seviyede olmaması HT'yi tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu haline getirmektedir (2).

Hipertansiyon koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, stroke, son dönem böbrek hastalığı gibi durumlar ve mortalite riskinde artış ile ilişkilidir ve KV hastalıklar için en önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden biridir (4). Bu nedenle multidisipliner yaklaşımla HT'nin önlenmesi ve kontrolü küresel hastalık yükünü azaltmada kritik öneme sahiptir (2).

Hipertansiyon sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri ile önlenabilir ve kontrol altına alınabilir bir kronik hastalıktır. Sağlıklı yaşam şekli kan basıncı kontrolü ile KV hastalık riskini azaltır. Kan basıncı normal olan hastaları HT'den korumak ve genel KV sağlığı iyileştirmek için yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir. HT tanılı hastalarda ise yaşam tarzı değişikliği tedavinin ilk basamağını oluşturur ve medikal tedavinin etkisini arttırabilir. İdeal vücut ağırlığına ulaşmak, tuz kısıtlaması, sağlıklı beslenme, sigaranın bırakılması, alkol tüketiminin azaltılması, fiziksel aktivite önerilen sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinden bazılarıdır (5).

Kronik hastalıkların gelişimini ve komplikasyonları engellemek amacıyla aile hekimleri koruyucu sağlık hizmeti sunar (6). Koruyucu sağlık hizmetleri hastaları oluşabilecek risklerden uzak tutma, risk altında olan kişilerin risklerinin azaltılması, hastalıkların erken tanı ve tedavisi ve özellikle kronik hastalıkların kalıcı hasara neden olan olumsuz sonuçlarını önlemek olarak tanımlanır (7). HT'yi önlemede koruyucu

hekimlik ve danışmanlık görevleriyle aile hekimlerinin önemli sorumlulukları vardır (8). Bu çalışmada HT tanısı olmayan erişkinlerin HT konusunda farkındalık düzeyleri ve HT gelişiminin önlenmesi ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.





## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1 HİPERTANSİYONUN TANIMI

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2022 yılı HT Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre HT, tekrarlanan ofis ölçümlerinde arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg ve üzeri ve/veya ambulator kan basıncı ölçümü ile 24 saatlik ölçüm ortalamasının  $\geq 130/80$  mmHg olması ve/veya evde yapılan kan basıncı ölçüm değerlerinin ortalamasının  $\geq 135/85$  mm Hg olması olarak tanımlanır (1).

**Tablo 1.** Ofis ve Ofis Dışı Kan Basıncı Ölçüm Sonuçlarına Göre Hipertansiyon Sınır Değerleri (1)

| Kategori                 | Sistolik (mmHg) |         | Diyastolik (mmHg) |
|--------------------------|-----------------|---------|-------------------|
| Ofis Kan Basıncı         | $\geq 140$      | ve/veya | $\geq 90$         |
| Ambulator Kan Basıncı    |                 |         |                   |
| Gündüz                   | $\geq 135$      | ve/veya | $\geq 85$         |
| Gece                     | $\geq 120$      | ve/veya | $\geq 70$         |
| 24 Saat                  | $\geq 130$      | ve/veya | $\geq 80$         |
| Evde Ölçülen Kan Basıncı | $\geq 135$      | ve/veya | $\geq 85$         |

### 2.2 HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünyada en sık görülen KV hastalık HT'dir. Dünya sağlık örgütü (DSÖ) nün yapmış olduğu çalışmalara göre dünya genelinde yaklaşık 1 milyar kişide HT tanısı mevcut olup bunların üçte ikisi düşük ve orta gelirli ülkelerde bulunmaktadır. 2019 yılında, 30-79 yaş arası yetişkinlerde HT'nin prevalansının erkeklerde %34, kadınlarda ise %32 olduğu tespit edilmiştir (9).

Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology, ESC) ve Avrupa HT Derneği'nin (European Society of Hypertension, ESH) 2018 yılında yayınlanan kılavuzuna göre HT prevalansı %30-45 tir. Yaş ilerledikçe HT sıklığı artmakta olup 60 yaşın üzerinde prevalans %60'ın üzerine çıkmaktadır. Sağlık alanındaki ilerlemeler ile beraber yaşam süresinin uzaması, sedanter hayat tarzının

benimsenmesi ve obezite arttıkça HT görülme sıklığı dünya genelinde artarak devam edecektir (4).

Ülkemizde 2012 yılında gerçekleştirilen Türk Hipertansiyon Prevalans (PatenT-2) çalışmasına göre HT prevalansı %30,3'dür (10). PatenT-2 çalışmasında HT farkındalığı %54,7 olarak saptanmış olup yaş, kadın cinsiyet, kentsel yaşam, ailede HT öyküsü olması, diyabet tanısının olması, fazla kilolu veya obez olmak farkındalığı arttıran etmenler olarak bildirilmiştir. HT prevalansı Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında %33,7, Türkiye Diyabet, HT, Obezite ve Endokrin Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP) 2 çalışmasında ise %31,4 olarak rapor edilmiştir (1).

## **2.3 HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI**

### **2.3.1.Kan Basıncına Göre Sınıflandırma**

Hipertansiyonun kan basıncı düzeyine göre sınıflandırılmasında yıllar içinde çeşitli kılavuzlar geliştirilmiştir. Bu kılavuzlar literatürdeki yeni klinik çalışmalara göre düzenli olarak güncellenmektedir. Dünya genelinde en fazla yararlanılan kılavuzlar ESH-ESC ve Amerikan Kalp Birliği ve Kardiyoloji Koleji (American Heart Association-American College of Cardiology, AHA/ACC) nin kılavuzlarıdır. ESH/ESC VE AHA/ACC kılavuzlarına göre bu sınıflamalar Tablo 2 ve 3'de belirtilmiştir (4,11). Yeni yayınlanan 2024 ESC HT kılavuzunda HT tanısı için eşik değer 2018 yılında yayınlanan ESC/ESH HT kılavuzunda belirtilen değer ile aynıdır fakat önceki kılavuzdan farklı olarak HT sınıflandırılmasında değişiklik yapılmıştır. Güncel kılavuzda “yüksek kan basıncı” ve “yüksek olmayan kan basıncı” olarak yeni kan basıncı sınıflandırılması yapılmıştır. Tablo 4'de güncel kan basıncı sınıflandırılması gösterilmiştir (12).

**Tablo 2.** ESC/ESH 2018 Hipertansiyon Tedavi Kılavuzuna Göre Kan Basıncı Düzeylerinin Sınıflandırması

| Evre                         | SKB (mmHg) |         | DKB (mmHg) |
|------------------------------|------------|---------|------------|
| Optimal                      | <120       | ve      | <80        |
| Normal                       | 120-129    | ve/veya | 80-84      |
| Yüksek Normal                | 130-139    | ve/veya | 85-89      |
| Evre 1 Hipertansiyon         | 140-159    | ve/veya | 90-99      |
| Evre 2 Hipertansiyon         | 160-179    | ve/veya | 100-109    |
| Evre 3 Hipertansiyon         | ≥180       | ve/veya | ≥110       |
| İzole Sistolik Hipertansiyon | ≥140       | ve      | <90        |

**SKB:** Sistolik Kan Basıncı, **DKB:** Diastolik Kan Basıncı

**Tablo 3.** AHA/ACC 2017 Hipertansiyon Tedavi Kılavuzuna göre Kan Basıncı Düzeylerinin Sınıflandırılması

| Evre                 | SKB (mmHg) |         | DKB (mmHg) |
|----------------------|------------|---------|------------|
| Normal               | <120       | ve      | <80        |
| Yükselmiş            | 120-129    | ve      | <80        |
| Evre 1 Hipertansiyon | 130-139    | ve/veya | 80-89      |
| Evre 2 Hipertansiyon | ≥140       | ve/veya | ≥90        |

**SKB:** Sistolik Kan Basıncı, **DKB:** Diastolik Kan Basıncı

**Tablo 4.** ESC 2024 Hipertansiyon Kılavuzuna Göre Kan Basıncı Sınıflaması

|                                | Yüksek Olmayan Kan Basıncı  | Yüksek Kan Basıncı                   | Hipertansiyon                  |
|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Ofis Kan Basıncı               | SKB<120 mmHg ve DKB<70 mmHg | SKB 120-139 mmHg veya DKB 70-89 mmHg | SKB≥140 mmHg veya DKB≥90 mmHg  |
| Evde Ölçülen Kan Basıncı       | SKB<120 mmHg ve DKB<70 mmHg | SKB 120-134 mmHg veya DKB 70-84 mmHg | SKB≥135 mmHg veya DKB ≥85 mmHg |
| Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü |                             |                                      |                                |
| Gündüz                         | SKB<120 mmHg ve DKB<70 mmHg | SKB 120-134 mmHg veya DKB 70-84 mmHg | SKB≥135 mmHg veya DKB≥85 mmHg  |
| Gece                           | SKB<110 mmHg ve DKB<60 mmHg | SKB 110-119 mmHg veya DKB 60-69 mmHg | SKB≥120 mmHg veya DKB≥70 mmHg  |
| 24 Saatlik Ölçüm               | SKB<115 mmHg ve DKB<65 mmHg | SKB 115-129 mmHg veya DKB 65-79 mmHg | SKB≥130 mmHg veya DKB≥80 mmHg  |

**SKB:** Sistolik Kan Basıncı **DKB:** Diyastolik Kan Basıncı

Ülkemizde beş temel hipertansiyon derneği tarafından hazırlanan Türk HT Uzlaş Raporu, Avrupa ve Amerika kaynaklı uluslararası kılavuzları ülkemiz klinik pratiğine uyarlamak için hazırlandı. Güncellenen 2019 raporunda kan basıncı düzeyleri Normal, Artmış, Evre 1 ve Evre 2 hipertansiyon olarak sınıflandırıldı (Tablo 5) (13).

**Tablo 5.** Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporuna Göre Kan Basıncı Sınıflandırması

| Evre          | SKB (mmHg)      | DKB (mmHg) |
|---------------|-----------------|------------|
| Normal        | <120 ve         | <80        |
| Artmış        | 120-139 ve/veya | 80-89      |
| Hipertansiyon | ≥140 ve/veya    | ≥90        |

|                         |            |         |            |
|-------------------------|------------|---------|------------|
| Evre 1<br>Hipertansiyon | 140-159    | ve/veya | 90-99      |
| Evre 2<br>Hipertansiyon | $\geq 160$ | ve/veya | $\geq 100$ |

**SKB:** Sistolik Kan Basıncı, **DKB:** Diastolik Kan Basıncı

### 2.3.2. Etiyolojisine Göre Sınıflandırma

Hipertansiyon etiyojine göre primer (esansiyel) HT ve sekonder HT olarak ikiye ayrılmaktadır.

#### 2.3.2.1 Primer Hipertansiyon:

Primer HT; hipertansif bireylerin %95'ini oluşturmaktadır. Nedeni tam olarak bilinmemekle beraber genetik bir yatkınlık ve buna eklenen insülin direnci, fazla miktarda alkol tüketimi, günlük tuz tüketimindeki artış, sedanter yaşam, artmış beden kitle indeksi, stres, düşük kalsiyum ve potasyum alımı, dislipidemi, sigara kullanımı gibi çevresel şartların etkili olduğu düşünülmektedir. Bunlara hipertansif faktörler de denilmektedir (14,15).

#### 2.3.2.2 Sekonder Hipertansiyon

Sekonder HT tüm HT olgularının %5'ini oluşturmaktadır. Sekonder HT'de esansiyel HT'den farklı olarak hipertansiyona neden olan saptanabilir bir patoloji bulunmaktadır. En başta renal nedenler olmak üzere endokrin nedenler, Obstrüktif Uyku Apne Sendromu (OSAS), aort koarktasyonu, nörolojik nedenler, bazı ilaçların kullanımı vb. sekonder HT'ye yol açan sebepler arasındadır (16). HT'nin nedene yönelik sınıflandırılması Tablo 6'da gösterilmiştir. Sekonder HT araştırılması gereken durumlar Tablo 7'de verilmiştir.

**Tablo 6.** Hipertansiyonun Nedene Yönelik Sınıflandırılması (1)

| Primer Hipertansiyon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Sekonder Hipertansiyon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Altta yatan nedenler:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Genetik Yatkınlık</li><li>• Aşırı tuz tüketimi</li><li>• Obezite-insülin direnci</li><li>• Sempatik sinir sisteminin fazla çalışması</li><li>• Renin-anjiyotensin sisteminin rolü<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Tuz atılımında renal bozukluk</li><li>➤ İntrasellüler sodyum ve kalsiyum artışı</li></ul></li><li>• Düşük doğum ağırlığı</li><li>• Stresli kişilik yapısı</li></ul> <p>Riski artıran faktörler:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aşırı alkol alımı</li><li>• Sigara içimi</li><li>• Sedanter hayat</li><li>• Polisitemi</li><li>• Nonsteroid antiinflatuar ilaçlar</li><li>• Düşük potasyum alımı</li></ul> | <p>A.Endokrin nedenler:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Oral kontraseptifler</li><li>2. Adrenokortikal hiperfonksiyon<ol style="list-style-type: none"><li>a. Cushing sendromu</li><li>b. Primer hiperaldosteronizm</li><li>c. Konjenital adrenal hiperplazi (17<math>\alpha</math> hidroksilaz ve 11 <math>\beta</math> hidroksilaz eksikliği)</li></ol></li><li>3. Feokromositoma</li><li>4. Akromegali</li><li>5. Hipotiroidi, hipertiroidi</li><li>6. Hiperparatiroidi</li></ol> <p>B. Renal nedenler</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kronik bobrek hastalığı</li><li>• Kronik piyelonefrit</li><li>• Akut ve kronik glomerülonefrit</li><li>• Polikistik böbrek hastalığı</li><li>• Renal arter darlığı</li><li>• Arteriyolar nefroskleroz</li><li>• Diyabetik nefropati</li><li>• Renin salgılayan tümörler</li></ul> <p>C. Uyku- apne sendromu</p> <p>D. Nörolojik nedenler</p> <p>E. Aort koarktasyonu</p> |

**Tablo 7.** Sekonder Hipertansiyon Araştırılması Gereken Durumlar(1)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1.Otuz yaşından önce hipertansiyon tanısı alan hastalar</li><li>2.Hipertansiyon ve hipokalemisi olan hastalar</li><li>3.Hipertansiyon ve adrenal adenomu olan hastalar</li><li>4.Dirençli hipertansiyonu olan hastalar</li><li>5.Kan basıncı kontrolü aniden bozulan hastalar</li><li>6.Hipertansiyona yol açabilecek ilaç kullanımı olan hastalar</li><li>7.Uyku apnesi düşündürecek bulguları olan hastalar</li><li>8.Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) kullanımı sonrası kreatinin düzeylerinde ciddi yükselme(&gt;%30)olan hastalar</li><li>9.Ani kan basıncı yüksekliği, terleme, çarpıntı gibi feokromasitomayı telkin eden bulguları olan hastalar</li></ol> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>10.Ailede böbrek hastalığı öyküsü olan hastalar</p> <p>11.Ekstremite ler arasında kan basıncı farkı bulunan hastalar</p> <p>12.Kan basıncı düzeyine oranla daha fazla hedef organ hasarı gelişmiş hastalar</p> <p>13.Santral obezite, proksimal kas güçsüzlüğü, pembe mor strialar gibi Cushing sendromu düşündürecek bulguları olan hastalar</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### 2.3.3 Beyaz Önlük Hipertansiyonu

Beyaz önlük HT'si, ofiste tansiyon ölçümlerinin en az 140/90 mmHg olmasına rağmen, ev ölçümlerinde ve/veya ambulator kan basıncı ölçümlerinde kan basıncının normal olarak ölçülmesi halidir (17).

Beyaz önlük HT'sinin toplumda görülme prevalansı yaklaşık olarak %15-45 oranında olup kadınlarda ve non-smoker olanlarda daha sık beyaz önlük HT'si tespit edilmiştir. Beyaz önlük HT'li hastalarda diyabet, metabolik sendrom, dislipidemi, HT gibi komorbid durumlar kan basıncı normal olan kişilere göre daha yaygın olup KV risk artmıştır. Bu hasta grubunda uç organ hasarı ve komorbid durumların varlığı düzenli olarak kontrol edilmelidir. Ambulator kan basıncı ölçümü ile kan basıncı düzeyleri takip edilmelidir. Bu bireylerde öncelikle tuz tüketimi azaltılmalı, yaşam tarzı değişiklikleri ve egzersiz yapılması önerilir. HT'ye bağlı uç organ hasarı oluşmuş ise ilaç tedavisi başlanır (18).

### 2.3.4 Maskeli Hipertansiyon

Maskeli HT, ofis ölçümlerinde kan basıncı normal olan ancak 24 saatlik kan basıncı ölçümünde ve/veya evde yapılan tansiyon izleminde kan basıncının yüksek olarak tespit edilmesidir. Maskeli HT'ye neden olan mekanizma kesin olarak bilinmemekle birlikte sedanter yaşam, alkol, sigara kullanımı, günlük hayatta karşılaşılan stres, anksiyete gibi durumların ofis dışında ölçülen kan basıncını yükseltebileceği düşünülmektedir (19,20).

Toplumda maskeli HT prevalansı %8,5-16,6 arasında değişmektedir. Sigara içen, madde ve alkol kullanan kişilerde maskeli HT daha sık görülür.2018 yılında yayınlanan ESC/ESH kılavuzuna göre ofiste ölçülen kan basıncı yüksek normal olan, HT'ye bağlı uç organ hasarı gelişen ve hesaplanan KV riski yüksek olan kişilerde ambulator kan basıncı ölçümü veya evde kan basıncı takibi ile maskeli HT taraması yapılmalıdır (19,20).

Maskeli HT'li hastalarda zaman içerisinde sürekli HT gelişme riski kan basıncı normal olan veya beyaz önlük HT'si olan kişilere göre daha yüksek olarak tespit edilmiş. Aynı zamanda bu hasta grubunda HT'ye bağlı oluşabilecek komplikasyon, KV olay ve mortalite riski de artmış olarak bildirilmiştir. Bundan dolayı bu hastalarda değiştirilebilir risk faktörlerinin tespit edilip tedavi edilmesi ve medikal tedavi başlamak önerilmektedir (19,20).

### **2.3.5.Dipper ve Non-Dipper Hipertansiyon**

Kan basıncı sirkadiyen ritme göre değişiklik göstermektedir. Kan basıncı sabah erken saatlerde en yüksek seviyeye ulaşırken günün ilerleyen saatlerinde düşmeye başlar ve gece en düşük seviyelerde seyreder. Gece ölçülen kan basıncı değerlerinde gündüz ölçülen kan basıncı değerlerine göre %10 ya da daha fazla düşüş olması normal olarak kabul edilmektedir. Bu durum dipper patern olarak tanımlanmıştır. Gece kan basıncında beklenen düşmenin görülmemesi non-dipper HT olarak adlandırılmıştır (21).

Non-dipper HT paterni KV olaylar için kötü prognozla ilişkilendirilmiştir (21). Çalışmalarda non-dipper HT'li bireylerde dipper paterne sahip bireylere göre daha fazla oranda obezite, diyabetes mellitus, KV, serebrovasküler ve renal hastalıkların olduğu görülmüştür. Non-dipper HT'li hastalarda kan basıncını regüle etmenin daha zor olduğu gösterilmiştir. Tedavide de daha çok sayıda ilaç kullanmak gerektiği görülmüştür(19). KV hastalıklara bağlı mortalite ve morbidite oranlarında artış olduğu tespit edilmiştir (12,22).

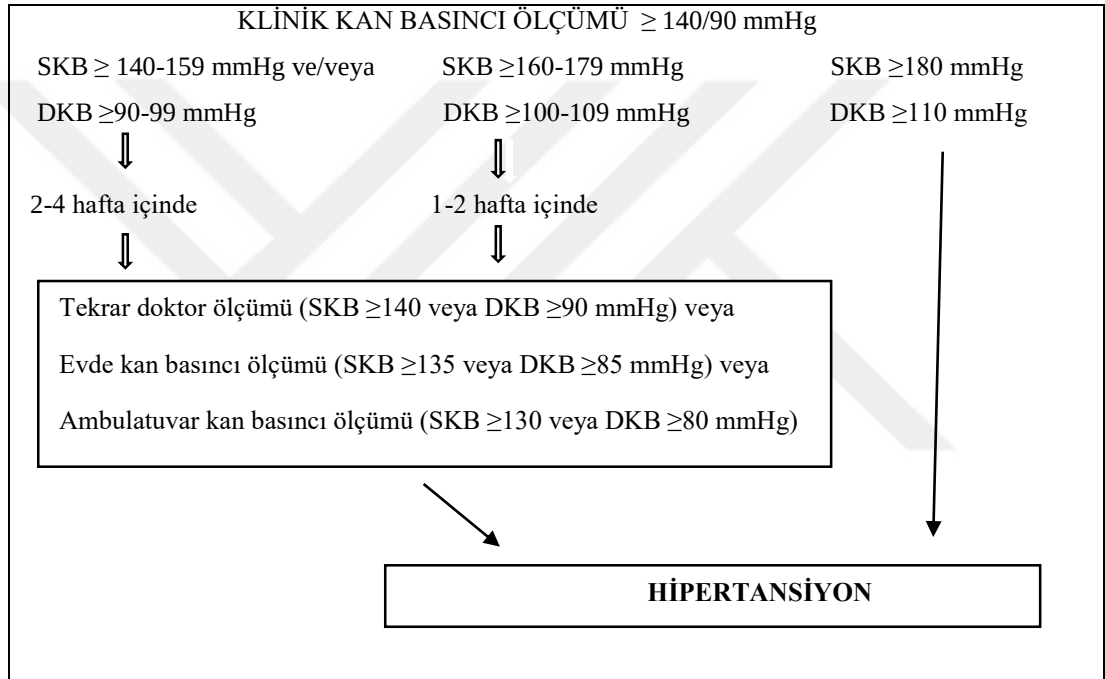
Uyku ve fiziksel aktivite kan basıncının sirkadiyen ritmini etkileyen önemli faktörlerdendir. Uyku kalitesinin kötü olması ve sedanter yaşam gece kan basıncında daha az düşmeye neden olabilir(20).

Non-dipper HT'li hastalar dipper paterne sahip hastalardan KV risk profili, HT tedavi programı, komplikasyonlar, uç organ hasarı bakımından farklıdır. Non-dipper HT'li hastaları erken aşamada belirlemek ve tedavilerini düzenlemek hastalığın prognozu açısından önemlidir (23).



## 2.4 HİPERTANSİYONUN TANISAL DEĞERLENDİRİLMESİ

Yetişkinlerde kan basıncına her vizitte mutlaka bakılmalı ve en az otuz saniye boyunca nabız sayılmalıdır (13). Yapılan ölçümde kan basıncı yüksek tespit edilen kişinin farklı zamanlarda tekrarlanan ölçümlerle kan basıncı yüksekliği doğrulanmalıdır. Sonrasında HT'ye neden olabilecek olası nedenleri ve organ hasarı gibi klinik durumları tespit etmek amacıyla detaylı bir anamnez, fizik muayene, kan basıncı ölçümü, laboratuvar incelemesi ve ileri tanı testleri yapılmalıdır (22). Kan basıncı ölçümlerine göre HT tanısı için izlenen basamaklar Şekil 1'de gösterilmiştir (13).



**Şekil 1.** Hipertansiyon Tanısı İçin Akış Şeması, SKB: Sistolik Kan Basıncı DKB: Diyastolik Kan Basıncı

### 2.4.1 Kan Basıncı Ölçümü

Hipertansiyon teşhis ve tedavisinin yönetimi için kan basıncının doğru bir şekilde ölçülmesi elzemdir. Kan basıncının ölçümünde sağlık çalışanlarının kullandığı oskültatuar (aneroid) ve hastaların da kullanabileceği osilometrik (otomatik/dijital) sfigmomanometre cihazları mevcuttur. Bu cihazların belli aralıklarla kalibrasyonları yapılmalıdır (1,23).

Kan basıncı ölçümünün uygun bir şekilde yapılması HT'yi en iyi şekilde kontrol altında tutmak ve aşırı ya da eksik tedaviye bağlı yan etkilerin oluşmasını engellemek için oldukça önemlidir. Kan basıncı güvenilir cihazlarla ofis ortamında veya ofis dışında 24 saatlik ayaktan kan basıncı ölçümü (AKBÖ) ya da evde kan basıncı ölçümü (EKBÖ) ile ölçülür. Yalnızca ofis ortamında ölçülen kan basıncı beyaz önlük HT'si, maskeli HT gibi önemli klinik durumları tespit etmekte yetersiz kalmaktadır. Bu yüzden kılavuzlar kan basıncı ölçümünde AKBÖ ve EKBÖ yöntemlerinin de kullanılmasını önermektedir (24).

#### **2.4.1.1 Ofis kan basıncı ölçümü:**

Klinikte hekim tarafından hastanın koluna uygun manşon seçilerek oskültatuar veya osilometrik ölçüm cihazları ile kan basıncının ölçülmesidir (13).

Ofis ortamında kan basıncı ölçümü yaparken hastanın pozisyonu, ölçüm cihazının tipi, manşon boyutu ve yerleşimi, ölçüm zamanı, sayısı ve tekniğine dikkat edilmesi doğru bir sonuç alınması için önemlidir. Hasta kan basıncı ölçümü için sessiz, rahat ve normal ısıda bir odaya alınır. Ölçüme hasta en az 5 dk dinlendikten sonra başlanmalıdır. Hasta ayakları yere değecek ve sırtı destekli olacak şekilde bir sandalyeye oturtulur. Ölçüm öncesi en az 30 dk içinde sigara, kafein içeren içecek içmemiş, yemek yememiş ve egzersiz yapmamış olması gerekir. Hastanın mesanesi dolu olmamalıdır. Ölçüm sırasında hasta konuşmamalıdır. Hastanın yaşı ve kilosuna uygun manşonu olan tansiyon aleti ile ölçüm yapılmalıdır. Manşonun içerisinde şişen kesenin boyutu üst kolun en az %80 ini sarmalıdır. Manşonun yerleştirileceği kol çıplak olmalıdır. Hastanın kolunu destekleyerek ölçüm yapılacak kol kalp hizasına alınmalıdır. Osilometrik bir cihaz kullanılacaksa öncelikle nabız değerlendirilmelidir. Atrial fibrilasyon gibi disritmi varsa oskültasyon ile ölçüm yapılmalıdır. Ölçüm için ilk olarak manuel radial arter nabzının kaybolduğu basıncı tespit edip bu değerin 20-30 mmHg üzerine kadar manşon şişirilir. Sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı sırasıyla faz I ve faz V Korotkoff sesleri olarak belirlenir. Manşon 2-3 mmHg/sn hızında indirilir. İlk muayenede her iki koldan kan basıncı ölçülür. Sonraki muayenelerde yüksek ölçülen koldan kan basıncı ölçümüne devam edilir. İki dakika arayla ikinci bir ölçüm yapılır. Tüm ölçümlerin ortalaması alınarak kaydedilir. Hastaya kan basıncı ölçüm sonuçları hakkında yazılı ve sözlü bilgi verilmelidir (5). Her iki kol

arasında sistolik kan basıncı farkı  $>20$  mmHg olduğu durumlarda ileri tetkik yapıp araştırılmalıdır (24). Yaşlı ve diyabetik hastalarda ortostatik hipotansiyonu değerlendirmek için ayakta da kan basıncı ölçülmelidir (25).

#### **2.4.1.2 Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü:**

Hasta üzerinde yirmi dört saat boyunca bulunan otomatik bir cihaz aracılığıyla gece ve gündüz belirli periyotlarla kan basıncı ölçümünün yapıldığı yöntemdir(26). Beyaz önlük hipertansiyonundan şüphelenilen, antihipertansif tedavi almasına rağmen hedef tansiyon değerlerine ulaşamayan, hipotansiyon semptomları olan, non dipping hipertansiyon düşünülen hastalarda ambulatuvar kan basıncı ölçümü yapılmalıdır (27). Kılavuzlar beyaz önlük HT'si tanısı koymak için ambulatuvar kan basıncı ölçümünün EKBÖ'ye göre daha etkili olduğunu bildirmektedir (28). Ambulatuvar kan basıncı ölçümü ofis kan basıncı ölçümüne göre yüksek kan basıncının tanı ve izleminde çok daha faydalı bir ölçüm yöntemidir. Çalışmalarda ambulatuvar kan basıncı ölçümünün koroner kalp hastalığı, serebrovasküler olay ve mortalite açısından prognozu belirlemede yardımcı olduğu gösterilmiştir. Gece ölçülen kan basıncı gündüz kan basıncına göre daha iyi prognostik bilgi sağlamakta bu yüzden gece kan basıncının düzenlenmesi HT tanılı hastalarda morbidite ve mortaliteyi azaltmada etkili olabilir (29).

#### **2.4.1.3 Evde Kan Basıncı Ölçümü:**

Evde kan basıncı muayeneye gelmeden 7 gün boyunca güvenilir kan basıncı ölçüm cihazı ile sabah ve akşam yapılan ölçümlerin ortalaması alınarak belirlenir. Her ölçüm sırasında 2 dakika arayla 2 ölçüm yapılmalıdır. Hasta en az 5 dakika istirahat ettikten sonra ölçüm için önerilen kurallara dikkat edilerek kan basıncı ölçümü yapılır (30).

Evde ölçülen kan basıncı ofis kan basıncına göre HT'ye bağlı uç organ hasarı ve KV morbidite ve mortaliteyi öngörmede daha iyi bilgi sunar (31,32). Hastaya verilecek danışmanlıkla hastanın tansiyon takibini kendi yapması kan basıncı kontrolü ve ilaç uyumu üzerinde faydalı etkiye sahiptir (33,34). Beyaz önlük veya maskeli HT şüphesi olan durumlarda EKBÖ istenmelidir (35). Ayrıca HT tedavisi alan hastalarda tedavinin etkinliğini değerlendirmek için de evde tansiyon izlemi gereklidir (36).

#### **2.4.2 Anamnez**

Hipertansiyon tanılı hastaları değerlendirirken ayrıntılı bir anamnez alınmalıdır. Anamnezde ilk tanıyı ne zaman aldığı, geçmiş ve şimdiki tansiyon değerleri, eşlik eden hastalıklar, KV risk faktörleri ve kullandığı tüm ilaçlar öğrenilmelidir. Beslenme düzeni, tuz tüketimi, egzersiz durumu ve sigara, alkol, madde kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır. Hastanın uyku düzeni ve cinsel işlevi, takviye gıda kullanımı da öğrenilmelidir. Kadın hastalarda HT ile ilişkili gebelik durumu ve menapoz dönemi sorulmalıdır. Aile öyküsünde HT, inme, kalp-damar ve böbrek hastalığı varlığı araştırılmalıdır. Sekonder HT nedenleri ve organ hasarı belirtileri detaylıca değerlendirilmelidir (4).

#### **2.4.3 Fizik Muayene**

Hipertansiyonu olan hastalarda kan basıncı ölçümü ile birlikte detaylı bir sistemik muayene de yapılmalıdır. Ayrıntı bir şekilde yapılan fizik muayene HT'ye bağlı oluşan uç organ hasarı ve sekonder HT'nin olası sebeplerini tespit etmede önemli ipuçları verir.

Muayenede ilk olarak hastanın beden kitle indeksi (BKİ) hesaplanmalı ve bel çevresi ölçülmelidir. Elektrokardiyografi (EKG) ile kalp ritmi ve kalp hızı belirlenmelidir. Karotis arterlerde üfürüm duyulup duyulmadığı, boyun venöz dolgunluğu ve tiromegali varlığı değerlendirilmelidir. Periferik arter nabızları kontrol edilmelidir. Alt ekstremitelerde pretibial ödem olup olmadığına bakılmalıdır. Akciğerler oskulte edilmelidir. Böbrekler de büyüme veya kitle açısından palpasyonla değerlendirilmelidir. Renal arterler üfürüm açısından oskulte edilmelidir. Hipertansif retinopati açısından göz dibi incelemesi yapılmalıdır. Serebrovasküler hasar ve kognitif durum değerlendirmesi için nörolojik muayene de yapılmalıdır (4,37).

#### **2.4.4 Laboratuvar İncelemeleri**

Laboratuvar incelemeleri KV hastalık için risk değerlendirmesi yapmak, uç organ hasarını belirlemek ve sekonder HT'yi araştırmak için yapılır (38). Laboratuvar değerlendirmesinde istenen tetkikler Tablo 8'de gösterilmiştir.

**Tablo 8.** Hipertansiyonda Laboratuvar Değerlendirmesi (1)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Rutin Testler</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hemoglobin ve Hematokrit</li><li>• Açlık plazma glukozu</li><li>• Total kolesterol, HDL, LDL, Trigliserid</li><li>• Serum potasyum ve kalsiyum</li><li>• Serum ürik asit</li><li>• Serum kreatinin ve glomerüler filtrasyon hızı</li><li>• Tam idrar tahlili</li><li>• EKG</li><li>• DM hastalarında idrarda albümin atılımı</li><li>• DM hastalarında HbA1c</li><li>• TSH</li></ul> |
| <p>Kliniğe göre planlanması gereken testler</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• OGTT(gereken vakalarda)</li><li>• İdrarda albümin atılım oranı</li><li>• Ekokardiyografi</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                        |

DM: Diyabetes Mellitus, OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

## 2.5 TOPLAM KARDİYOVASKÜLER RİSK

Kardiyovasküler hastalıkların sıklığı tüm dünyada artmakta olup morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. KV hastalıkların başlangıcı ve progresyonunda önde gelen risk faktörlerinden biri HT'dir (39). KV hastalık riskini artıran HT dışındaki durumlar Tablo 9'da gösterilmiştir. KV hastalıklar için risk faktörlerinin erken tespit edilip önlemlerin alınması gelişebilecek olumsuz sonuçları en aza indirmede etkili olacaktır (40). Toplam KV risk bir kişinin belirli bir süre içinde KV hastalık yaşama olasılığını ifade eder ve risk faktörlerinin toplu etkisini gösterir. Toplam KV risk hesabı herhangi bir semptom veya bulgusu olmayan kişilerde ilerleyen zamanlarda ortaya çıkabilecek KV hastalık ve ölüm riskini tahmin etmek için kullanılır. KV riski değerlendirmek için birçok skarlama sistemi kullanılmaktadır (1). Ülkemizde ESC tarafından geliştirilen yüksek riskli toplumlar için uyarlanmış olan SCORE risk değerlendirme sistemi kullanılmaktadır. SCORE hesaplama modeli 40-70 yaş aralığındaki kişilerin yaş, cinsiyet, sistolik kan basıncı, total kolesterol değeri ve sigara içme durumuna göre on yıl içerisinde koroner kalp hastalığı ve inmeye

bağlı gelişebilecek mortalite riskini yüzde olarak hesaplar. Sonuçlara göre bireyleri düşük, orta, yüksek ve çok yüksek riskli olarak sınıflandırır (40).

**Tablo 9.** Toplam KVH Riskini Arttıran Kan Basıncı Yüksekliği Dışındaki Faktörler(1)

| Risk Faktörleri                                                                                                                                                       | Aseptomatik Organ Hasarı                                                                                                                                                                                                               | Mevcut Makrovasküler Hastalık                                                                                                                                                                     | Renal Hastalık                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| -Diyabetes Mellitus<br>-Erkek Cinsiyet<br>-Yaş(Erkek $\geq 55$ yaş, Kadın $\geq 65$ yaş)<br>-Sigara<br>-Dislipidemi<br>-BAG/BGT*<br>-Obezite**<br>-Abdominal Obezite# | -Nabız Basıncı $\geq 60$ mmHg<br>-Karotis duvar kalınlaşması (IMK $\geq 0.9$ mm)<br>-Ankle/brakial indeks $< 0.9$<br>-GFR $< 60$ ml/dk<br>Mikroalbuminüri<br>-EKO veya EKG ile sol ventrikül hipertrofisi varlığı<br>-İleri retinopati | -Serebrovasküler olay<br>-Koroner arter hastalığı<br>-Miyokard infarktüsü<br>-Angina<br>Stent varlığı<br>-Koroner arter bypass grefti<br>-Konjestif kalp yetmezliği<br>-Periferik arter hastalığı | -GFR $< 60$ ml/dk<br>-Proteinüri |

\*BAG:açlık glukozu 100-125 mg/dl,BGT:OGTT'de 2.saat glukozu 140-199 mg/dl

\*\*Obezite: BMI  $> 30$  kg/m<sup>2</sup>

#Abdominal Obezite (Bel çevresi):Türkiye popülasyonu için :Erkek  $\geq 100$ ,Kadın  $\geq 90$  cm (TEMĐ verisi),Erkek  $\geq 96$  cm,Kadın  $\geq 90$  cm(TURDEP verisi) ; Amerika popülasyonu için Erkek $\geq 102$  cm,Kadın  $\geq 88$  cm(ATP-3 ve WHO verisi);Avrupa popülasyonu için Erkek  $\geq 94$  cm,Kadın  $\geq 80$  cm(IDF verisi)

BAG:Bozulmuş açlık glukozu, BGT:Bozulmuş glukoz toleransı, IMK:İntima media kalınlığı, GFR:Glomerüler filtrasyon hızı

## 2.6 HİPERTANSİYON RİSK FAKTÖRLERİ

Hipertansiyon gelişiminde birçok risk faktörü rol oynamaktadır. Bunlar aile öyküsü, yaş gibi değiştirilemez ve beslenme tarzı, sedanter yaşam, fazla kilo, sigara, alkol kullanımı, diyabet, dislipidemi gibi değiştirilebilir risk faktörleri olarak ikiye ayrılabilir (1,41). HT'nin gelişimini önleme ve KV riski azaltmada en etkili yöntemlerden biri sağlıklı yaşam tarzını benimsemektir (42).

## **2.6.1 Değiştirilemez Risk Faktörleri**

### **2.6.1.1 Yaş:**

Yaş ilerledikçe HT prevalansı artmaktadır. Hipertansif hastalar arasında 65 yaş ve üzeri hasta oranı yaklaşık olarak %40 bulunmuştur. Yaşlanmayla beraber arter duvarının serleşmesi, endotel fonksiyonun bozulması, nitrik oksit azalması gibi nedenler HT gelişimine yol açmaktadır (43).

### **2.6.1.2 Cinsiyet:**

Erkek ve kadınlar arasında HT görülme sıklığında yaşa göre belirgin farklılıklar vardır. Erkeklerde genç yaşlarda HT prevalansı daha yüksekken 6. dekat sonrası kadınlarda daha yaygın olarak görülür. Kadınlarda yaşla birlikte HT görülme sıklığının artmasında gebelikte görülen kan basıncı bozukluklarının devam eden vasküler etkisi, renin anjiyotensin sistemi ile seks hormonları arasındaki ilişki ve sosyoekonomik farklılıklar sorumlu tutulmuştur. Çalışmalarda kadınlarda kan basıncı yüksekliğine bağlı KV olay riski erkeklerden daha yüksek bulunmuştur (44).

### **2.6.1.3 Etnik Köken:**

Farklı etnik kökenler arasında HT'nin yaygınlığı değişmektedir. Avrupa'da yaşayan Afrika kökenlilerde yerli halka göre HT daha sık görülür (45). Ayrıca siyahilerde HT'ye bağlı gelişen komplikasyonların daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (46). Afrika kökenlilerde tuz kısıtlaması ile kan basıncında daha fazla azalma olduğu da çalışmalarda gösterilmiştir (47).

### **2.6.1.4 Aile Öyküsü:**

Aile bireylerinde HT olması HT gelişimi için çok önemli bir risk faktörüdür. Framingham Kalp Çalışmasında anne ve babada HT varlığının HT gelişme riskini 3 kat arttırdığı saptanmıştır. Anne ve babada HT öyküsü olmasının sistolik kan basıncında artış için bir risk oluşturduğu bildirilmiştir (48). Başka bir çalışmada da ailesinde HT olan kişilerin olmayanlara göre 4 kat fazla HT riski olduğu görülmüştür. Ailesinde HT olan normotansif öğrencilerde yapılan bir çalışmada evde ölçülen sistolik kan basıncı ve BKİ aile öyküsü olmayan öğrencilere göre daha yüksek tespit edilmiştir (49).

## **2.6.2 Değiştirilebilir Risk Faktörleri**

### **2.6.2.1 Beslenme Tarzı:**

Çalışmalarda yüksek sodyum tüketiminin HT ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (50,51). Dünyada genel olarak sodyum tüketimi 3,5-5,5 gr/gün (9-12 gr/gün tuz) olup ülkelere göre bu oran değişmektedir(4). Türkiye’de ise günlük tuz tüketimi çok yüksek olup yaklaşık olarak 15 gr/gündür (50,51). DSÖ ve güncel kılavuzlar sodyum tüketiminin 2 gr/gün’den (5 gr/gün tuz) az olmasını önermektedir (4,52). Türkiye’de 2017 yılında yapılan SALTURK II çalışmasına göre tuz alımına göre besin kaynaklarına bakıldığında ekmekte %34, yiyecekleri hazırlarken %30, işlenmiş gıdalarda %21, yemek yerken ilave edilen tuz %11 olarak tespit edilmiştir (51). Fazla sodyum tüketimi (günde bir küçük çay kaşığından fazla tuz) basınç etkisi göstererek sistolik kan basıncında artışa neden olmaktadır (53). Sodyum alımının sınırlandırılmasının kan basıncını düşürücü etkisi çalışmalarda gösterilmiştir (54). HT tanılı hastalarda fazla miktarda tuz tüketimi mortalite ve KV riskte artışa neden olmaktadır (55). Günde yaklaşık 4,5 gr tuz azaltılması ile sistolik kan basıncında 4,9 diyastolik kan basıncında 2,7mmHg azalma olduğu bildirilmiştir (52).

Çalışmalarda potasyum alımında düşüklük ile HT gelişimi arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Yüksek potasyum seviyesinin kan basıncını düşürücü etkisi vardır. Günlük alınan potasyum miktarında yaklaşık 700-1200 mg artış sistolik kan basıncında yaklaşık 2-3mmHg düşüşe neden olduğu bildirilmiştir. Bu seviyedeki kan basıncı düşüşü tüm toplumda KV olay riskini azaltmada önemli bir fayda sağlayabilir. HT gelişiminin önlenmesi için diyetle 3.5 gramdan fazla potasyum alınması tavsiye edilir (56,57). Diyetle yeterli miktarda potasyum alımı endotel bağımlı vazodilatasyona neden olarak kan basıncını düşürür (57).

Kalsiyumdan zengin beslenmenin kan basıncını düşürme ve HT’yi önlemede etkili olduğu gösterilmiş. Ancak çalışmalarda kalsiyum takviyelerinin kan basıncını ve HT gelişimini azaltıcı etkisi görülememiştir. Bu yüzden günlük diyetle alınan yeterli miktarda kalsiyum dışında takviye kullanılması önerilmemektedir (57). Diyetle düşük kalsiyum alımı D vitamini ve parathormon aracılığıyla hücre içi kalsiyumda artışa neden olup vasküler düz kasların kasılması ve periferik vasküler direncin artmasına yol açar. Bu durum kan basıncında artışa neden olur (58).



Hipertansiyonu Durdurmak İçin Beslenme Yaklaşımları (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) diyetinin kan basıncını düzenlemede önemli bir etkisinin olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. DASH diyeti sebze, meyve, posa, az yağlı süt ürünleri, tam tahıllı gıdalar, balık, yağsız beyaz et, sert kabuklu yemiş ve poliansatüre yağları içerir. Doymuş ve trans yağ asidi, sodyum ve şeker içeriği yüksek besinlerden kaçınılmasını önerir (59). DASH diyeti hem normotansif hem hipertansif bireylerde kan basıncını azaltıcı etki gösterip HT'nin önlenmesi ve kontrolünde uygulanması önerilen beslenme şeklidir (60). Çalışmalarda DASH diyetinin uygulanması ile sistolik kan basıncında 8-14 mmHg azalma olduğu görülmüştür (52).

#### **2.6.2.2 Sedanter Yaşam:**

Sedanter yaşam şekli bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan mortalite riskinde artış yapan en önemli nedenlerden biridir. DSÖ verilerine göre yetişkinlerin %31'i yeterli fiziksel aktivite yapmıyor (61). Güncel kılavuzlar kardiyometabolik sağlığı iyileştirip inflamasyonu azaltarak HT ve KV riskini azalttığı için düzenli fiziksel aktiviteyi önermektedir. Medikal tedavi fiziksel aktivite ile birlikte uygulandığında kan basıncını düşürme oranının yalnızca medikal tedavi verilmesine göre çok daha fazla olduğu bildirilmiştir. HT ve KV hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde çocukluktan başlayarak tüm bireylere aerobik ve dinamik direnç egzersizleri önerilmelidir. Çalışmalarda aerobik ve dinamik direnç egzersizlerinin kan basıncını düşürücü etkisinin hipertansif bireylerde daha çok olduğu görülmüştür. Kişiye özel bir egzersiz programı belirlenmeli ve zamanla seviyesi arttırılmalıdır. Sedanter yaşamın yol açtığı olumsuz durumları engellemek için yetişkinlere haftada 150-300 dakika orta yoğunlukta veya 75-150 dakika yüksek yoğunlukta egzersiz yapmaları önerilir (62). Çeşitli çalışmalarda fiziksel aktivite yapanlarda prehipertansiyonun HT'ye ilerleme riskinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (63). Fiziksel aktivite ile sistolik kan basıncında 4-9 mmHg azalma olduğu tespit edilmiştir (52).

#### **2.6.2.3 Obezite/Fazla Kilo:**

Obezite tüm dünyada hızlı bir şekilde artış gösteren küresel bir sorundur. Tüm HT kılavuzları kan basıncını düşürmek için kilo verilmesini vurgulamaktadır.

Çocukluktan itibaren ve yetişkinlikte fazla kiloya sahip olmak HT gelişimi için çok önemli bir neden olarak görülmektedir. HT tanılı hastalarda kilo kaybının antihipertansif dozunda azalmaya yol açtığı da gösterilmiştir (62). Çalışmalarda kilo kaybının sempatik sinir sistemi ve renin anjiotensin aldosteron sistemi aktivitesinde azalmaya neden olarak kan basıncını düşürücü etki gösterdiği bildirilmiştir(64). Bir çalışmada yaklaşık 5 kg kilo kaybı ile sistolik kan basıncında 4,4 mmHg, diyastolik kan basıncında 3,6 mmHg düşüş olduğu sonucuna ulaşılmıştır(65). Faza kilo veya obezitesi olan bireylerde KV ve tüm nedenlere bağlı mortalite riskinde artış olup bu hastalarda multidisipliner yaklaşım ile kilo kontrolü sağlanmalıdır(4).

#### **2.6.2.4 Psikososyal Faktörler:**

Psikososyal stres yaşayan kişilerde kan basıncı ve KV olay riskinde artış mevcuttur (66). Psikolojik sıkıntı yaşayanlarda stres sonrası kan basıncı normale dönerken travma sonrası stres bozukluğu gelişen kişilerde kan basıncı yüksekliği devam edebilir. Bundan dolayı bu hastalarda HT gelişme riski artmıştır (67).

Derin nefes egzersizleri, meditasyon, yoga, farkındalık gibi uygulamalarla bilişsel davranışçı terapi stresi ve strese bağlı oluşan olumsuz durumları azaltmada etkilidir. Hastalara farkındalık tekniklerinin uygulandığı bir çalışmada stres seviyesinin azaldığı ve sistolik kan basıncında 6,6 mmHg, diyastolik kan basıncında 2,5 mmHg düşüş olduğu tespit edilmiştir (68). Müzik terapisinin kan basıncına etkisini inceleyen bir meta- analizde günde 25 dk klasik müzik dinleyen hipertansif hastaların sistolik kan basıncında yaklaşık 6,6 mmHg azalma olduğu görülmüş (69). Kılavuzlar emosyonel stres ve kan basıncını azaltmak için haftada en az 3 saat stres azaltma tekniklerinin yapılmasını ve günde bir veya haftada 3 kez en az 25 dk müzik dinlenilmesini önermektedir (62).

#### **2.6.2.5 Sigara:**

Hipertansiyonun önlenmesi ve kontrolünde tütün kullanılmasının bırakılması en etkili yöntemlerden biridir. Sigara KV hastalıklar için önemli bir risk faktörü olup sigarayı bırakmak miyokard infarktüsü, kalp yetmezliği, stroke gibi hastalıklardan korunmada ilk sırada önerilen yaşam tarzı değişikliğidir (70). Çalışmalarda pasif içiciliğin de HT ve KV hastalık riskini arttırdığı görülmüştür (71). Sigara içenlerde

sigara içmeyenlere göre ofis ortamında daha fazla oranda maskeli HT görülür (72). Sigara içmek kan basıncında akut bir artışa neden olmaktadır. Nikotin, adrenal bezden norepinefrin salınımını ve sempatik sinir sistemini aktive ederek vasküler tonusu artırıp kan basıncı ve kalp hızında artışa neden olur (73).

#### **2.6.2.6 Alkol:**

Alkol kullanımı HT ve KV hastalık gelişimi ile ilişkilidir. Hafif-orta içiciler için bile alkol tüketiminin azaltılmasının KV profili olumlu yönde etkileyebileceği gösterilmiştir (4). Uluslararası HT Derneğine göre HT ve KV hastalık gelişimini engellemek için güvenli bir alkol tüketim sınırı yoktur. KV hastalıklardan korunmak için önerilen hiç alkol kullanmamaktır (62). Bir meta-analizde alkol alımının azaltılmasıyla sistolik kan basıncında 3,31 mmHg diyastolik kan basıncında 2,04 mmHg azalma olduğu belirtilmiştir (74).

#### **2.6.2.7 Diyabet:**

İnsülin direnci ve diyabet tanılı hastalarda HT görülme sıklığı artmıştır. Tip 2 diyabetli hastalarda HT prevalansı %50-80, tip 1 diyabetlilerde yaklaşık %30 dur. HT Tip 1 diyabetlilerde genellikle diyabetik nefropatiye, tip 2 diyabette obezite ve insülin direncine bağlı olarak gelişmektedir. İnsülin direnci ve diyabet renin anjiyotensin ve sempatik sinir sistemini uygunsuz bir şekilde uyararak oksidatif stres ve inflamasyonu artırıp HT gelişimine zemin hazırlar (75). Diyabetli bireylerde HT diyabeti olmayanlara göre kadınlarda 3,2, erkeklerde 2,6 kat daha fazla görülür. Diyabette HT gelişme riski kadın, yaşlı, obez, dislipidemi ve uzun süredir diyabet olma durumunda artar (1).

#### **2.6.2.8 Dislipidemi:**

Dislipidemi HT ve KV hastalık gelişiminde rol oynar. ICEBERG çalışmasında Total kolesterol ve LDL yüksekliği ve HDL düşüklüğünün kan basıncı yüksekliği ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ilerleyen zamanlarda HT gelişimini öngörmede artmış apolipoprotein B düzeyinin kullanılabileceği bildirilmiştir. Dislipidemi ateroskleroza neden olarak HT gelişimine zemin hazırlar (1).

### **2.6.2.9 Obstrüktif Uyku Apne Sendromu**

Obstrüktif uyku apne sendromu uyku sırasında tekrar eden oksijen desatürasyonuna bağlı olarak KV ve metabolik hastalık riskini artırır. OSAS toplumda %9-30 oranında görülürken OSAS'lı hastalarda HT prevalansı %42 olarak tespit edilmiştir. Sekonder HT nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada genç yaştaki hipertansif hastaların %88,9 unda OSAS olduğu görülmüştür. Dirençli HT'nin en önemli nedenlerinden biri OSAS olup dirençli HT'si olan hastaların %70-83 ünde OSAS olduğu saptanmıştır. OSAS'da tekrar eden hipoksi ve hiperkapni sempatik aktivitede artışa neden olarak kan basıncında akut yükselmeler görülür. Uykuda apne/hipopne olayları sırasında renin anjiyotensin sistemi de aktive olur. Aldosteron seviyesinin yükselmesi gece diyastolik kan basıncının yükselmesi ile ilişkilidir. OSAS'lı kişilerde uyku süresinin kısalması HT riskini artırır. Bu riskin uyku süresi 5 saatten az olduğunda %80'e kadar arttığı bildirilmiştir (76).

### **2.6.2.10 İlaçlar/Gıda Takviyeleri:**

Kardiyovasküler ve metabolik hastalıkların beslenme ile olan yakın ilişkisi gösterildikçe bireyler sağlıklı beslenme adı altında gıda takviyelerine yöneldiler. Gıda takviyelerinin gereksiz ve hatalı kullanımları sonucunda istenmeyen yan etkiler olabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yetişkinlerin %50 sinin gıda takviyesi kullanmakta olduğu bildirilmiştir. Türkiye'de 2020 yılında yapılan bir çalışmada %35,2 oranında gıda takviyesi kullanımı olduğu saptanmıştır (77). Literatürde birçok ilaç ve gıda takviyelerinin HT'ye neden olduğu gösterilmiştir. Steroid, oral kontraseptif, analjezik, dekonjestan, immüsupresif ve antidepresan gibi ilaçların ve meyan kökü, efedra, ginseng gibi bitkisel takviyelerin kan basıncını yükseltici etkisi gösterilmiştir. Anamnezde hastalara reçeteli ve reçetesiz tüm ilaçları ve gıda takviyesi kullanıp kullanmadığı mutlaka sorulmalıdır (1).

## **2.7 HİPERTANSİYONDA TARAMA**

Hipertansiyon genellikle asemptomatik seyretmesine rağmen tarama programları ve kan basıncı ölçümü ile kolaylıkla tanı koyulabilen bir hastalıktır (4). Çok uluslu yapılan bir tarama çalışmasında %50 den fazla kişi HT hastası olduğunun farkında değildi (78). Benzer şekilde Türkiye'de yapılan PatenT

çalışmasında HT'si olan hastaların sadece %40,7 sinin tanıdan haberdar olduğu sonucuna ulaşılmıştır (1). Bu sonuçlar HT taramasının önemini göstermektedir.

Türkiye’de Halk Sağlığı Kurumunun yayınladığı Periyodik Sağlık Muayeneleri Rehberine göre Aile Hekimliği uygulamasında 18 yaşından büyük yetişkinlerde başvuru sebebinden bağımsız olarak HT tanısının erken tespiti ve KV olayların önlenmesi amaçlı yılda en az 1 kez arteriyel tansiyon ölçülmesi önerilmektedir (79).

2019 Yılında yayınlanan HT Uzlaş Raporuna göre kan basıncı normal veya artmış olarak değerlendirilen hastaların hangi sıklıkta izlenmesi gerektiği Tablo 10’da gösterilmiştir (13).

**Tablo 10.** İlk değerlendirmede normotansif olan bireylerde takip önerileri(13)

| Kan Basıncı (mmHg)                       | Takip Önerisi        |
|------------------------------------------|----------------------|
| Normal SKB<120 ve DKB<80 ise             | Yılda bir KB ölçümü  |
| Artmış SKB=120–129 ve/veya DKB=80–84 ise | 6 ayda bir KB ölçümü |
| SKB=130–139 ve/veya DKB=85–89 ise        | 3 ayda bir KB ölçümü |

KB: Kan basıncı SKB:Sistolik kan basıncı DKB:Diyastolik kan basıncı

## 2.8 HİPERTANSİYONU ÖNLEME

Hipertansiyon tüm dünyada yaklaşık olarak her üç kişiden birinde görülmekte olup tüm nedenlere bağlı morbidite ve mortalite için en önemli risk faktörü olarak kabul edilmektedir (62). HT ve HT’ye bağlı gelişebilecek KV olayları önlemek önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bütüncül yaklaşılması gereken bir durumdur (62,80).

Hipertansiyondan korunmada öncelikli olarak sağlıklı yaşam tarzı değişikliği önerilir. Aynı zamanda HT tedavisinde yaşam tarzı değişikliği tedavinin temel taşı olarak görülür. Yaşam tarzı değişikliği antihipertansif tedavi alan hastalarda tedavinin etkinliğini arttırarak HT kontrolüne fayda sağlar. Sağlıklı yaşam tarzı yönetimi kan basıncı kontrolü ile beraber kişinin genel sağlığına da olumlu yönde etki eder. Tüm güncel HT kılavuzları KV olay ve mortalite riskini azalmak için mutlaka yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasını öneriyor (4,81).

Kilo Kaybı: Yaşam tarzı değişikliğinin en önemli adımlarından biri kilo yönetimidir. Fazla kilolu veya obez bireylerde kan basıncını düzenlemek için kilo kaybı önerilmelidir (82). Çocukluktan itibaren sağlıklı kiloyu korumak için bireylerin farkındalık düzeyleri artırılmalıdır. Günlük hayatta kilo kaybını kolaylaştıracak yürüyüş, bisiklete binme gibi aktiviteler yapılmalıdır (62). Kilo kaybı yönetimi iştah farkındalığı eğitimi gibi bilişsel davranışsal terapiler ile desteklenmelidir (83).

Sağlıklı Beslenme ve Tuz kısıtlaması: Taze sebze, meyve balık, kuruyemiş, doymamış yağ asitleri, az yağlı süt ürünleri tüketimi artırılmalı ve kırmızı et tüketimi azaltılmalıdır. Doymuş yağların kullanımı azaltılmalıdır. DASH diyeti ile sistolik kan basıncında hipertansif bireylerde yaklaşık 11mmHg, normotansif bireylerde 3 mmHg düşme sağlanabilmektedir (5). Meyve ve sebzeden zengin bir diyetle günlük en az 3,5 gr potasyum alımı ve günlük 5 gramdan (bir çay kaşığı) daha az tuz tüketimi HT'den korunmak adına dikkat edilmesi gereken önemli noktalardandır. Kardiyometabolik sağlığı korumak için şeker alımı da azaltılmalıdır. Paketli işlenmiş gıdalar, içecekler ve tatlılar ile şeker tüketimine dikkat edilmelidir (62).Günlük diyetle liften fakir beslenme KV olay riskinde artışa neden olmaktadır. Yeterli miktarda lif tüketiminin sistolik kan basıncında yaklaşık olarak 1,3 mmHg azalma ile ilişkili olduğu görülmüştür. Çalışmalarda günlük lif alımının artırılmasının mortaliteyi %15-30 oranında azalttığı saptanmıştır. Bu yüzden günlük en az 25 gr lif alımı teşvik edilmelidir (84). Kahve ve çay gibi kafeinli içeceklerin şekersiz olarak orta düzeyde tüketiminin (günde üç ila dört fincan) kardiyoprotektif ve kan basıncı üzerine olumlu etkileri tespit edilmiştir. Günde üç fincan kahve tüketmek KV olaylara bağlı mortalitede düşüş ile ilişkili bulunmuştur (62).

Egzersiz: HTve KV hastalık gelişme riskini azaltmak için yaşam boyu fiziksel olarak aktif olmak önerilmektedir. Hem aerobik hem direnç egzersizleri artırılmalıdır. Yetişkinler için haftada 150-300 dakika orta yoğunlukta veya 75-150 dakika yüksek yoğunlukta egzersiz veya bunların kombinasyonu ve haftada en az 2 gün direnç egzersizleri önerilmektedir. Gün içinde uzun süre oturmaktan kaçınılmalıdır (62). Düzenli aerobik egzersizle sistolik kan basıncı yaklaşık 5-8 mmHg azalma sağlanmaktadır (5).

Sigara-Alkol tüketimi: Küresel hastalık yükünü azaltmak için sigara ve e-sigara kullanımı bırakılmalıdır. Alkol tüketiminin azaltılması kan basıncı kontrolünde

önerilen temel yaklaşımlardandır (62). Alkol tüketiminin azaltılması ile sistolik kan basıncında yaklaşık 4 mmHg azalma sağlanabilmektedir (5).

Stresin azaltılması: Psikososyal stres ve kan basıncını azaltmak için haftada en az 3 saat meditasyon, yoga, derin nefes egzersizleri gibi yöntemler ve günde 25 dk müzik dinlemek önerilmektedir (62).

Uyku: Uyku hijyeni kişinin genel sağlığını ile yakından ilişkilidir. Uykunun kalitesi ve süresinin kan basıncı üzerinde etkisi vardır. Kısa uyku süresi ve uyku kalitesinin düşük olması kan basıncını yüksekliğine neden olur. Bu yüzden yetişkinlerde uyku süresi 7-9 saat olmalı ve uyku hijyenine dikkat edilmelidir (62).

Hava kirliliği: Hava kirliliği kardiyovasküler hastalıklar, solunum yolu hastalıkları ve kanser için değiştirilebilir bir risk faktörü olup önlenabilir bir halk sağlığı sorunudur (85). Çalışmalar da hava kirliliğine uzun süre maruz kalmanın kan basıncında artış, HT ve hedef organ hasarına neden olduğu gösterilmiştir (86). Hava kirliliğine maruziyetin azalması için motorlu taşıtların yoğun olduğu yolların uzağında bulunan parklarda egzersiz yapılması, hava kirliliğin fazla olduğu zamanlarda dışarıda geçirilen sürenin azaltılması ve evlerde filtreli havalandırma sistemlerinin kullanılması öneriliyor.

Sonuç olarak HT'yi önlemek ve yönetmek için bütüncül bir yaklaşım uygulanmalıdır (62).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1 ARAŞTIRMA TİPİ, YERİ, ZAMANI**

Çalışma kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 01.10.2023-31.12.2023 tarihleri arasında başvuran, dahil edilme kriterlerine uygun hastalar çalışmaya alınmıştır.

#### **3.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

SBÜ Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran ve çalışma kriterlerini karşılayan hastalarda HT sıklığı %30.3 olarak hesaplanarak evreni belli olmayan örneklem hesabıyla en az 322 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir.

Dahil Edilme Kriterleri:

1-18 yaş ve üzeri HT tanısı olmayan erişkinler

2-Çalışmaya katılmayı kabul etmek

Dışlanma Kriterleri:

1-Hipertansiyon tanısı olması

2-18 yaşının altında olmak

3-Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

#### **3.3 VERİLERİN TOPLANMASI**

Çalışmada araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan anket formu gönüllü katılımcılara yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından hazırlanan hasta bilgi formu ve Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği' ni (HKTÖ) içermektedir.

##### **3.3.1 Hasta Bilgi Formu**

Literatür taranarak tarafımızca hazırlanan hasta bilgi formu; katılımcıların sosyodemografik verilerini (yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu),sigara-alkol içme durumu, kronik hastalık varlığı, düzenli kullandığı ilaç durumu, BKİ, ailede HT tanısı olan kişi varlığı ve yakınlık derecesi, sağlık kontrollerine gitme durumu, sağlıklı beslendiğini düşünme durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, yemeklerine ekstra tuz ekleme durumu ve günlük hayatta strese maruz kalma algısını içeren 20 sorudan oluşmaktadır.



### 3.3.2 Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği

Erişkinlerin HT'den korunma tutumlarını belirlemeye yönelik Albayrak ve Şengezer tarafından 2022 yılında geliştirilmiştir. Ölçek 5 faktörlü olup 26 maddeden oluşmaktadır. Ölçek “Korunma ve Kontrol”, “Hastalık ve Risk Bilgisi”, “Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite”, “Alışkanlık ve Yaşam Şekli” ve “Beslenme Tutumu” başlıklı 5 faktörden oluşmaktadır. Ölçekte her bir madde 5’li likert tipinde tasarlanmış olup; her bir madde için “1-Hiç Katılmıyorum” ile “5-Kesinlikle Katılıyorum” arasında işaretleme yapılması beklenmektedir. Ölçekten en az 26 en fazla 130 puan alınabilir. Ölçek skorları arttıkça kişilerin hipertansiyondan korunma tutumlarının da olumlu yönde arttığı söylenebilir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin genel güvenirlik Cronbach alfa değeri 0,9’dan büyüktür, alt boyutların Cronbach alfa değeri 0.6’dan büyüktür ve Guttman lambda katsayıları 0,8’ten büyük bulunmuştur. Ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır (8).

### 3.4 ETİK KURUL İZİNİ

Çalışma SBÜ Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 10.05.2023 tarih ve 2023/59 karar numaralı etik kurul onayı ile yapılmıştır.

### 3.5 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Tüm istatistiksel analizlerde IBM SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Analizlerde tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama ( $\bar{X}$ ), standart sapma (SS), minimum ve maksimum değerler olarak belirtilmiştir.

İlk olarak HT'den Korunma Tutumlarının normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir.

Tablo 11’de görüleceği üzere HT'den Korunma Tutumları çarpıklık ve basıklık katsayısının istenen değerler arasında olması sebebiyle yapılan analizlerde bağımsız örneklem t-Testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Parametrik testlerin kullanılmasından grup farkı için Post Hoc testi yapılmıştır. Gruplar arasında oluşan farkların anlamlı olduğu boyutlarda, anlamlı farkın hangi grup veya gruplardan kaynaklandığını belirlemek için TUKEY HSD testi uygulanmış ve anlamlılık düzeyi 0,05 olarak sınanmıştır.

Ulaşılan bütün sonuçlarda istatistiki anlamlılık  $p$ ,  $p<0,05$  seviyesinde değerlendirilmiştir.

### 3.5.1 Normallik Analizi

Normal dağılım varsayımının; ‘çarpıklık ve basıklık’ değerleri bakılarak değerlendirilmesi daha doğru bir yaklaşım olarak kabul edilmiştir (87).

Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğinin belirlenmesinde basıklık/çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Tablo 11’de verilerin basıklık ve çarpıklık katsayılarına ilişkin değerler verilmiştir.

**Tablo 11.** Ölçeğe Ait Çarpıklık ve Basıklık Değerleri

| Ölçek                                     | N   | Çarpıklık | Basıklık |
|-------------------------------------------|-----|-----------|----------|
| <b>Hipertansiyondan Korunma Tutumları</b> | 336 | -0.313    | 0.915    |
| Korunma ve Kontrol                        | 336 | -0.309    | 0.568    |
| Hastalık ve Risk Bilgisi                  | 336 | -0.073    | 0.741    |
| Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite         | 336 | -0.652    | 0.394    |
| Alışkanlık ve Yaşam Şekli                 | 336 | -1.142    | 0.695    |
| Beslenme Tutumu                           | 336 | -0.452    | 0.502    |

Çarpıklıkla basıklık değerlerinin +1,5 ve -1,5 değerlerinin arasında olduğu hallerde normal dağılımın sağlandığını kabul edilmektedir (88). Gerçekleştirilen analizler sonucunda değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir.

## 4.BULGULAR

Bu bölümde araştırma soruları çerçevesinde yapılan analiz sonuçları sunulmuş ve bulgular yorumlanmıştır.

### 4.1 YETİŞKİN BİREYLERE AİT SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR

Yetişkin bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 12’de sunulmuştur.

**Tablo 12.** Yetişkin Bireylerin Sosyo- Demografik Dağılımları N=336

|              | Kişisel Özellikler | n     | %           |
|--------------|--------------------|-------|-------------|
| Cinsiyet     | Erkek              | 98    | 29.2        |
|              | Kadın              | 238   | 70.8        |
| Medeni durum | Bekar              | 145   | 43.2        |
|              | Boşanmış           | 16    | 4.8         |
|              | Evli               | 175   | 52.0        |
| Yaş          | 18-30              | 145   | 43.1        |
|              | 31-40              | 77    | 22.9        |
|              | 41-50              | 59    | 17.6        |
|              | 51+                | 55    | 16.4        |
|              | Min/Maks-Ort/SS    | 18/75 | 36.28/12.85 |
| Meslek       | Çalışmıyor         | 15    | 4.5         |
|              | Esnaf              | 15    | 4.5         |
|              | Ev hanımı          | 45    | 13.4        |
|              | İşçi               | 59    | 17.6        |
|              | Memur              | 71    | 21.1        |
|              | Öğrenci            | 42    | 12.5        |
|              | Sağlık Çalışanı    | 55    | 16.4        |
|              | Diğer              | 34    | 10.1        |

|                             |                         |           |             |
|-----------------------------|-------------------------|-----------|-------------|
| <b>Eğitim durumu</b>        | İlkokul mezunu          | 30        | 8.9         |
|                             | Ortaokul mezunu         | 16        | 4.8         |
|                             | Lise mezunu             | 96        | 28.6        |
|                             | Üniversite mezunu       | 194       | 57.7        |
| <b>Gelir Durumu</b>         | Geliri giderinden az    | 120       | 35.7        |
|                             | Geliri giderine eşit    | 148       | 44.0        |
|                             | Geliri giderinden fazla | 68        | 20.2        |
| <b>Sigara Kullanımı</b>     | Bıraktım                | 23        | 6.8         |
|                             | Evet                    | 113       | 33.6        |
|                             | Hayır                   | 200       | 59.5        |
| <b>Sigara paket sayısı</b>  | Min/Maks-Ort/SS         | 0.50/2    | 0.97/0.40   |
| <b>Sigara kullanma yılı</b> | Min/Maks-Ort/SS         | 1/45      | 12.76/10.05 |
| <b>Sigara paket/Yıl</b>     | Min/Maks-Ort/SS         | 0.50/60.0 | 12.72/11.33 |
| <b>Alkol Kullanımı</b>      | Bıraktım                | 15        | 4.5         |
|                             | Evet ara ara            | 102       | 30.4        |
|                             | Evet sıklıkla           | 9         | 2.7         |
|                             | Hiç kullanmadım         | 210       | 62.5        |
| <b>Kronik Hastalık</b>      | Var                     | 94        | 28.0        |
|                             | Yok                     | 242       | 72.0        |
| <b>Hastalık</b>             | Astım-KOAH              | 8         | 8.5         |
|                             | Romatizmal hastalık     | 11        | 11.7        |
|                             | Diyabet                 | 18        | 19.1        |
|                             | Psikiyatrik hastalık    | 13        | 13.8        |
|                             | Kolesterol yüksekliği   | 13        | 13.8        |
|                             | Kalp hastalığı          | 6         | 6.4         |
|                             | Tiroid hastalığı        | 35        | 37.2        |

|                                                         |                                                       |     |       |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----|-------|
|                                                         | Kanser                                                | 5   | 5.3   |
|                                                         | Diğer                                                 | 24  | 25.5  |
|                                                         | Toplam                                                | 94  | 100.0 |
| <b>İlaç Kullanma Durumu</b>                             | Var                                                   | 94  | 28.0  |
|                                                         | Yok                                                   | 242 | 72.0  |
| <b>İlaç sayısı</b>                                      | 1                                                     | 50  | 53.2  |
|                                                         | 2                                                     | 23  | 24.5  |
|                                                         | 3                                                     | 10  | 10.6  |
|                                                         | 4 ve üzeri                                            | 11  | 11.7  |
|                                                         | Toplam                                                | 94  | 100.0 |
| <b>BKİ</b>                                              | Zayıf                                                 | 20  | 6.0   |
|                                                         | Normal                                                | 153 | 45.5  |
|                                                         | Kilolu                                                | 116 | 34.5  |
|                                                         | Obez                                                  | 47  | 14.0  |
| <b>Ailede Hipertansiyon Varlığı</b>                     | Evet                                                  | 191 | 56.8  |
|                                                         | Hayır                                                 | 145 | 43.2  |
| <b>Yakınlık Derecesi</b>                                | Birinci derece akraba<br>(anne,baba,çocuk)            | 148 | 77.5  |
|                                                         | İkinci derece<br>akraba(dede,nine,turun,kardeş..)     | 54  | 28.3  |
|                                                         | Üçüncü derece<br>akraba(amca,dayı,hala,teyze,yeğen..) | 18  | 9.4   |
| <b>Tavsiye Edilen Sağlık Kontrollerine Gitme Durumu</b> | Evet                                                  | 284 | 84.5  |
|                                                         | Hayır                                                 | 52  | 15.5  |
| <b>Sağlıklı Beslendiğini Düşünme Durumu</b>             | Evet                                                  | 174 | 51.8  |
|                                                         | Hayır                                                 | 162 | 48.2  |
|                                                         | Hiç                                                   | 95  | 28.3  |

|                                                 |           |     |      |
|-------------------------------------------------|-----------|-----|------|
| <b>Yemeklere Ekstra Tuz Ekleme Durumu</b>       | Nadiren   | 87  | 25.9 |
|                                                 | Bazen     | 91  | 27.1 |
|                                                 | Sıklıkla  | 32  | 9.5  |
|                                                 | Her zaman | 31  | 9.2  |
| <b>Düzenli Egzersiz Yapma Durumu</b>            | Evet      | 98  | 29.2 |
|                                                 | Hayır     | 238 | 70.8 |
| <b>Günlük Hayatta Strese Maruz Kalma Algısı</b> | Evet      | 255 | 75.9 |
|                                                 | Hayır     | 81  | 24.1 |

Araştırmaya katılan yetişkin bireylerin %70,8 oranında kadın ve %29,2 oranında erkek olduğu, %43,2 oranında bekar ve %52,0 oranında evli olduğu görülmektedir.

Yetişkin bireylerin %43,2 oranında 18-30 yaş aralığında, %22,9 oranında 31-40 yaş aralığında ve %17,6 oranında 41-50 yaş aralığında ve %16,4 oranında 51 yaş ve üzerinde olduğu, %21,1 oranında memur, %17,6 oranında işçi, %13,4 oranında ev hanımı ve %12,5 oranında öğrenci ve %10,1 oranında belirtilen mesleklerin dışında bir meslekleri oldukları belirlenmiştir.

Yetişkin bireylerin %8,9 oranında ilkokul mezunu, %4,8 oranında ortaokul, %28,6 oranında lise mezunu, %57,7 oranında üniversite mezunu olduğu, %35,7 oranında geliri giderinden az, %44,0 oranında geliri giderine eşit ve %20,2 oranında geliri giderinden fazla olduğu görülmektedir.

Yetişkin bireylerin sigara tüketimleri incelendiğinde %59,5 oranında kullanmadığı, %33,6 oranında sigara kullandığı, günlük ortalama sigara paket sayısının 0,97 olduğu ve ortalama sigara kullanma yılının 12,76 yıl olduğu, sigara paket yıl ortalamasının 12,72 olduğu, %62,5 oranında hiç alkol kullanmadığı görülmektedir.

Yetişkin bireylerin %72,0 oranında kronik rahatsızlığının olmadığı, %8,5 oranında Astım-KOAH, %11,7 oranında Romatizmal hastalık, %6,4 oranında Kalp hastalığı, %13,8 oranında Psikiyatrik hastalık, %13,8 oranında Kolesterol yüksekliği,

%37,2 oranında Tiroid hastalığı ve %25,5 oranında belirtilen hastalıklar dışında kronik rahatsızlığa sahip olduğu görülmektedir.

Yetişkin bireylerin %72,0 oranında ilaç kullanmadığı, ilaç kullananların %53,2 oranında 1 ilaç, %24,5 oranında 2 ilaç kullandığı görülmektedir. Katılımcıların %6,0 oranında zayıf, %45,5 oranında normal kiloda, %34,5 oranında kilolu, %14,0 oranında obez olduğu, %56,8'sinin ailesinde hipertansiyon olduğu ve yakınlık derecesinin %77,5 oranında birinci derece akraba (anne,baba,çocuk), %28,3 oranında ikinci derece akraba (dede,nine,torun,kardeş..) olduğu belirlenmiştir.

Yetişkin bireylerin %84,5 oranında tavsiye edilen sağlık kontrollerine gittiği, %51,8 oranında sağlıklı beslendiğini düşündüğü, yemeklere ekstra tuz ekleme durumu incelendiğinde %28,3 oranında hiç ekmediği, %25,9 oranında nadiren eklediği, %27,1 oranında bazen, %9,5 oranında sıklıkla ve %9,2 oranında her zaman eklediği, %70,8 oranında düzenli egzersiz yapmadığı, %75,9 oranında ise günlük hayatta strese maruz kaldığı saptanmıştır.

#### 4.2 DEĞİŞKENE YÖNELİK BETİMSSEL ANALİZ SONUÇLARI

Çalışmanın bu bölümünde, değişken ile ilgili tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Araştırmanın değişkenleri HT'den Korunma Tutumları ve alt boyutlarından oluşmaktadır. Yetişkin bireylerin HT'den Korunma Tutumları ortalamalarına göre dağılımı Tablo 13'te sunulmuştur.

**Tablo 13.** Yetişkin Bireylerin Hipertansiyondan Korunma Tutumları Düzeylerine Göre Dağılımı

| Ölçekler                                  | N   | Min   | Maks   | $\bar{X}$ | SS    |
|-------------------------------------------|-----|-------|--------|-----------|-------|
| <b>Hipertansiyondan Korunma Tutumları</b> | 336 | 33.00 | 130.00 | 106.95    | 13.88 |
| Korunma ve Kontrol                        | 336 | 8.00  | 40.00  | 32.97     | 4.74  |
| Hastalık ve Risk Bilgisi                  | 336 | 5.00  | 25.00  | 20.43     | 3.22  |

|                                   |     |      |       |       |      |
|-----------------------------------|-----|------|-------|-------|------|
| Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite | 336 | 6.00 | 15.00 | 12.80 | 1.74 |
| Alışkanlık ve Yaşam Şekli         | 336 | 6.00 | 30.00 | 24.71 | 3.69 |
| Beslenme Tutumu                   | 336 | 7.00 | 20.00 | 16.03 | 2.39 |

Araştırmaya dahil olan yetişkin bireylerin HT'den Korunma Tutumları ifadelerine verdikleri yanıtların toplam ortalaması ( $\bar{X}$ =106,95) olarak, alt boyut Korunma ve Kontrol ifadelerine verdikleri yanıtların toplam ortalaması ( $\bar{X}$ =32,97), alt boyut Hastalık ve Risk Bilgisi ifadelerine verdikleri yanıtların toplam ortalaması ( $\bar{X}$ =20,43), Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ifadelerine verdikleri yanıtların toplam ortalaması ( $\bar{X}$ =12,80), Alışkanlık ve Yaşam Şekli ifadelerine verdikleri yanıtların toplam ortalaması ( $\bar{X}$ =24,71), Beslenme Tutumu ifadelerine verdikleri yanıtların toplam ortalaması ( $\bar{X}$ =16,03) olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışma için HT'den Korunma Tutumları Cronbach's Alfa değeri 0,935 olarak, alt boyut Korunma ve Kontrol Cronbach's Alfa değeri 0,873, alt boyut Hastalık ve Risk Bilgisi Cronbach's Alfa değeri 0,827, Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite Cronbach's Alfa değeri 0,811, Alışkanlık ve Yaşam Şekli Cronbach's Alfa değeri 0,825, Beslenme Tutumu Cronbach's Alfa değeri 0,846 olarak tespit edilmiştir. Bu değerler ölçek maddeleri arasında iç tutarlılığın istenilen düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim bir testin güvenilirlik katsayısının 0,70 ve daha yüksek olması, test puanlarının güvenilirliği için yeterli biçimde yorumlanmaktadır (89).

#### 4.3 HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUMLARINA YÖNELİK BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında araştırma grubunu teşkil eden yetişkin bireylerin sosyo demografik dağılımlarına göre HT'den Korunma Tutumlarından elde edilen ortalama puanlar arasındaki farklılaşmalar ele alınmıştır.

Yetişkin Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ile HT'den Korunma Tutumları Arasındaki Farklılaşmalar Tablo 14 ve 15'te sunulmuştur



**Tablo 14.** Yetişkin Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hipertansiyondan Korunma Tutumlarından Elde Edilen Ortalama Puanlar Arasındaki Farklılaşmalar

|                              |     | HKT           |       | KK               |      | HRB           |      |
|------------------------------|-----|---------------|-------|------------------|------|---------------|------|
| Kişisel Özellikler           | N   | Ort           | Ss    | Ort              | Ss   | Ort           | Ss   |
| <b>Cinsiyet*</b>             |     |               |       |                  |      |               |      |
| Erkek                        | 98  | 105.78        | 12.50 | 32.92            | 4.24 | 20.20         | 2.91 |
| Kadın                        | 238 | 107.44        | 14.41 | 33.00            | 4.94 | 20.53         | 3.34 |
| Test / p                     |     | -0.997/0.319  |       | -0.136/0.892     |      | -0.830/0.407  |      |
| <b>Medeni durum</b>          |     |               |       |                  |      |               |      |
| Bekar                        | 145 | 107.13        | 12.66 | 33.20            | 4.23 | 20.36         | 2.99 |
| Boşanmış                     | 16  | 109.44        | 15.17 | 33.19            | 5.84 | 21.00         | 3.60 |
| Evli                         | 175 | 106.58        | 14.76 | 32.77            | 5.03 | 20.44         | 3.38 |
| Test / p                     |     | 0.331/0.718   |       | 0.349/0.706      |      | 0.286/0.752   |      |
| <b>Yaş**</b>                 |     |               |       |                  |      |               |      |
| 18-30 <sup>a</sup>           | 145 | 108.90        | 12.68 | 33.63            | 4.37 | 20.81         | 3.08 |
| 31-40 <sup>b</sup>           | 77  | 106.79        | 16.61 | 33.05            | 5.38 | 20.51         | 3.69 |
| 41-50 <sup>c</sup>           | 59  | 105.92        | 10.90 | 32.53            | 3.76 | 20.22         | 2.51 |
| 51+ <sup>d</sup>             | 55  | 103.15        | 14.99 | 31.60            | 5.40 | 19.56         | 3.45 |
| Test / p                     |     | 2.479/0.061   |       | 2.706/0.045      |      | 2.107/0.099   |      |
| ***G.farkı                   |     |               |       | d>a              |      |               |      |
| <b>Meslek**</b>              |     |               |       |                  |      |               |      |
| Çalışmıyor <sup>a</sup>      | 15  | 104.73        | 12.22 | 31.73            | 4.98 | 20.13         | 3.20 |
| Esnaf <sup>b</sup>           | 15  | 102.07        | 11.11 | 31.87            | 3.91 | 19.27         | 2.43 |
| Ev hanımı <sup>c</sup>       | 45  | 103.24        | 14.16 | 31.71            | 4.80 | 19.51         | 3.35 |
| İşçi <sup>d</sup>            | 59  | 103.86        | 15.27 | 32.00            | 5.15 | 19.64         | 3.24 |
| Memur <sup>e</sup>           | 71  | 111.06        | 12.20 | 34.46            | 4.07 | 21.39         | 3.03 |
| Öğrenci <sup>f</sup>         | 42  | 103.83        | 10.59 | 32.29            | 3.72 | 19.55         | 2.82 |
| Sağlık Çalışanı <sup>g</sup> | 55  | 111.07        | 16.38 | 34.05            | 5.43 | 21.35         | 3.62 |
| Diğer <sup>h</sup>           | 34  | 108.97        | 11.81 | 33.35            | 4.50 | 21.26         | 2.50 |
| Test / p                     |     | 3.335/0.002   |       | 2.744/0.009      |      | 3,862/0.000   |      |
| ***G.farkı                   |     | e,g>a,b,c,d,f |       | ,e,g,h>a,b,c,d,f |      | e,g,h>b,c,d,f |      |

|                                      |     |                     |       |                     |      |                     |      |
|--------------------------------------|-----|---------------------|-------|---------------------|------|---------------------|------|
| <b>Eğitim durumu**</b>               |     |                     |       |                     |      |                     |      |
| İlkokul mezunu <sup>a</sup>          | 30  | 99.33               | 14.47 | 30.73               | 4.78 | 18.33               | 3.36 |
| Ortaokul mezunu <sup>b</sup>         | 16  | 105.00              | 10.33 | 32.50               | 3.56 | 19.81               | 2.66 |
| Lise mezunu <sup>c</sup>             | 96  | 101.59              | 15.24 | 31.29               | 5.30 | 19.36               | 3.41 |
| Üniversite mezunu <sup>d</sup>       | 194 | 110.94              | 11.87 | 34.19               | 4.12 | 21.34               | 2.82 |
| <b>Test / p</b>                      |     | <b>14.872/0.000</b> |       | <b>11.596/0.000</b> |      | <b>14.637/0.000</b> |      |
| <b>***G.farkı</b>                    |     | d>a,c               |       | d>a,c               |      | d>a,c               |      |
| <b>Gelir**</b>                       |     |                     |       |                     |      |                     |      |
| Geliri giderinden az <sup>a</sup>    | 120 | 106.52              | 14.02 | 32.93               | 4.90 | 20.38               | 3.41 |
| Geliri giderine eşit <sup>b</sup>    | 148 | 106.14              | 14.81 | 32.64               | 4.99 | 20.30               | 3.28 |
| Gerili giderinden fazla <sup>c</sup> | 68  | 109.49              | 11.18 | 33.76               | 3.76 | 20.79               | 2.72 |
| <b>Test / p</b>                      |     | <b>1.447/0.237</b>  |       | <b>1.318/0.269</b>  |      | <b>0.559/0.572</b>  |      |
| <b>***G.farkı</b>                    |     |                     |       |                     |      |                     |      |
| <b>Sigara Kullanımı**</b>            |     |                     |       |                     |      |                     |      |
| Bıraktım <sup>a</sup>                | 23  | 102.96              | 18.09 | 31.43               | 6.29 | 19.87               | 3.91 |
| Evet <sup>b</sup>                    | 113 | 105.92              | 15.59 | 32.81               | 5.30 | 20.33               | 3.56 |
| Hayır <sup>c</sup>                   | 200 | 108.00              | 12.17 | 33.25               | 4.15 | 20.56               | 2.93 |
| <b>Test / p</b>                      |     | <b>1.838/0.16</b>   |       | <b>1.619/0.200</b>  |      | <b>0.555/0.575</b>  |      |
| <b>Alkol Kullanımı**</b>             |     |                     |       |                     |      |                     |      |
| Bıraktım <sup>a</sup>                | 15  | 113.27              | 9.32  | 35.93               | 3.45 | 22.13               | 2.39 |
| Evet ara ara <sup>b</sup>            | 102 | 107.40              | 14.23 | 33.18               | 5.08 | 20.36               | 3.34 |
| Evet sıklıkla <sup>c</sup>           | 9   | 110.78              | 8.79  | 34.44               | 2.60 | 21.44               | 2.83 |
| Hiç kullanma                         | 210 | 106.12              | 14.07 | 32.60               | 4.64 | 20.30               | 3.20 |

|                                                         |     |              |       |              |      |              |      |
|---------------------------------------------------------|-----|--------------|-------|--------------|------|--------------|------|
| dım <sup>d</sup>                                        |     |              |       |              |      |              |      |
| <b>Test / p</b>                                         |     | 1.558/0.200  |       | 2.782/0.041  |      | 1.839/0.140  |      |
| <b>***G.farkı</b>                                       |     |              |       | a>d          |      |              |      |
| <b>Kronik Hastalık Durumu*</b>                          |     |              |       |              |      |              |      |
| Var                                                     | 94  | 107.47       | 12.89 | 33.16        | 4.39 | 20.50        | 3.05 |
| Yok                                                     | 242 | 106.75       | 14.27 | 32.90        | 4.87 | 20.40        | 3.29 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | 0.424/0.672  |       | 0.449/0.654  |      | 0.242/0.809  |      |
| <b>İlaç Kullanma Durumu*</b>                            |     |              |       |              |      |              |      |
| Var                                                     | 94  | 106.59       | 12.39 | 32.86        | 4.23 | 20.17        | 2.97 |
| Yok                                                     | 242 | 107.10       | 14.44 | 33.02        | 4.93 | 20.53        | 3.31 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | -0.302/0.763 |       | -0.269/0.788 |      | -0.927/0.355 |      |
| <b>BKİ**</b>                                            |     |              |       |              |      |              |      |
| Zayıf <sup>a</sup>                                      | 20  | 110.20       | 12.12 | 33.50        | 4.63 | 20.95        | 2.87 |
| Normal <sup>b</sup>                                     | 153 | 107.14       | 14.45 | 33.17        | 4.94 | 20.48        | 3.37 |
| Kilolu <sup>c</sup>                                     | 116 | 106.79       | 11.84 | 32.95        | 4.08 | 20.45        | 2.70 |
| Obez <sup>a</sup>                                       | 47  | 105.36       | 17.18 | 32.17        | 5.62 | 20.00        | 4.00 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | 0.582/0.627  |       | 0.619/0.603  |      | 0.466/0.706  |      |
| <b>Ailede Hipertansiyon Varlığı*</b>                    |     |              |       |              |      |              |      |
| Evet                                                    | 191 | 108.90       | 13.60 | 33.46        | 4.70 | 20.98        | 3.04 |
| Hayır                                                   | 145 | 104.39       | 13.89 | 32.33        | 4.73 | 19.71        | 3.32 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | 2.979/0.003  |       | 2.177/0.030  |      | 3.642/0.000  |      |
| <b>Tavsiye Edilen Sağlık Kontrollerine Gitme Durumu</b> |     |              |       |              |      |              |      |
| Evet                                                    | 284 | 107.05       | 14.18 | 33.00        | 4.86 | 20.47        | 3.29 |
| Hayır                                                   | 52  | 106.40       | 12.27 | 32.83        | 4.05 | 20.21        | 2.84 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | 0.309/0.757  |       | 0.242/0.809  |      | 0.535/0.593  |      |
| <b>Sağlıklı Beslendiğini Düşünme Durumu*</b>            |     |              |       |              |      |              |      |
| Evet                                                    | 174 | 106.84       | 15.60 | 32.90        | 5.40 | 20.32        | 3.52 |
| Hayır                                                   | 162 | 107.07       | 11.81 | 33.05        | 3.91 | 20.56        | 2.87 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | -0.155/0.877 |       | -0.284/0.777 |      | -0.681/0.497 |      |

| Yemeklere Ekstra Tuz Ekleme Durumu**      |     |              |       |             |      |             |      |
|-------------------------------------------|-----|--------------|-------|-------------|------|-------------|------|
| Hiç <sup>a</sup>                          | 95  | 107.19       | 11.32 | 33.01       | 3.99 | 20.48       | 2.54 |
| Nadiren <sup>b</sup>                      | 87  | 108.25       | 15.40 | 33.43       | 5.14 | 20.72       | 3.63 |
| Bazen <sup>c</sup>                        | 91  | 105.57       | 16.63 | 32.58       | 5.66 | 20.19       | 3.80 |
| Sıklıkla <sup>d</sup>                     | 32  | 109.13       | 12.33 | 33.72       | 4.21 | 20.75       | 2.95 |
| Her zaman <sup>e</sup>                    | 31  | 104.39       | 7.83  | 31.97       | 2.79 | 19.84       | 2.11 |
| Test / p                                  |     | 0.882/0.475  |       | 0.900/0.464 |      | 0.655/0.623 |      |
| Düzenli Egzersiz Yapma Durumu*            |     |              |       |             |      |             |      |
| Evet                                      | 98  | 109.62       | 14.06 | 33.86       | 4.87 | 20.85       | 3.23 |
| Hayır                                     | 238 | 105.85       | 13.69 | 32.61       | 4.65 | 20.26       | 3.21 |
| Test / p                                  |     | 2.276/0.023  |       | 2.207/0.028 |      | 1.520/0.129 |      |
| Günlük Hayatta Strese Maruz Kalma Algısı* |     |              |       |             |      |             |      |
| Evet                                      | 5   | 106.71       | 14.41 | 32.99       | 4.85 | 20.40       | 3.34 |
| Hayır                                     | 81  | 107.73       | 12.12 | 32.91       | 4.38 | 20.53       | 2.85 |
| Test / p                                  |     | -0.577/0.564 |       | 0.130/0.897 |      | -1.318/0.75 |      |

\*Independent Samples t test, \*\*One Way Anova , \*\*\*Grup farkını belirlemek için Tukey Testi kullanılmıştır. Hipertansiyondan Korunma Tutumları=HKT, Korunma ve Kontrol=KK, Hastalık ve Risk Bilgisi=HRB, Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite=RFA, Alışkanlık ve Yaşam Şekli=AYŞ, Beslenme Tutumu=BT

**Tablo 15.** Yetişkin Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hipertansiyondan Korunma Tutumlarından Elde Edilen Ortalama Puanlar Arasındaki Farklılaşmalar-2

|                    |     | RFA          |      | AYŞ          |      | BT          |      |
|--------------------|-----|--------------|------|--------------|------|-------------|------|
| Kişisel Özellikler | N   | Ort          | Ss   | Ort          | Ss   | Ort         | Ss   |
| Cinsiyet*          |     |              |      |              |      |             |      |
| Erkek              | 98  | 12.42        | 1.70 | 24.65        | 3.24 | 15.58       | 2.29 |
| Kadın              | 238 | 12.96        | 1.73 | 24.74        | 3.87 | 16.22       | 2.42 |
| Test / p           |     | -2.610/0.009 |      | -0.195/0.846 |      | 2.229/0.026 |      |
| Medeni durum       |     |              |      |              |      |             |      |
| Bekar              | 145 | 12.91        | 1.72 | 24.75        | 3.35 | 15.91       | 2.41 |

|                                   |     |              |      |             |      |             |      |
|-----------------------------------|-----|--------------|------|-------------|------|-------------|------|
| Boşanmış                          | 16  | 13.38        | 1.31 | 25.38       | 3.83 | 16.50       | 2.56 |
| Evli                              | 75  | 12.66        | 1.77 | 24.62       | 3.96 | 16.09       | 2.37 |
| <b>Test / p</b>                   |     | 1.768/0.172  |      | 0.316/0.729 |      | 0.545/0.580 |      |
| <b>Yaş**</b>                      |     |              |      |             |      |             |      |
| 18-30 <sup>a</sup>                | 145 | 13.18        | 1.66 | 25.18       | 3.37 | 16.10       | 2.31 |
| 31-40 <sup>b</sup>                | 77  | 12.66        | 1.96 | 24.56       | 4.43 | 16.01       | 2.77 |
| 41-50 <sup>c</sup>                | 59  | 12.56        | 1.51 | 24.42       | 3.07 | 16.19       | 2.04 |
| 51+ <sup>d</sup>                  | 55  | 12.25        | 1.66 | 24.02       | 3.92 | 15.71       | 2.42 |
| <b>Test / p</b>                   |     | 4.806/0.003  |      | 1.594/0.191 |      | 0.458/0.712 |      |
| <b>***G.farkı</b>                 |     | d>a          |      |             |      |             |      |
| <b>Meslek**</b>                   |     |              |      |             |      |             |      |
| Çalışmıyor <sup>a</sup>           | 15  | 12.53        | 1.46 | 25.47       | 3.20 | 14.87       | 3.07 |
| Esnaf <sup>b</sup>                | 15  | 11.53        | 1.60 | 24.27       | 2.91 | 15.13       | 2.20 |
| Ev hanımı <sup>c</sup>            | 45  | 12.22        | 1.59 | 23.91       | 3.79 | 15.89       | 2.20 |
| İşçi <sup>d</sup>                 | 59  | 12.53        | 1.79 | 23.76       | 3.96 | 15.93       | 2.46 |
| Memur <sup>e</sup>                | 71  | 13.23        | 1.68 | 25.39       | 3.43 | 16.58       | 2.08 |
| Öğrenci <sup>f</sup>              | 42  | 12.69        | 1.72 | 24.17       | 3.05 | 15.14       | 1.97 |
| Sağlık Çalışanı <sup>g</sup>      | 55  | 13.25        | 1.81 | 25.58       | 4.42 | 16.84       | 2.73 |
| Diğer <sup>h</sup>                | 34  | 13.24        | 1.54 | 25.15       | 3.11 | 15.97       | 2.25 |
| <b>Test / p</b>                   |     | 3.793/0.001  |      | 2.001/0.054 |      | 3.235/0.002 |      |
| <b>***G.farkı</b>                 |     | e,g,h>b      |      |             |      | e,g>a,b,f   |      |
| <b>Eğitim durumu**</b>            |     |              |      |             |      |             |      |
| İlkokul mezunu <sup>a</sup>       | 30  | 11.73        | 1.51 | 23.23       | 3.84 | 15.30       | 2.29 |
| Ortaokul mezunu <sup>b</sup>      | 16  | 12.50        | 1.46 | 24.81       | 2.46 | 15.38       | 2.19 |
| Lise mezunu <sup>c</sup>          | 96  | 12.19        | 1.74 | 23.49       | 4.14 | 15.26       | 2.44 |
| Üniversite mezunu <sup>d</sup>    | 194 | 13.29        | 1.62 | 25.54       | 3.28 | 16.58       | 2.27 |
| <b>Test / p</b>                   | 23  | 14.739/0.000 |      | 8.972/0.000 |      | 8.629/0.000 |      |
| <b>***G.farkı</b>                 |     | d>a,c        |      | d>a,c       |      | d>a,c       |      |
| <b>Gelir**</b>                    |     |              |      |             |      |             |      |
| Geliri giderinden az <sup>a</sup> | 120 | 12.87        | 1.68 | 24.68       | 3.94 | 1.65        | 2.40 |
| Geliri giderine eşit <sup>b</sup> | 148 | 12.67        | 1.80 | 24.51       | 3.80 | 16.02       | 2.42 |

|                                      |     |              |      |              |      |             |      |
|--------------------------------------|-----|--------------|------|--------------|------|-------------|------|
| Gerili giderinden fazla <sup>c</sup> | 68  | 12.97        | 1.69 | 25.22        | 2.91 | 16.74       | 2.18 |
| <b>Test / p</b>                      |     | 0.836/0.434  |      | 0.876/0.417  |      | 4.557/0.011 |      |
| <b>***G.farkı</b>                    |     |              |      |              |      | c>a         |      |
| <b>Sigara Kullanımı**</b>            |     |              |      |              |      |             |      |
| Bıraktım <sup>a</sup>                | 23  | 12.17        | 1.92 | 23.57        | 4.83 | 15.91       | 2.50 |
| Evet <sup>b</sup>                    | 113 | 12.68        | 1.86 | 24.43        | 4.19 | 15.67       | 2.47 |
| Hayır <sup>c</sup>                   | 200 | 12.94        | 1.63 | 25.01        | 3.19 | 16.25       | 2.32 |
| <b>Test / p</b>                      |     | 2.425/0.090  |      | 2.073/0.127  |      | 2.145/0.119 |      |
| <b>Alkol Kullanımı**</b>             |     |              |      |              |      |             |      |
| Bıraktım <sup>a</sup>                | 15  | 13.13        | 1.36 | 25.93        | 3.26 | 16.13       | 2.61 |
| Evet ara ara <sup>b</sup>            | 102 | 12.86        | 1.74 | 24.86        | 3.62 | 16.14       | 2.37 |
| Evet sıklıkla <sup>c</sup>           | 9   | 12.89        | 1.83 | 26.11        | 2.57 | 15.89       | 1.76 |
| Hiç kullanmadım <sup>d</sup>         | 210 | 12.74        | 1.76 | 24.50        | 3.78 | 15.98       | 2.43 |
| <b>Test / p</b>                      |     | 0.310/0.818  |      | 1.278/0.282  |      | 0.116/0.95  |      |
| <b>***G.farkı</b>                    |     |              |      |              |      |             |      |
| <b>Kronik Hastalık Durumu*</b>       |     |              |      |              |      |             |      |
| Var                                  | 94  | 12.69        | 1.81 | 24.83        | 3.44 | 16.29       | 2.20 |
| Yok                                  | 242 | 12.84        | 1.71 | 24.67        | 3.79 | 15.93       | 2.46 |
| <b>Test / p</b>                      |     | -0.717/0.474 |      | 0.357/0.721  |      | 1.215/0.225 |      |
| <b>İlaç Kullanma Durumu*</b>         |     |              |      |              |      |             |      |
| Var                                  | 94  | 12.62        | 1.77 | 24.66        | 3.30 | 16.28       | 2.15 |
| Yok                                  | 242 | 12.87        | 1.72 | 24.74        | 3.84 | 15.94       | 2.48 |
| <b>Test / p</b>                      |     | -1.208/0.228 |      | -0.169/0.866 |      | 1.164/0.245 |      |
| <b>BKİ**</b>                         |     |              |      |              |      |             |      |
| Zayıf <sup>a</sup>                   | 20  | 13.50        | 1.61 | 25.95        | 3.10 | 16.30       | 2.43 |
| Normal <sup>b</sup>                  | 153 | 12.83        | 1.80 | 24.61        | 3.84 | 16.05       | 2.43 |
| Kilolu <sup>c</sup>                  | 116 | 12.70        | 1.63 | 24.71        | 3.26 | 15.99       | 2.23 |
| Obez <sup>a</sup>                    | 47  | 12.66        | 1.83 | 24.55        | 4.40 | 15.98       | 2.72 |
| <b>Test / p</b>                      |     | 1.336/0.263  |      | 0.817/0.485  |      | 0.103/0.958 |      |
| <b>Ailede Hipertansiyon Varlığı*</b> |     |              |      |              |      |             |      |
| Evet                                 | 191 | 13.08        | 1.61 | 25.07        | 3.80 | 16.30       | 2.36 |
| Hayır                                | 145 | 12.43        | 1.84 | 24.24        | 3.51 | 15.68       | 2.40 |

|                                                         |     |                     |      |                     |      |                     |      |
|---------------------------------------------------------|-----|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| <b>Test / p</b>                                         |     | <b>3.418/0.001</b>  |      | <b>2.055/0.041</b>  |      | <b>2.397/0.017</b>  |      |
| <b>Tavsiye Edilen Sağlık Kontrollerine Gitme Durumu</b> |     |                     |      |                     |      |                     |      |
| Evet                                                    | 284 | 12.75               | 1.76 | 24.72               | 3.77 | 16.11               | 2.40 |
| Hayır                                                   | 52  | 13.06               | 1.60 | 24.67               | 3.27 | 15.63               | 2.33 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | <b>-1.161/0.246</b> |      | <b>0.087/0.930</b>  |      | <b>1.306/0.193</b>  |      |
| <b>Sağlıklı Beslendiğini Düşünme Durumu*</b>            |     |                     |      |                     |      |                     |      |
| Evet                                                    | 174 | 12.79               | 1.84 | 24.71               | 4.12 | 16.12               | 2.50 |
| Hayır                                                   | 162 | 12.81               | 1.63 | 24.72               | 3.18 | 15.94               | 2.28 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | <b>-0.145/0.885</b> |      | <b>-0.008/0.993</b> |      | <b>0.697/0.486</b>  |      |
| <b>Yemeklere Ekstra Tuz Ekleme Durumu**</b>             |     |                     |      |                     |      |                     |      |
| Hiç <sup>a</sup>                                        | 95  | 12.79               | 1.51 | 24.62               | 3.08 | 16.28               | 2.10 |
| Nadiren <sup>b</sup>                                    | 87  | 12.69               | 1.96 | 25.10               | 3.87 | 16.31               | 2.47 |
| Bazen <sup>c</sup>                                      | 91  | 12.74               | 1.91 | 24.51               | 4.47 | 15.56               | 2.57 |
| Sıklıkla <sup>d</sup>                                   | 32  | 13.16               | 1.65 | 25.41               | 3.20 | 16.09               | 2.62 |
| Her zaman <sup>e</sup>                                  | 31  | 12.97               | 1.28 | 23.81               | 2.66 | 15.81               | 2.17 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | <b>0.525/0.718</b>  |      | <b>1.080/0.366</b>  |      | <b>1.523/0.195</b>  |      |
| <b>Düzenli Egzersiz Yapma Durumu*</b>                   |     |                     |      |                     |      |                     |      |
| Evet                                                    | 98  | 12.86               | 1.83 | 25.58               | 3.63 | 16.48               | 2.37 |
| Hayır                                                   | 238 | 12.78               | 1.70 | 24.36               | 3.67 | 15.85               | 2.39 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | <b>0.382/0.703</b>  |      | <b>2.790/0.006</b>  |      | <b>2.208/0.028</b>  |      |
| <b>Günlük Hayatta Strese Maruz Kalma Algısı*</b>        |     |                     |      |                     |      |                     |      |
| Evet                                                    | 255 | 12.76               | 1.78 | 24.67               | 3.82 | 15.88               | 2.48 |
| Hayır                                                   | 81  | 12.91               | 1.61 | 24.85               | 3.27 | 16.52               | 2.03 |
| <b>Test / p</b>                                         |     | <b>-0.671/0.503</b> |      | <b>-0.384/0.701</b> |      | <b>-2.107/0.036</b> |      |

\*Independent Samples t test, \*\*One Way Anova , \*\*\*Grup farkını belirlemek için Tukey Testi kullanılmıştır. Hipertansiyondan Korunma Tutumları=HKT, Korunma ve Kontrol=KK, Hastalık ve Risk Bilgisi=HRB, Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite=RFA, Alışkanlık ve Yaşam Şekli=AYŞ, Beslenme Tutumu=BT

Tablo 14 ve 15'e göre kategorik değişkenlerden yetişkin bireylerin medeni durumu, sigara kullanımı, kronik hastalık durumu, ilaç kullanma durumu, BKİ, tavsiye edilen sağlık kontrollerine gitme durumu, sağlıklı beslendiğini düşünme durumu, yemeklere ekstra tuz ekleme durumu ile HT'den Korunma Tutumları ( $p>0.05$ ) ve alt

boyutlar Hastalık ve Risk Bilgisi ( $p>0.05$ ), Korunma ve Kontrol ( $p>0.05$ ), Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ( $p>0.05$ ), Alışkanlık ve Yaşam Şekli ( $p>0.05$ ) ve Beslenme Tutumu ( $p>0.05$ ) arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir.

Kategorik değişkenlerden yetişkin bireylerin cinsiyet durumu ile HT'den Korunma Tutumları ( $p>0.05$ ) ve alt boyutlar Hastalık ve Risk Bilgisi ( $p>0.05$ ), Korunma ve Kontrol ( $p>0.05$ ), Alışkanlık ve Yaşam Şekli ( $p>0.05$ ) arasında anlamlı bir fark yok iken Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ( $t=-2,610$ ,  $p=0,009$ ,  $p<0,05$ ) ve Beslenme Tutumu ( $t=-2,229$ ,  $p=0,026$ ,  $p<0,05$ ) arasında anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir.

Kadın yetişkin bireylerin Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ve Beslenme Tutumu ortalamasının erkek yetişkin bireylerin Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ve Beslenme Tutumu ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kategorik değişkenlerden yetişkin bireylerin yaşı ile Korunma ve Kontrol ( $F=2,706$ ,  $p=0,045$ ,  $p<0,05$ ) ve Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ( $F=4,806$ ,  $p=0,003$ ,  $p<0,05$ ) arasında anlamlı bir fark tespit edilirken HT'den Korunma Tutumları ( $p>0.05$ ) ve alt boyutlar Hastalık ve Risk Bilgisi ( $p>0.05$ ), Alışkanlık ve Yaşam Şekli ( $p>0.05$ ) ve Beslenme Tutumu ( $p>0.05$ ) arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan Tukey testi sonucuna göre 18-30 yaş aralığında olan yetişkin bireylerin Korunma ve Kontrol ve Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ortalamasının 51 yaş üzerindeki yetişkin bireylerin Korunma ve Kontrol ve Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kategorik değişkenlerden yetişkin bireylerin meslek durumu ile HT'den Korunma Tutumları ( $F=3,325$ ,  $p=0,002$ ,  $p<0,05$ ) ve alt boyutlar Korunma ve Kontrol ( $F=2,744$ ,  $p=0,009$ ,  $p<0,05$ ), Hastalık ve Risk Bilgisi ( $F=3,862$ ,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ), Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ( $F=3,793$ ,  $p=0,001$ ,  $p<0,05$ ) ve Beslenme Tutumu ( $F=3,235$ ,  $p=0,002$ ,  $p<0,05$ ) arasında anlamlı bir fark var iken Alışkanlık ve Yaşam Şekli arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir.

Yapılan Tukey testi sonucuna göre mesleği memur, sağlık çalışanı ve diğer olan yetişkin bireylerin HT'den Korunma Tutumları ve Korunma ve Kontrol ortalamasının çalışmayan, mesleği esnaf, ev hanımı, işçi, öğrenci olan yetişkin bireylerin Hipertansiyondan Korunma Tutumları ve Korunma ve Kontrol ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



Mesleği memur sağlık çalışanı ve belirtilen meslek grupları dışında çalışıp diğer seçeneğini işaretleyen yetişkin bireylerin Hastalık ve Risk Bilgisi ortalamasının mesleği esnaf, ev hanımı, işçi, öğrenci olan yetişkin bireylerin Hastalık ve Risk Bilgisi ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleği memur sağlık çalışanı ve belirtilen meslek grupları dışında çalışıp diğer seçeneğini işaretleyen olan yetişkin bireylerin Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ortalamasının mesleği esnaf olan yetişkin bireylerin Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Mesleği memur sağlık çalışanı ve belirtilen meslek grupları dışında çalışıp diğer seçeneğini işaretleyen olan yetişkin bireylerin Beslenme Tutumu ortalamasının çalışmayan, mesleği esnaf ve öğrenci olan yetişkin bireylerin Beslenme Tutumu ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kategorik değişkenlerden yetişkin bireylerin eğitim durumu ile HT'den Korunma Tutumları ( $F=14,872$ ,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ) ve alt boyutlar Korunma ve Kontrol ( $F=11,596$ ,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ), Hastalık ve Risk Bilgisi ( $F=14,673$ ,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ), Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ( $F=14,739$ ,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ), Alışkanlık ve Yaşam Şekli ( $F=8,972$ ,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ) ve Beslenme Tutumu ( $F=8,629$ ,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ) arasında anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir.

Üniversite mezunu olan yetişkin bireylerin HT'den Korunma Tutumları ve Korunma ve Kontrol, Hastalık ve Risk Bilgisi, Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite, Alışkanlık ve Yaşam Şekli ve Beslenme Tutumu ortalamasının ilkökul ve lise mezunu olan yetişkin bireylerin HT'den Korunma Tutumları ve Korunma ve Kontrol, Hastalık ve Risk Bilgisi, Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite, Alışkanlık ve Yaşam Şekli ve Beslenme Tutumu ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kategorik değişkenlerden yetişkin bireylerin gelir durumu ile HT'den Korunma Tutumları ( $p>0.05$ ) ve alt boyutlar Korunma ve Kontrol ( $p>0.05$ ), Hastalık ve Risk Bilgisi ( $p>0.05$ ), Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ( $p>0.05$ ), Alışkanlık ve Yaşam Şekli ( $p>0.05$ ) arasında anlamlı bir fark yok iken Beslenme Tutumu ( $F=4,557$ ,  $p=0,011$ ,  $p<0,05$ ) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan Tukey testi sonucuna göre geliri giderinden fazla olan yetişkin bireylerin Beslenme Tutumu ortalamasının geliri giderinden az olan Beslenme Tutumu yetişkin bireylerin ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kategorik değişkenlerden yetişkin bireylerin alkol kullanma durumu ile HT'den Korunma Tutumları ( $p>0.05$ ) ve alt boyutlar Hastalık ve Risk Bilgisi ( $p>0.05$ ), Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ( $p>0.05$ ), Alışkanlık ve Yaşam Şekli ( $p>0.05$ ) ve Beslenme Tutumu ( $p>0.05$ ) arasında anlamlı bir fark yok iken Korunma ve Kontrol ( $F=2,782$ ,  $p=0,041$ ,  $p<0,05$ ) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Yapılan Tukey testi sonucuna göre alkolü bırakan yetişkin bireylerin Korunma ve Kontrol ortalamasının hiç alkol almayan yetişkin bireylerin Korunma ve Kontrol ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kategorik değişkenlerden yetişkin bireylerin ailede HT varlığı ile HT'den Korunma Tutumları ( $t=2,979$ ,  $p=0,003$ ,  $p<0,05$ ) ve alt boyutlar Korunma ve Kontrol ( $t=2,177$ ,  $p=0,030$ ,  $p<0,05$ ), Hastalık ve Risk Bilgisi ( $t=3,642$ ,  $p=0,000$ ,  $p<0,05$ ), Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ( $t=3,418$ ,  $p=0,001$ ,  $p<0,05$ ), Alışkanlık ve Yaşam Şekli ( $t=2,055$ ,  $p=0,041$ ,  $p<0,05$ ) ve Beslenme Tutumu ( $t=2,397$ ,  $p=0,017$ ,  $p<0,05$ ) arasında anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir.

Ailesinde HT olan yetişkin bireylerin HT'den Korunma Tutumları ve Korunma ve Kontrol, Hastalık ve Risk Bilgisi, Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite, Alışkanlık ve Yaşam Şekli ve Beslenme Tutumu ortalamasının ailesinde hipertansiyon olmayan yetişkin bireylerin HT'den Korunma Tutumları ve Korunma ve Kontrol, Hastalık ve Risk Bilgisi, Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite, Alışkanlık ve Yaşam Şekli ve Beslenme Tutumu ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kategorik değişkenlerden yetişkin bireylerin düzenli egzersiz yapma durumu ile HT'den Korunma Tutumları ( $t=2,276$ ,  $p=0,023$ ,  $p<0,05$ ) ve alt boyutlar Korunma ve Kontrol ( $t=2,207$ ,  $p=0,028$ ,  $p<0,05$ ), Alışkanlık ve Yaşam Şekli ( $t=2,790$ ,  $p=0,006$ ,  $p<0,05$ ) ve Beslenme Tutumu ( $t=2,208$ ,  $p=0,028$ ,  $p<0,05$ ) arasında anlamlı bir farkın olduğu ve Hastalık ve Risk Bilgisi ( $p>0,05$ ), Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ( $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir.

Düzenli egzersiz yapan yetişkin bireylerin HT'den Korunma Tutumları ve Korunma ve Kontrol, Alışkanlık ve Yaşam Şekli ve Beslenme Tutumu ortalamasının düzenli egzersiz yapmayan yetişkin bireylerin HT'den Korunma Tutumları ve Korunma ve Kontrol, Alışkanlık ve Yaşam Şekli ve Beslenme Tutumu ortalamasından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kategorik değişkenlerden yetişkin bireylerin günlük hayatta strese maruz kalma algısı ile HT'den Korunma Tutumları ( $p>0.05$ ) ve alt boyutlar Korunma ve Kontrol ( $p>0.05$ ), Hastalık ve Risk Bilgisi ( $p>0.05$ ), Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ( $p>0.05$ ), Alışkanlık ve Yaşam şekli ( $p>0.05$ ) arasında anlamlı bir fark yok iken Beslenme Tutumu ( $t=-2,107$ ,  $p=0,036$ ,  $p<0,05$ ) arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir.

Günlük hayatta strese maruz kalmayan yetişkin bireylerin Beslenme Tutumu ortalamasının günlük hayatta strese maruz kalan yetişkin bireylerin Beslenme Tutumu ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



## 5.TARTIŞMA

Hipertansiyon tanısı olmayan yetişkinlerin HT farkındalık düzeyleri ve HT gelişiminin önlenmesi ile ilgili tutumlarını değerlendirmek amacıyla yaptığımız bu çalışmada katılımcıların HT'den korunmaya yönelik tutumlarının olumlu olduğu belirlendi. Eğitim düzeyinin yüksek olması, düzenli egzersiz yapma ve mesleki olarak sağlık çalışanı ve memur olmak ile ailede HT öyküsünün olması HT'den korunma tutumlarında iyileşme ile ilişkili olduğu bulundu.

Çalışmamızda kişilerin % 70,8'i kadın olup ve yaş ortalaması  $36,28 \pm 12,85$  yıldır. Katılımcıların HT'den korunma tutumları HTKÖ ölçeği ile değerlendirildi ve toplam puan en az 33 en çok 130 olup ortalama  $106,95 \pm 13,88$  dir. Bu ölçek 2022 yılında Albayrak ve Şengezer tarafından geliştirilmiş olup bu ölçeği kullanan çalışma sayısı oldukça azdır. Semir 333 katılımcının HT'den korunma tutumlarını HKTÖ kullanarak değerlendirdikleri tez çalışmasında, bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğine gelen hastaların sağlık algıları ile HT'den korunma tutumları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Katılımcıların %71,8'ini kadınlar oluşturuyordu ve HTKÖ puanı en az 34 en fazla 130 olup ortancası 106 olarak saptanmıştır (90). Özdemir ve ark. 358 olgunun katılımıyla gerçekleştirdikleri kesitsel çalışmada aleksitimi şiddetinin HT'den korunma tutumlarına etkisini incelemiş, çalışmamıza benzer şekilde HTKÖ kullanmışlardır. Olgu grubunun %78,8'i kadınlardan oluşuyordu ve HTKÖ puanı en az 34 en fazla 130 çıkmış olup ortalama  $107,32 \pm 13,78$  saptanmıştır (91). Güneş 208 olgunun katıldığı tez çalışmasında ailesel HT öyküsü olan ve olmayan yetişkinlerde HT'den korunma tutumlarını HTKÖ kullanarak incelemiştir. Çalışmasına katılan olguların %60,1'ini kadınlar oluşturuyordu ve HTKÖ toplam puanının en az 49 en fazla 130 olup ortalama  $107,34 \pm 13,93$  olduğunu bildirmişlerdir (92). Tankut ailesinde HT hastası olan bireylerin beslenme bilgi düzeyleri ile HT gelişiminin önlenmesine yönelik tutumlarının ilişkisini incelediği ve 212 olgunun katıldığı tez çalışmasında HTKÖ kullanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin %66'sı kadındı ve toplam HTKÖ puanı en az 73 en fazla 130 olup ortalaması  $111,49 \pm 16,52$  saptanmıştır (93). Literatürde bu çalışmalar dışında HTKÖ kullanılan çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışmaların toplam HTKÖ puanı genel olarak çalışmamız ile

benzer puan dağılımında olduğu görülmektedir. Çalışmamızda kadın katılımcıların sıklığı diğer çalışmalarla uyumlu olarak daha fazlaydı, bu da kadınların erkeklere göre sağlık konusunda daha ilgili olmasından kaynaklanıyor olabilir. Literatürde birçok ülkede farklı ölçekler veya kriterler kullanılarak HT'ye yönelik bilgi düzeyi, tutum ve davranışları inceleyen çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak bu çalışmalarda HTKÖ kullanılmadığından dolayı bu açıdan bir karşılaştırma yapılamamıştır.

Çalışmamızda yetişkin bireylerin cinsiyet durumu ile toplam HTKÖ puanı arasında anlamlı bir fark yoktur. HTKÖ'nün kullanıldığı Semir'in çalışmasında çalışmamızla benzer şekilde cinsiyetin HTKÖ puanı ile ilişkili olmadığı gösterilmiştir (90). Aynı şekilde Özdemir ve ark.'da yaptığı çalışmada cinsiyet ile HTKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptamamıştır (91). Güneş'in HTKÖ kullanarak yaptığı tez çalışmasında kadınlarda HT'den korunma tutumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır (92). Benzer olarak Tankut çalışmasında kadınların HTKÖ puanını istatistiksel olarak erkeklere göre daha anlamlı bulmuştur (93). Gong ve ark. Çin'de HT için risk taşıyan 611 olguyla yaptıkları kesitsel çalışmada cinsiyetler arasında HT bilgisi ve önleme tutumları açısından istatistiksel bir fark olmadığı HT'den korunma davranışlarının ise kadınlarda erkeklere göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (94). Buang ve ark. Malezya'da 110 olgu ile yaptıkları kesitsel çalışmada cinsiyet ile HT'ye yönelik bilgi, tutum ve davranışların değişmediğini saptamışlardır(95). Oskay ve ark.'ın 245 olguyla yaptığı tanımlayıcı çalışmada bireylerin HT ile ilgili bilgi, tutum ve görüşlerini değerlendirmişler ve cinsiyetin HT ile ilgili bilgi durumunu etkilemediğini rapor etmişlerdir (96). Nath ve ark.'nın HT hastalarına bakım verenlerin HT'ye yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını incelediği 949 olguluk kesitsel çalışmada cinsiyet ile bilgi, tutum ve davranışların değişmediği bildirilmiştir (97). Xie ve ark. 148 olgu ile yaptıkları çalışmada sağlık tutumları ve öz yeterlilik açısından cinsiyete göre anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (98). Çalışmamızın sonuçları da literatürün geneli ile uyumlu olup cinsiyet HT'den korunma tutumlarını belirlemede ana faktör olmayabilir.

Çalışmamızda medeni durum ile HT'den korunma tutumlarının anlamlı düzeyde değişmediği görüldü. HTKÖ kullanan çalışmalar incelendiğinde Güneş, Semir, Özdemir ve ark. çalışmasında da medeni durum ile HT'den korunma tutumları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (90–92). Tankut'un çalışmasında

ise evli olguların bekarlara göre HT'den korunma tutumlarının daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve evlilerde sosyal desteğin ve yemek düzeninin daha iyi olabileceği düşünölmüştür (93). Gong ve ark. çalışmasında da çalışmamızın sonucuna benzer şekilde medeni durum ile HT'den korunma tutumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (94). Machaalani ve ark. çalışmalarında boşanmış kişilerde HT hakkında bilgi düzeyi en yüksek bulunurken medeni durum ve HT ile ilgili tutumlarda anlamlı bir fark tespit edilememiştir. Çalışmalarında bu farklılığa yönelik bir yorum yapılmamıştır (99). Kebede ve ark. çalışmasında da benzer şekilde medeni durum ile yaşam tarzı değışikliği tutumları arasında anlamlı bir fark görölmemiştir (100). Haron ve ark. çalışmasında tuz alımı ve kan basıncı ile ilgili tutumun medeni durum ile ilişkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (101). Paulose ve ark. çalışmasında ise çalışmamızın sonucundan farklı olarak evli olguların boşanmış olgulara göre HT'den korunmada daha olumlu tutumlara sahip olduğu görölmüştür. Bu sonuç boşanmanın yarattığı stresli durum ve eş ile karşılıklı bilgi paylaşımının olmamasından dolayı olabilir olarak yorumlanmıştır (102). Literatürde farklı sonuçlara ulaşılmasından yola çıkılarak medeni durumun HT ile ilgili tutumlara direkt etki etmediği ve farklı değışkenlerden etkilendiği düşünölebilir.

Çalışmamızda yaş ile HT'den korunma tutumları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Benzer şekilde Güneş çalışmasında toplam HTKÖ puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını belirtmiştir (92). Özdemir ve ark.'ın çalışmasında da yaş ile HT'den korunma tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (91). Tankut ise çalışmasında yaş arttıkça HT'den korunma tutumlarının olumsuz yönde etkilendiğini rapor etmiştir (93). Semir ise çalışmasında 37 yaş ve üzeri kişilerin 25-36 yaş grubunda olanlara göre HT'den korunma tutumlarında azalma saptamış olup bu durum yaş ilerledikçe sağlık algısında azalma olması ile ilişkilendirilmiştir (90). Literatürde HTKÖ kullanmayan çalışmalar arasında çalışmamıza benzer şekilde yaş ile HT'den korunmaya yönelik tutumlar açısından anlamlı bir ilişki bulunmayan çalışmalar bulunmuştur. Bacha ve ark. yaptığı çalışmada yaş seviyesi yüksek olan grubun düşük olan gruba göre HT ile ilgili bilgi düzeyi daha düşük saptanmış ama yaş ile HT'ye yönelik tutum arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (103). Nath ve ark. çalışmasında 18-25 yaş grubunun bilgi düzeyinin en iyi olduğunu, yaş ilerledikçe HT ile ilgili bilgi düzeyinde azalma olduğunu ve HT'

ye yönelik tutum ve davranışın ise yaş ile ilişkisinin olmadığını rapor etmiştir (97). Kebede ve ark. yaşam tarzı değişikliğine ilişkin bilgi ve tutumların yaştan etkilenmediğini, davranışların ise 18-30 yaş grubunda diğer yüksek yaş gruplarına göre daha iyi olduğunu saptamıştır (100). Xie ve ark. yaptığı çalışmada sağlık tutumlarının yaştan etkilenmediğini saptanmıştır (98). Literatürde yaş ilerledikçe HT'den korunma tutumlarının negatif yönde etkilendiğini gösteren çalışmalar da vardır. Gong ve ark. çalışmasında 60 yaş altı grubun HT'ye yönelik bilgi ve tutumun yüksek yaş grubuna göre daha iyi olduğunu, davranışların ise yaştan etkilenmediğini saptamıştır (94). Haron ve ark. çalışmasında HT'den korunmada tuz tüketimini azaltmaya yönelik tutumların düşük yaş grubunda daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (101). Literatürde yaş ilerledikçe HT'ye yönelik olumlu tutumların arttığını saptayan çalışmalar da vardır. Buang ve ark. çalışmasında yaş arttıkça HT'ye yönelik bilgi düzeyi, tutum ve davranış olumlu yönde değişmektedir (95). Yapılan çalışmalarda farklı sonuçların olmasından dolayı yaştan HT'den korunma tutumlarını etkileyen temel bir faktör olmadığı söylenebilir. Çalışmalardaki diğer faktörler yaş ile ilişkiyi etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda olguların meslek durumu ile HT'den korunma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Mesleği memur, sağlık çalışanı ve belirtilen meslek grupları dışında çalışıp diğer seçeneğini işaretleyenlerin toplam HTKÖ puanı mesleği esnaf, işçi, ev hanımı, öğrenci veya çalışmayan kişilerden daha yüksek saptanmıştır. Güneş çalışmasında meslek grupları ile toplam HTKÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (92). Semir'in çalışmasında da meslek grupları ile HT'den korunma tutumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (90). Özdemir ve ark. çalışma durumları ile HT'den korunma tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını saptamıştır (91). Tankut ise çalışmasında çalışanların HT'den korunma tutumlarını çalışmayanlardan daha iyi olarak bulmuştur ancak olguların hangi işte çalıştıkları belirtilmemiştir (93). Kebede ve ark. yaptığı çalışmada yaşam tarzına yönelik tutumlarla çalışma durumu ve meslek grupları arasında anlamlı bir ilişki saptamamıştır (100). Buang ve ark. çalışmasında HT'ye yönelik bilgi, tutum ve davranış açısından çalışan ve çalışmayanlar arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (95). Paulose ve ark. da diğer çalışmalara benzer şekilde meslek grupları ile HT önlemeye yönelik tutumlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmişlerdir (102).

Machaalani ve ark.'nın çalışmasında da HT'ye yönelik tutumların meslek gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur (99). Bogale ve ark. çalışmasında memur ve ev hanımı olanların yaşam tarzı değişikliği hakkında bilgi düzeylerinin iyi olduğunu saptamıştır (104). Çalışmamızın sonuçları literatürde bulunan diğer çalışmaların sonuçlarından farklıdır ve bunun örneklem grubundan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür. Sağlık çalışanlarının HT ile ilgili aldıkları eğitim ile risk faktörlerini bilmelerinden dolayı HT'den korunma tutumları daha iyi olabilir. Memurlar ise belli bir eğitim seviyesi ve düzenli gelire sahip oldukları için sosyoekonomik olarak iyi durumda olmalarına bağlı diğer gruplara göre daha iyi korunma tutumlarına sahip olabilirler.

Çalışmamızda eğitim düzeyi ile toplam HTKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Üniversite mezunu olan bireylerin HT'den korunma tutumlarının ilkökul ve lise mezunu olan bireylere göre daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Semir çalışmasında üniversite ve lise mezunu olanların ortaokul mezunu olanlara göre HT'den korunma tutumlarının daha iyi olduğunu saptamıştır (90). Benzer olarak Güneş'in çalışmasında da üniversite mezunu olanların HT'yi önlemeye yönelik tutumlarının diğer öğrenim düzeylerine göre daha iyi olduğu görülmüştür (92). Tankut'un çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça HT'den korunma tutumların olumlu yönde değiştiği görülmüştür (93). Özdemir ve ark. çalışmasında da diğer HTKÖ kullanan çalışmalarla benzer olarak lise ve üniversite mezunu olanların daha düşük eğitim seviyesi olanlara göre tutumlarının daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır (91). Nath ve ark.'nın çalışmasında lise ve üniversite mezunlarının HT'ye yönelik tutumları daha düşük eğitim seviyelerine göre daha iyi bulunmuştur (97). Paulose ve ark. çalışmasında da benzer şekilde eğitim düzeyi arttıkça HT önlenmesine yönelik olumlu tutumun arttığı görülmüştür (102). Machaalani ve ark. çalışmasında da eğitim seviyesi yükseldikçe HT'ye yönelik tutumların daha iyi olduğu rapor edilmiştir (99). Literatürde HT'ye yönelik tutumlar ve eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin görülmediği çalışmalar da vardır. Gong ve ark. lise ve üzeri eğitim seviyesinde olanların HT önlenmesine yönelik daha iyi bilgiye sahip olduklarını ancak tutum ve davranışların eğitim seviyesi ile ilişkisinin olmadığını belirtmişlerdir ve bunun nedeniyle ilgili bir yorum yapmamışlardır (94). Haron ve ark. çalışmasında da tuz alımı ile bilgi düzeyi ve düşük kan basıncı yüksek eğitim seviyesi ile ilişkili



bulunurken eğitim seviyesi ile sağlıklı tuz tüketimine yönelik tutumlar arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (101). Kebede ve ark. yaptığı çalışmada yaşam tarzı değişikliğine yönelik hastaların tutumu eğitim seviyesi ile ilişkili bulunmamıştır (100). Bizim çalışmamızda üniversite mezunu olan katılımcıların sayısının fazlalığı bu sonucu etkilemiş olabilir ancak literatürde bulunan çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde eğitim seviyesinin artması ile sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri konusunda farkındalık düzeyinin arttığı ve doğru bilgiye ulaşımın kolaylaştığı bilgisine ulaşmaktayız.

Çalışmamızda gelir düzeyine göre toplam HTKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmedi. Çalışmamızın sonucuna benzer şekilde Semir' in çalışmasında da gelir düzeyine göre toplam HTKÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (90). Özdemir ve ark. da gelir seviyesi ile HT'den korunma tutumları arasında anlamlı bir fark tespit etmemişlerdir (91). Tankut çalışmasında geliri giderinden fazla olanların geliri giderine denk veya az olanlara göre HT'den korunma tutumlarının daha iyi olduğunu saptamıştır (93). Güneş'in çalışmasında da gelir düzeyi asgari ücretin 2-3 katı ve üzeri olanların gelir düzeyi asgari ücretin altında olanlara göre HT'den korunma tutumları daha iyiydi (92). Literatürde HTKÖ kullanmayan çalışmalara baktığımızda, Oskay ve ark. sosyoekonomik düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre HT hakkında bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (96). Gong çalışmasında gelir düzeyi ile HT önlenmesine yönelik bilgi, tutum ve davranışlar arasında anlamlı bir fark tespit etmemiştir (94). Kebede ve ark. çalışmalarında gelir düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre HT ile ilişkili bilgi düzeyinin daha fazla olduğunu ancak gelir düzeyinin HT önlemeye yönelik tutumlar ile ilişkili olmadığını tespit etmişlerdir (100). Bogale ve ark. çalışmalarında gelir düzeyi ile yaşam tarzı değişikliği davranışı arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamışlardır (104). Çalışmalarda ulaşılan farklı sonuçlardan yola çıkarak gelir düzeyinin HT'den korunma tutumlarını belirlemede ana faktörlerden biri olmadığı söylenebilir.

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanma durumu ile toplam HTKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Tankut çalışmasında sigara ve alkol kullanma durumu ile toplam HTKÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiştir. Hiç sigara içmeyenlerin HTKÖ puanı aktif içen ve bırakanlara göre

daha yüksektir. Hiç alkol almayanların HTKÖ puanı nadiren ve sık sık alanlardan yüksek olarak saptanmıştır (93). Güneş'in çalışmasında sigara ve alkol kullanma durumu ile toplam HTKÖ puanı arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (92). Semir' in çalışmasında da sigara ve alkol kullanma ile toplam HTKÖ puanının anlamlı düzeyde değişmediği görülmüştür (90). Özdemir ve ark. çalışmasında sigara içmeyenlerde HT'den korunma tutumlarının daha iyi olduğu tespit edilmiştir (91). Machaalani ve ark. çalışmalarında sigara içenlerde HT ile ilgili tutumların olumsuz olduğunu tespit etmişlerdir (99). Xu ve ark. çalışmalarında sigara ve alkolü azaltmanın HT' yi önlediğini düşünen hastaların oranı sırasıyla %29 ve %20 iken HT ile ilgili eğitimlerden sonra bu oran %77.5 ve % 77.1'e yükselmiştir bu da HT ile ilgili düzenli olarak yapılan eğitimlerin önemini göstermektedir (105). Bizim çalışmamızda HT'den korunma ile sigara ve alkol kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bunun nedeni, katılımcıların bu konu hakkında bilgi eksikliği olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanma durumu ile toplam HTKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Güneş ve Tankut'un çalışmasında da kronik hastalık varlığı ve ilaç kullanma durumu ile toplam HTKÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır(92,93). Semir'in çalışmasında da kronik hastalık varlığına göre HT'den korunma tutumlarının değişmediği tespit edilmiştir(90). Özdemir ve ark. çalışmalarında olguların kronik hastalık varlığı ve HT tedavisi dışında düzenli ilaç kullanma durumu değerlendirilmemiştir (91). Nath ve ark. çalışmasında HT tanısı olmayanların bilgi ve davranışları HT tanısı olanlara göre daha iyiydi, tutum puanlarında ise bir fark görülmedi. Bu durumun nedeni olarak HT tanısı olanların hastalık geçmişi nedeniyle bu süreçten olumsuz etkilendikleri ve uyumlarının azalmış olabileceği düşünülmüştür(97). Literatürde HT dışında diğer kronik hastalıkların ve düzenli ilaç kullanımının HT'den korunma tutumlarına etkisini inceleyen yeterince çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızın sonucunun diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olmasından dolayı ek kronik hastalık varlığı durumunun ve düzenli ilaç kullanımının HT'den korunma tutumlarını etkilemediği söylenebilir.

Çalışmamızda BKİ ile toplam HTKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Güneş'in çalışmasında da BKİ ile HT'den korunma tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (92). Tankut'un çalışmasında ise BKİ ile

HT' den korunma tutumları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (93). Kebede ve ark. çalışmasında BKİ ile yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin bilginin anlamlı düzeyde değişmediği bulunmuştur(100). Haron ve ark. çalışmalarında yüksek BKİ olan olguların sistolik ve diyastolik kan basınçlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. HT önlenmesi ve kontrolünde BKİ'ni azaltmanın önemini vurgulamışlardır (101). Çalışmamızda normal kilolu olgular diğer gruplara göre sayıca daha fazladır. Bu bireyler HT için BKİ yönünden risk sınıfında olmadıkları için korunma tutumu geliştirmemiş olabilir, bu durum da çalışmamızın sonucunu etkilemiş olabilir.

Çalışmamızda ailede HT varlığı ile toplam HTKÖ puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ailesinde HT olan yetişkinlerin hipertansiyondan korunma tutumları ailesinde HT olmayan bireylere göre daha iyi bulunmuştur. Özdemir ve ark. çalışmamızın sonucuna benzer bir sonuç elde etmişler ve ailesinde HT öyküsü olanların HT' den korunma tutumlarının daha olumlu olduğunu saptamışlardır ancak çalışmada kişinin yakınlık derecesi belirtilmemiştir (91). Güneş ise çalışmasında ailede HT öyküsü olması ile HT' den korunma tutumları arasında istatistiksel bir fark bulamamıştır (92). Semir de çalışmasında olguların evde beraber yaşadıkları kişilerde HT varlığını araştırmış ve kişilerin evde beraber yaşadıkları kişilerde HT varlığı ile HT'den korunma tutumları arasında anlamlı bir fark saptamamıştır. Bu durumu çalışmasının yaş ortalamasının düşük olmasından dolayı genç yaş grubu tutum geliştirmemiş olabilir olarak yorumlamıştır (90). Literatürde HTKÖ kullanmayan çalışmalara baktığımızda ise Özer ve ark. çalışmasında ailesinde HT öyküsü olan olguların olmayanlara göre bilgi düzeylerinin daha iyi olduğunu rapor etmiştir (106). Nath ve ark. çalışmasında ise ailede HT hastası olması HT'ye yönelik bilgiyi arttırmış fakat tutumu etkilememiştir. Ailede HT hastalarının yaşadığı zorluklar onları HT hakkında bilgi sahibi yapmış olabilir olarak yorumlamışlardır (97). Buang ve ark. çalışmalarında ailede HT öyküsünün HT ile ilişkili bilgi, tutum ve davranışlar ile ilişkili olmadığını saptamıştır (95). Paulose ve ark. yaptığı çalışmada HT önlenmesine yönelik tutumlar ile ailede HT öyküsü arasında anlamlı bir ilişki bulamamıştır (102). Machaalani ve ark. da çalışmalarında HT ile ilişkili tutumlar ile ailede HT öyküsü olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmediğini bildirmişlerdir (99). Literatürde HT ile ilişkili tutumlar ile ailede HT öyküsü arasındaki ilişkiyi inceleyen

Çalışmalarda olgunun HT'li kişi ile yakınlık derecesini sorgulayan bir çalışmaya rastlanılmadı. Bizim alışmamızda birinci derece akrabasında HT olan kişilerin sayısının fazla olması olguların HT'den korunmaya yönelik daha iyi tutum geliştirmesine neden olmuş olabilir. Literatürdeki çalışmaların genelinden bu yüzden farklı bir sonuç elde etmiş olabiliriz. Ailede HT öyküsü olması kişilerin aile üyeleri aracılığıyla HT ile ilgili daha çok bilgi ve deneyim kazanmasına neden olabilir.

Çalışmamızda tavsiye edilen sağlık kontrollerine gitme durumu ile HT'den korunma tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde tavsiye edilen sağlık kontrollerine gitme durumu ile HT'den korunma tutumlarını inceleyen bir çalışmaya rastlanılmadı.

Çalışmamızda sağlıklı beslendiğini düşünme durumu ile toplam HTKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Buang ve ark. alışmasında olguların %43.6'sı her zaman sağlıklı beslendiği bilgisine ulaşılmışken bizim çalışmamızda bu oran %51.8 dir (95). Literatürde sağlıklı beslendiğini düşünme durumu ile HT'den korunma tutumlarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmadı.

Çalışmamızda yemeklere ekstra tuz ekleme durumu ile HT'den korunma tutumlarının anlamlı düzeyde değişmediği saptandı. Haron ve ark. alışmalarında olguların %75.5'i sağlıklı tuz alımı ile ilgili olumlu tutuma sahipti bu durum bize olguların tuz tüketimine dikkat ettikleri ve tavsiye edilen tuz tüketiminin önemini kabul ettiklerini göstermiştir (101). Demaio ve ark. alışmalarında olguların %91.8'i diyet tuzunun ana kaynağı olarak da pişirme veya yeme sırasında yemeklerine ekledikleri tuz olduklarını belirtti (107). Bizim alışmamızda %9.2 oranında yemek yeme sırasında her zaman ekstra tuz eklendiği belirtilmiştir. Bu sonuç çalışmamıza katılan olguların tuz tüketimine dikkat ettiklerini düşündürebilir. Literatürde yemeklere ekstra tuz ekleme durumu ile HT'den korunma tutumlarını araştıran çalışmaya rastlanılmadı.

Çalışmamızda düzenli egzersiz yapma durumu ile toplam HTKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Düzenli egzersiz yapan bireylerde HT'den korunma tutumlarının düzenli egzersiz yapmayan bireylere göre daha iyi olduğu bulunmuştur. Xie ve ark. alışmasında bireylerin sağlık tutumlarının düzenli egzersize uyum ile ilişkili olmadığı görölmüştür (98). Literatürde HT'den korunma tutumlarının düzenli egzersiz yapma durumu ile ilişkisini inceleyen bir başka

çalışmaya rastlanmadı. Düzenli egzersiz yapmak sağlığı korumaya yönelik bir davranış olduğu için HT'den korunmaya yönelik tutumlarda olumlu etki yapmış olabilir.

Çalışmamızda günlük hayatta strese maruz kalma algısı ile HT'den korunma tutumlarının anlamlı düzeyde değişmediği görüldü. Literatürde strese maruz kalma algısı ile HT'den korunma tutumunu inceleyen bir başka çalışmaya rastlanılmadı.

Çalışmamızın bazı kısıtlı yönleri vardır. Çalışmaya HT tanısı olmayan kişiler dahil edilmiştir. Kişilere HT tanısı olup olmadığı sözel olarak sorulmuştur. Kan basıncı yüksek olup farkında olmayan bireyler de olabilir. Ayrıca kesitsel bir çalışma olduğu için değişkenler arasında nedensellik tam olarak belirlenememiştir. Katılımcılar anket verilerini kendileri doldurduklarından dolayı yanlış doldurmuş olabilir ve bu da hatalı sonuçlara neden olmuş olabilir. Çalışmada kullanılan HKTÖ ailesinde HT tanısı olan kişilerde geliştirilmiş olup geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Çalışmamızda ailesinde HT öyküsü olmayanlar da dahil edilmiştir ve bu grupta geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinin yapılmamış olması kısıtlılık olarak belirtilebilir. Ayrıca bu çalışma Türkiye'de tek merkezde yürütüldüğünden genelleme yapılırken dikkat edilmelidir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hipertansiyon tanısı olmayan yetişkinlerin HT konusunda farkındalık düzeyleri ve HT gelişiminin önlenmesi ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirdiğimiz bu çalışmayı üçüncü basamak eğitim araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 336 kişi ile gerçekleştirdik.

Çalışmamızın sonucuna göre eğitim düzeyinin yüksek olması, düzenli egzersiz yapma ve mesleki olarak sağlık çalışanı ve memur olmak ile ailede HT öyküsünün olması HT konusunda farkındalığı ve HT'den korunma tutumlarını olumlu etkileyen faktörler olarak bulundu.

Aile hekimleri sağlıkla ilgili hastalara rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmeti sunar. Koruyucu sağlık hizmeti kapsamında eğitim düzeyi daha düşük olan, düzenli egzersiz yapmayan, memur veya sağlık çalışanı dışında farklı meslek grupları ve ailede HT öyküsü olmayan bireyler başta olmak üzere tüm topluma yönelik HT gelişiminin önlenmesi amacıyla sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri konusunda danışmanlık verilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması HT konusunda farkındalık ve tutumları olumlu yönde etkileyecektir.

Hipertansiyon tanısının erken tespiti ve KV olayların önlenmesi amaçlı yılda en az bir kez arteriyel tansiyon ölçülmeli, risk altında olan kişilerin düzenli takipleri yapılmalı ve HT'den korunmaya yönelik tutumları değerlendirilmelidir.

Çalışmamızda toplam HTKÖ puan ortalaması HTKÖ kullanan diğer çalışmaların bildirdiği ortalama puanlara yakındır. Ancak ölçek için belirli bir kesim noktası olmadığı için bireylerin HT gelişiminin önlenmesine yönelik tutumlarının düzeyini objektif olarak belirlemek zor olmaktadır. Bu ölçek için kesim noktalarını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılabilir. Bu şekilde farklı çalışmalarla kıyaslama yapıp HT'den korunma tutumları daha nesnel bir şekilde yorumlanabilir. Aynı zamanda bu ölçeğin farklı olgu gruplarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılması da gerekmektedir. Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır ancak yeni bir ölçek olduğu için diğer çalışmalarda ölçeğin alt boyutlara göre bir karşılaştırması bulunmamaktadır. Sonraki çalışmalarda ölçeğin alt boyutlarına göre de bir kıyaslama yapılabilir. Bu ölçeği kullanarak yapılacak diğer çalışmalarda belirttiğimiz hususlara dikkat edilmesini öneriyoruz.

## 7. KAYNAKÇA

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, 2022.
2. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol [İnternet]. 2020 April [cited 2024 Aug 11];16(4):223-237. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7998524/>
3. Shim JS, Heo JE, Kim HC. Factors associated with dietary adherence to the guidelines for prevention and treatment of hypertension among Korean adults with and without hypertension. Clin Hypertens [İnternet]. 2020 March [cited 2024 Aug 11];26:5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7073010/>
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, vd. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). European Heart Journal. 2018;39(33):3021-3104.
5. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Donald E, Casey J, Collins KJ, Himmelfarb CD, vd. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Hypertension J. 2018;71(6):e13-e115.
6. Akdeniz M, Kavukçu E. Quaternary prevention: First, do not harm. tahd [İnternet]. 2017 June [cited 2024 Aug 11];21(2):74-81. Available from: <https://www.turkailehekderg.org/jvi.aspx?un=TAHD-88663&volume=21&issue=2>
7. Dikici M, Kartal M, Alptekin S, Cubukcu M, Ayanoğlu AS, Yariş F. Concepts, task in family medicine and history of the discipline: Medical education. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2007;27(3):412-418.
8. Albayrak Z, Şengezer T. Ailelerinde Hipertansiyon Hastası Olan Kişilerde Hipertansiyon Gelişiminin Önlenmesiyle İlgili Tutumlar: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Turk Aile Hek Dergisi. 2022;26(2):53-65.
9. Çetin Z. , Çiçekçioğlu H. HT Bülteni - ESH 2023 Hipertansiyon Tanımı ve Sınıflaması [İnternet]. 2024 [cited 2024 July 26]. Available from: <https://tkd.org.tr/HTBulteni/?makale=32>

10. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, vd. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of Hypertension*. 2016 ;34(6):1208-1217.
11. Carey RM, Whelton PK, , 2017 ACC/AHA Hipertansiyon Kılavuzu Yazma Komitesi. Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. *Ann Intern Med* 2018;168(5):351-358.
12. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, vd. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). *European Heart Journal*. 2024;45(38):3912-4018
13. Aydoğdu S. 2019 Turkish Hypertension Consensus Report. *Arch Turk Soc Cardiol* [İnternet]. 2019 [cited 2024 July 26];47(6):535-546 Available from: <https://archivestsc.com/jvi.aspx?un=TKDA-62565>
14. Carretero OA, Oparil S. Essential Hypertension. *Circulation* [İnternet]. 2000 [cited 2024 July 26];101(3):329-335. Erişim adresi: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.cir.101.3.329>
15. Weber MA, Schiffrin EL, White WB, Mann S, Lindholm LH, Kenerson JG, vd. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community. *The Journal of Clinical Hypertension* 2014;16(1):14-26.
16. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, vd. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension J*. 2003;42(6):1206-1252.
17. Parati G, Ulian L, Santucci C, Omboni S, Mancia G. Difference Between Clinic and Daytime Blood Pressure Is Not a Measure of the White Coat Effect. *Hypertension J*. 1998;31(5):1185-1189.
18. Cengiz M, Yavuzer S. Beyaz Önlük Hipertansiyonu. *Türkiye Klinikleri J Intern Med* . 2016 ;1(1):13-16.
19. Penmatsa KR, Biyani M, Gupta A. Masked Hypertension: Lessons for the Future. *Ulster Med J* 2020;89(2):77-82.
20. Çağlar N. Labile hypertension in the clinics. *Arch Turk Soc Cardiol* [İnternet]. 2019 [cited 2024 July 28];47(8):701-704 Available from: <https://archivestsc.com/jvi.aspx?un=TKDA-64009>



21. Tek Öztürk M, Ayerden Ebinç F, Akbal Kutlugün A, Kaplan Efe F. Relation Between Circadian Blood Pressure Variation and Estimated GFR in Normotensives. *Turkish J. Nephrol* 2016;25(03):279-282
22. Akgüllü Ç, Eryılmaz U. Aile Hekimliği Uygulamasında Hipertansiyon Tanı Süreci ve Yönetim. *The Journal of Turkish Family Physician* 2012;3(2):14-18.
23. Menezes AMB, Dumith SC, Noal RB, Nunes AP, Mendonça FI, Araújo CLP, vd. Validity of a wrist digital monitor for blood pressure measurement in comparison to a mercury sphygmomanometer. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010 March [cited 2024 July 30];94:365-370. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/6Bckh5cDCGgBktWVdQsXdKB/?lang=en>
24. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, vd. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *Journal of Hypertension* 2021;39(7):1293-1302
25. Jordan J, Kurschat C, Reuter H. Arterial Hypertension. *Dtsch Arztebl Int* 2018;115(33-34):557-568.
26. Yang WY, Melgarejo JD, Thijs L, Zhang ZY, Boggia J, Wei FF, vd. Association of Office and Ambulatory Blood Pressure With Mortality and Cardiovascular Outcomes. *JAMA* 2019 ;322(5):409-420.
27. Nerenberg KA, Zarnke KB, Leung AA, Dasgupta K, Butalia S, McBrien K, vd. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Canadian Journal of Cardiology* 2018;34(5):506-525.
28. Carey RM, Marwick TH. Which Blood Pressure Measurement Best Predicts Cardiovascular Outcomes. *Journal of the American College of Cardiology* 2020;76(25):2911-2912.
29. Fagard RH, Celis H, Thijs L, Staessen JA, Clement DL, Buyzere MLD, vd. Daytime and Nighttime Blood Pressure as Predictors of Death and Cause-Specific Cardiovascular Events in Hypertension. *AHA Journals* 2008;51(1):55-61
30. Parati G, Stergiou GS, Asmar R, Bilo G, de Leeuw P, Imai Y, vd. European Society of Hypertension guidelines for blood pressure monitoring at home: a summary report of the Second International Consensus Conference on Home Blood Pressure Monitoring. *J Hypertens.* 2008;26(8):1505-1526.
31. Stergiou GS, Argyraki KK, Moyssakis I, Mastorantonakis SE, Achimastos AD, Karamanos VG, vd. Home Blood Pressure Is as Reliable as Ambulatory Blood Pressure in Predicting Target-Organ Damage in Hypertension: *American Journal of Hypertension* 2007;20(6):616-621.

32. Niiranen TJ, Hänninen MR, Johansson J, Reunanen A, Jula AM. Home-Measured Blood Pressure Is a Stronger Predictor of Cardiovascular Risk Than Office Blood Pressure. *AHA Journals* 2010 ;55(6):1346-1351.
33. McManus RJ, Mant J, Haque MS, Bray EP, Bryan S, Greenfield SM, vd. Effect of Self-monitoring and Medication Self-titration on Systolic Blood Pressure in Hypertensive Patients at High Risk of Cardiovascular Disease: The TASMIN-SR Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2014;312(8):799-808.
34. Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, vd. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS Med* 2017;14(9):e1002389.
35. Weinfeld JM, Hart KM, Vargas JD. Home Blood Pressure Monitoring. *AFP Journal* 2021;104(2):237-243.
36. Andraos J, Munjy L, Kelly MS. Home blood pressure monitoring to improve hypertension control: a narrative review of international guideline recommendations. *Blood Pressure J.* 2021;30(4):220-229.
37. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu İstanbul 1999.
38. Oparil S, Acelajado MC, Bakris GL, Berlowitz DR, Cifková R, Dominiczak AF, vd. Hypertension. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:18014.
39. Türe E, Mert E, Uysal Y. Belirlenen Hedeflere Ulaşamayan Kilo Verdirici Diyet Girişimlerinin Kardiyovasküler Risk Üzerine Etkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2018 ;12(3):156-161.
40. Eray A, Set T, Ateş E. Assessment of cardiovascular disease risk in adults. *Türk Aile Hek Derg* 2018 ;22(1):12-19.
41. Şahin N, Güner PD, Dirican E, Yengil E, Özer C. Birinci Basamağa Başvuran Bireylerde Hipertansiyon Risk Faktörleri. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University* 2018;9(35):128-135.
42. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, vd. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016;37(29):2315-2381.
43. Lee JH, Kim KI, Cho MC. Current status and therapeutic considerations of hypertension in the elderly. *Korean J Intern Med* 2019;34(4):687-695.

44. Connelly PJ, Currie G, Delles C. Sex Differences in the Prevalence, Outcomes and Management of Hypertension. *Curr Hypertens Rep* 2022;24(6):185-192.
45. Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, Agyemang C, Remuzzi G, Rapi S, vd. Panethnic Differences in Blood Pressure in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2016 ;11(1):e0147601.
46. Whelton PK, Einhorn PT, Muntner P, Appel LJ, Cushman WC, Diez Roux AV, vd. Research Needs to Improve Hypertension Treatment and Control in African Americans. *AHA Journals* 2016;68(5):1066-1072.
47. Erlinger TP, Vollmer WM, Svetkey LP, Appel LJ. The potential impact of nonpharmacologic population-wide blood pressure reduction on coronary heart disease events: pronounced benefits in African-Americans and hypertensives. *Preventive Medicine* 2003;37(4):327-333.
48. Cuffee YL, Wang M, Geyer NR, Saxena S, Akuley S, Jones L, vd. Vitamin D and family history of hypertension in relation to hypertension status among college students. *Journal of Human Hypertension*. 2022;36(9):839-845
49. Kawabe H, Azegami T, Takeda A, Kanda T, Saito I, Saruta T, vd. Features of and preventive measures against hypertension in the young. *Hypertens Res*. 2019;42(7):935-948.
50. Erdem Y, Arici M, Altun B, Turgan C, Sindel S, Erbay B, vd. The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study. *Blood Pressure*. 2010;19(5):313-318.
51. Erdem Y, Akpolat T, Derici Ü, Şengül Ş, Ertürk Ş, Ulusoy Ş, vd. Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II. *Nutrients J*. 2017;9(9):933.
52. Schutte AE, Venkateshmurthy NS, Mohan S, Prabhakaran D. Hypertension in Low- and Middle-Income Countries. *Circ Res*. 2021;128(7):808-826.
53. Elliott P, Stamler J, Nichols R, Dyer AR, Stamler R, Kesteloot H, vd. Intersalt revisited: further analyses of 24 hour sodium excretion and blood pressure within and across populations. *BMJ*. 1996 ;312(7041):1249-1253.
54. Suckling RJ, He FJ, Markandu ND, MacGregor GA. Modest Salt Reduction Lowers Blood Pressure and Albumin Excretion in Impaired Glucose Tolerance and Type 2 Diabetes Mellitus. *AHA Journals*. 2016;67(6):1189-1195.
55. Mente A, O'Donnell M, Rangarajan S, Dagenais G, Lear S, McQueen M, vd. Associations of urinary sodium excretion with cardiovascular events in individuals with and without hypertension: a pooled analysis of data from four studies. *Lancet*. 2016;388(10043):465-475.

- 56.Stone MS, Martyn L, Weaver CM. Potassium Intake, Bioavailability, Hypertension, and Glucose Control. *Nutrients J.* 2016;8(7):444.
- 57.Houston MC, Harper KJ. Potassium, Magnesium, and Calcium: Their Role in Both the Cause and Treatment of Hypertension. *J Clin Hypertens.*2008;10(7):3-11.
- 58.Tankeu AT, Ndip Agbor V, Noubiap JJ. Calcium supplementation and cardiovascular risk: A rising concern. *J Clin Hypertens.* 2017;19(6):640-646.
- 59.Poyraz SS, Çiftçi S. Yaşlılarda Akdeniz Diyeti ve DASH Diyetinin Kan Glukoz Düzeyinin Korunmasına Etkisi. *Kırşehir Ahievran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022;6(3):226-235
- 60.Filippou CD, Tsioufis CP, Thomopoulos CG, Mihas CC, Dimitriadis KS, Sotiropoulou LI, vd. Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet and Blood Pressure Reduction in Adults with and without Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Adv Nutr.* 2020;11(5):1150-1160.
- 61.World Health Organization. Physical activity [Internet]. 2024 June [cited 2024 Aug 05]. Available From: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- 62.Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, vd. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *J Hypertens* 2024;42(1):23-49.
- 63.Diaz KM, Shimbo D. Physical Activity and the Prevention of Hypertension. *Curr Hypertens Rep.* 2013;15(6):659-668.
- 64.Cohen JB. HYPERTENSION IN OBESITY AND THE IMPACT OF WEIGHT LOSS. *Current cardiology reports* 2017;19(10):98.
- 65.Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *AHA journals Hypertension.* 2003;42(5):878-884.
- 66.Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, vd. Significance of psychosocial factors in cardiology: update 2018. *Clin Res Cardiol.* 2019;108(11):1175-1196.
- 67.Persu A, Petit G, Georges C, de Timary P. Hypertension, a Posttraumatic Stress Disorder . *AHA Journals* 2018;71(5):811-812.

68. Lee EK, Yeung NC, Xu Z, Zhang D, Yu CP, Wong SY. Effect and Acceptability of Mindfulness-Based Stress Reduction Program on Patients With Elevated Blood Pressure or Hypertension. *AHA J.* 2020;76(6):1992-2001.
69. do Amaral MAS, Neto MG, de Queiroz JG, Martins-Filho PRS, Saquetto MB, Oliveira Carvalho V. Effect of music therapy on blood pressure of individuals with hypertension: A systematic review and Meta-analysis. *Int J Cardiol.* 2016;214:461-464.
70. Malta DC, Bernal RTI, Ribeiro EG, Moreira AD, Felisbino-Mendes MS, Velásquez-Meléndez JG. Arterial hypertension and associated factors: National Health Survey, 2019. *Rev Saude Publica* .2022;56:122.
71. Bernabe-Ortiz A, Carrillo-Larco RM. Second-hand smoking, hypertension and cardiovascular risk: findings from Peru. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021;21:576.
72. Zhang DY, Huang JF, Kang YY, Dou Y, Su YL, Zhang LJ, vd. The prevalence of masked hypertension in relation to cigarette smoking in a Chinese male population. *J Hypertens.* Haziran 2020;38(6):1056-1063.
73. Nagao T, Nogawa K, Sakata K, Morimoto H, Morita K, Watanabe Y, vd. Effects of Alcohol Consumption and Smoking on the Onset of Hypertension in a Long-Term Longitudinal Study in a Male Workers' Cohort. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(22):11781.
74. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of Alcohol Reduction on Blood Pressure. *AHA J.* 2001;38(5):1112-1117.
75. Jia G, Sowers JR. Hypertension in Diabetes: An Update of Basic Mechanisms and Clinical Disease. *AHA J.* 2021;78(5):1197-1205.
76. Brown J, Yazdi F, Jodari-Karimi M, Owen JG, Reisin E. Obstructive Sleep Apnea and Hypertension: Updates to a Critical Relationship. *Curr Hypertens Rep.* 2022;24(6):173-184.
77. Canat MM. Türkiye ve dünyada gıda takviyeleri. *SD Dergi* 2022;(62):76-79
78. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, vd. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High-, Middle-, and Low-Income Countries. *JAMA.* 2013;310(9):959-968.
79. Periyodik muayene rehberi [İnternet]. 2015 [cited 2024 Aug 07] Available from: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Periyodik\\_Muayene\\_Rehberi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/Periyodik_Muayene_Rehberi.pdf)

80. Tomaszewski M, Itoh H. ISH2022KYOTO Hypertension Zero Declaration. *Hypertens Res.* 2023;46(1):1-2.
81. Carey RM, Wright JT, Taler SJ, Whelton PK. Guideline-Driven Management of Hypertension: An Evidence-Based Update. *Circ Res.* 2021;128(7):827-846.
82. Bakris G, Ali W, Parati G. ACC/AHA Versus ESC/ESH on Hypertension Guidelines: JACC Guideline Comparison. *Journal of the American College of Cardiology.* 2019;73(23):3018-3026.
83. Blumenthal JA, Babyak MA, Hinderliter A, Watkins LL, Craighead L, Lin PH, vd. Effects of the DASH Diet Alone and in Combination With Exercise and Weight Loss on Blood Pressure and Cardiovascular Biomarkers in Men and Women With High Blood Pressure: The ENCORE Study. *Arch Intern Med.* 2010;170(2):126-135.
84. Reynolds A, Mann J, Cummings J, Winter N, Mete E, Morenga LT. Carbohydrate quality and human health: a series of systematic reviews and meta-analyses. *The Lancet.* 2019;393(10170):434-445.
85. Hamanaka RB, Mutlu GM. Particulate Matter Air Pollution: Effects on the Cardiovascular System. *Front Endocrinol.* 2018;9:680.
86. Zanobetti A, Canner MJ, Stone PH, Schwartz J, Sher D, Eagan-Bengston E, vd. Ambient Pollution and Blood Pressure in Cardiac Rehabilitation Patients. *Circulation.* 2004;110(15):2184-2189.
87. Seçer İ. "Spss ve Lisrel ile Pratik Veri Analizi" 2. Baskı. Ankara, Anı Yayıncılık 2015;28.
88. Tabachnick B.G, Fidell L.S. "Using multivariate statistics" Sixth Ed. Boston, Pearson 2013.
89. İslamoğlu H. A. ve Alnıaçık Ü. "Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri". 4.Baskı. İstanbul, Beta Yayınları. 2014;283
90. Semir MÇ. Yetişkinlerin sağlık algısı ile hipertansiyondan korunma tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Trabzon, 2023.
91. Özdemir SÇ, Semerci V, Metin T. Effect of Alexithymia Severity on Attitudes Toward Hypertension Prevention in Adults: A Cross-Sectional Study. *MAS Journal of Applied Sciences.* 2023;8(3):511-519.
92. Güneş E. Ailesel hipertansiyon öyküsü olan ve olmayan bireylerde hipertansiyon gelişiminin önlenmesine yönelik tutumların değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği. İstanbul, 2024

93. Tankut D. Ailesinde hipertansiyon hastası olan kişilerin beslenme bilgi düzeyleri ile hipertansiyondan korunma tutumlarının ilişkisi. Uzmanlık tezi. Gaziosmanpaşa Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı. İstanbul, 2023
94. Gong D, Yuan H, Zhang Y, Li H, Zhang D, Liu X, vd. Hypertension-Related Knowledge, Attitudes, and Behaviors among Community-Dwellers at Risk for High Blood Pressure in Shanghai, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(10):3683.
95. Buang NFB, Rahman NAA, Haque M. Knowledge, attitude and practice regarding hypertension among residents in a housing area in Selangor, Malaysia. *Med Pharm Rep*. 2019;92(2):145-152.
96. Oskay EM, Önsüz MF, Topuzoğlu A. İZMİR'DE BİR SAĞLIK OCAĞI'NDA BAŞVURANLARIN HİPERTANSİYON HAKKINDAKİ BİLGİ, TUTUM VE GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;11(1):3-9
97. Nath SD, Chowdhury AS, Pinky SD, Akter KM, Nourin NA, Chowdhury T, vd. Covariates of Knowledge, Attitude, Practice, and Burdens among the Caregivers of Hypertensive Patients. *Int J Hypertens*. 2023;2023:8866231.
98. Xie Z, Liu K, Or C, Chen J, Yan M, Wang H. An examination of the socio-demographic correlates of patient adherence to self-management behaviors and the mediating roles of health attitudes and self-efficacy among patients with coexisting type 2 diabetes and hypertension. *BMC Public Health*. 2020;20:1227.
99. Machaalani M, Seifeddine H, Ali A, Bitar H, Briman O, Chahine MN. Knowledge, Attitude, and Practice Toward Hypertension Among Hypertensive Patients Residing in Lebanon. *Vasc Health Risk Manag*. 2022;18:541-553.
100. Kebede T, Taddese Z, Girma A. Knowledge, attitude and practices of lifestyle modification and associated factors among hypertensive patients on-treatment follow up at Yekatit 12 General Hospital in the largest city of East Africa: A prospective cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(1):e0262780.
101. Haron H, Kamal NF, Yahya HM, Shahar S. Knowledge, Attitude and Practice (KAP) of Malay Elderly on Salt Intake and Its Relationship With Blood Pressure. *Front Public Health*. 2021;8:559071.
102. Paulose T, Nkosi ZZ, Endriyas M. Factors associated with positive attitude towards hypertension control in Hawassa city administration: Community based cross-sectional study. *Health Sci Rep*. 2022;5(5):e779.

103. Bacha D, Abera H. Knowledge, Attitude and Self-Care Practice towards Control of Hypertension among Hypertensive Patients on Follow-up at St. Paul's Hospital, Addis Ababa. *Ethiop J Health Sci.* 2019;29(4):421-430.
104. Bogale S, Mishore KM, Tola A, Mekuria AN, Ayele Y. Knowledge, attitude and practice of lifestyle modification recommended for hypertension management and the associated factors among adult hypertensive patients in Harar, Eastern Ethiopia. *SAGE Open Med.* 2020;8:2050312120953291.
105. Xu L, Gao Z, He M, Yang M. Effectiveness of the knowledge, attitude, practice intervention model in the management of hypertension in the elderly. *J Clin Hypertens.* 2024;26(5):465-473.
106. Özer Z, Teke N, Turan GB. Bir üniversitede çalışan personellerin hipertansiyon hakkındaki bilgi tutum ve görüşlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 2020;7(2):160-166
107. Demaio AR, Ogtontuya D, de Courten M, Bygbjerg IC, Enkhtuya P, Meyrowitsch DW, vd. Hypertension and hypertension-related disease in mongolia; findings of a national knowledge, attitudes and practices study. *BMC Public Health.* 2013;13:194.