



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HİPERTANSİYON
HASTALARININ TANSİYON TAKİBİNDE ETKİSİ OLAN
FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Gül Özge BABALIOĞLU

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANKARA/2023



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AİLE
HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HİPERTANSİYON
HASTALARININ TANSİYON TAKİBİNDE ETKİSİ OLAN
FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Gül Özge BABALIOĞLU

Tez Danışmanı

Doç. Dr. İsmail ARSLAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve desteklerini esirgmeden eğitimime katkı sağlayan, kliniğimizde bir aile ortamı oluşmasına katkıda bulunan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Mustafa ÇELİK'e,

Tez çalışmamın başından sonuna kadar her aşamasına yardım eden, bir abi olarak asistanlığım süresince her zaman desteğini yanımda hissettiğim saygıdeğer tez danışmanım Doç. Dr. İsmail ARSLAN'a,

Asistanlığım boyunca desteklerini esirgemeyen bir abla olarak yardımcı olan Uzm. Dr. Duygu YENGİL TACİ'ye,

Anket çalışmalarım sürecinde daima destek olan saygıdeğer abim Uzm. Dr. Mehmet ERAT'a,

Asistanlık hayatım süresince yanımda olan tüm asistan arkadaşlarıma, özellikle Dr. Hilal BALAT'a,

Hayatımın her anında yanımda olan, beni hep destekleyen mutluluk kaynağım canım kardeşim İlker YILMAZ'a,

Hayatımın her anında yanımda olup bana yardım eden ve bu zorlu süreçte beni hiç yalnız bırakmayan sevgili eşim Behlül BABALIOĞLU'na,

En içten teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

Dr. Gül Özge BABALIOĞLU

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ.....	v
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. HİPERTANSİYON TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ.....	3
2.1.1. Hipertansiyon Tanımı.....	3
2.1.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	3
2.2. EVDE KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ	4
2.3. HT KONTROLÜNDE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ.....	5
2.4. HİPERTANSİYON TEDAVİSİNİN ÖNEMİ	6
2.5. HİPERTANSİYON HASTALARINDA BİLGİ DÜZEYİ, FARKINDALIK VE TEDAVİYE UYUM	7
2.6. HİPERTANSİYONDA ÖZ-ETKİLİLİĞİN ÖNEMİ.....	8
3. GEREÇ VE YÖNTEM	10
3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	10
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN	10
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	10
3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ	10

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ	10
3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI.....	10
3.6.1. Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği	11
3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ	11
4. BULGULAR.....	12
5. TARTIŞMA	29
6. SONUÇ	36
7. KAYNAKÇA.....	37
8. ÖZGEÇMİŞ	41
9. EKLER.....	42
EK-1: ETİK KURUL ONAYI	42
EK-2: ANKET FORMU	46

KISALTMALAR

ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
EAH	: Eğitim Araştırma Hastanesi
HT	: Hipertansiyon
SKB	: Sistolik Kan Basıncı



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1.	Sosyodemografik Veriler.....	13
Tablo 4.2.	Normallik Değerlendirmeleri.....	14
Tablo 4.3.	Cinsiyet Değişkenine Göre Gruplar Arası Tansiyon Değerlerinin Karşılaştırılması.....	15
Tablo 4.4.	Medeni Durum Değişkenine Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	15
Tablo 4.5.	Eğitim Durumu Değişkenine Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	16
Tablo 4.6.	Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	17
Tablo 4.7.	Sigara İçme Durumuna Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Değerlerinin Karşılaştırılması.....	18
Tablo 4.8.	Alkol İçme Durumuna Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Değerlerinin Karşılaştırılması.....	19
Tablo 4.9.	Ailedeki Tansiyon Hastalığına Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	20
Tablo 4.10.	Yüksek Tansiyon Bilgisine Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	20
Tablo 4.11.	Kullandığı İlacın İsmine Bilinmesine Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması	21
Tablo 4.12.	Tansiyon Ölçümü Sıklığına Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Değerlerinin Karşılaştırılması.....	22
Tablo 4.13.	Takip Olunan Yere Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Değerlerinin Karşılaştırılması	23
Tablo 4.14.	Doktor Kontrolü Değişkenine Göre Gruplar Arası Tansiyon Değerlerinin Karşılaştırılması.....	24

Tablo 4.15. Tansiyon Aletine Sahip Olma Durumuna Göre Gruplar Arası Tansiyon Değerlerinin Karşılaştırılması.....	24
Tablo 4.16. Hipertansiyon Riskleri Bilgisine Göre Gruplar Arası Tansiyon Değerlerinin Karşılaştırılması.....	25
Tablo 4.17. Diyabet Hastalığına Göre Tansiyon Değerlerinin Tek Yönlü MANOVA Analizi	26
Tablo 4.18. Kronik Kalp Hastalığına Göre Tansiyon Değerlerinin Tek Yönlü MANOVA Analizi	26
Tablo 4.19. Kronik Akciğer Hastalığına Göre Tansiyon Değerlerinin Tek Yönlü MANOVA Analizi	27
Tablo 4.20. Kronik Böbrek Hastalığına Göre Tansiyon Değerlerinin Tek Yönlü MANOVA Analizi	27
Tablo 4.21. Öz Etkililik Düzeyine Göre Gruplar Arası Tansiyon Değerlerinin Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.22. Öz Etkilik Düzeyi ile Tansiyon Arasındaki İlişki.....	28

ÖZET

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HİPERTANSİYON HASTALARININ TANSİYON TAKİBİNDE ETKİSİ OLAN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Amaç: Hipertansiyon, ölüm ve morbiditenin en önemli bulaşıcı olmayan sebeplerinden biridir. Bu çalışmada, hipertansiyon hastalarında, tansiyon takibi yapılırken etkileyen faktörlerin saptanması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 1 Ekim 2022 ile 31 Aralık 2022 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 18-85 yaş arası hipertansiyon hastalığı olan 259 kişi dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, hipertansiyon ile ilgili özellikleri, 5 günlük sabah ve akşam tansiyon ölçümleri, öz-etkililik ölçeği ile ilgili sorular içeren anket formu uygulandı. Araştırma boyunca toplanan veriler, IBM SPSS 25.0 (International Business Machines Statistical Package for Social Sciences) programı ile analiz edildi. İstatistiksel olarak $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya 264 kişi katıldı. Katılımcıların 157'si (%59,5) kadın, 107'si (%40,5) erkekti. Katılımcılardan okuryazar olmayan, sigarayı bırakan, ASM'de takipli olan, DM hastalığı olanların tansiyon takipleri daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi. Ancak katılımcıların diğer sosyodemografik ve klinik özelliklerinin tansiyon takipleri üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığı saptandı. Katılımcıların öz-etkililik puanı ortalamaları erkeklerde, geliri giderinden çok olanlarda, sigarayı bırakanlarda, ilacın adını bilenlerde, tansiyon ölçümünü sık yapanlarda, düzenli doktor kontrolüne gidenlerde tansiyon aletine sahip olanlarda ve tansiyon hastalığının yol açabileceği sağlık problemlerini bilenlerde daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı tespit edildi. Öz-etkililik düzeyi daha yüksek olan grubun kan basıncı ortalamasının öz-etkililik düzeyi daha düşük olan gruba kıyasla anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu saptandı.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları birlikte değerlendirildiğinde, öz-etkililik seviyesinin, ASM'de takipli olmanın, kronik bir hastalığa sahip olmanın, sigarayı bırakmanın kan basıncı düzeyini etkilediği görülmüştür. Diğer sosyodemografik ve

linik özelliklerin katılımcıların kan basıncını belirgin Şekilde etkilemediği sonucuna varılmıştır. z-etkililik düzeyinin HT tedavisinde etkinlik göstermesi nedeniyle HT hastalarının takibinde kullanılmasının faydalı olacağı kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, Tansiyon Değerleri, z-etkililik leği



ABSTRACT

INVESTIGATION OF FACTORS AFFECTING BLOOD PRESSURE MONITORING IN HYPERTENSIVE PATIENTS WHO PRESENT TO FAMILY MEDICINE CLINICS

Aim: Hypertension is one of the leading non-communicable causes of death and morbidity. The aim of this study was to identify the factors influencing blood pressure monitoring in hypertensive patients.

Materials and Methods: A total of 259 individuals aged between 18 and 85 with hypertension, who applied to the Family Medicine Clinics at Ankara Education and Research Hospital between October 1, 2022, and December 31, 2022, and volunteered to participate in the study, were included. Participants were administered a socio-demographic data form, questions related to hypertension characteristics, 5-day morning and evening blood pressure measurements, and a self-efficacy scale questionnaire. The data collected throughout the study were analyzed using IBM SPSS 25.0 (International Business Machines Statistical Package for Social Sciences) software. A significance level of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: A total of 264 participants took part in the study. Among them, 157 (59.5%) were female and 107 (40.5%) were male. It was found that participants who were illiterate, had quit smoking, had follow-ups in family medicine, or had diabetes mellitus (DM) had lower blood pressure monitoring, and this difference was statistically significant. However, it was determined that the other socio-demographic and clinical characteristics of the participants did not have a statistically significant effect on blood pressure monitoring. The average self-efficacy scores of the participants were found to be higher and statistically significant in males, those with higher income than expenses, those who had quit smoking, those who knew the name of their medication, those who measured their blood pressure frequently, those who had regular doctor check-ups, those who owned a blood pressure device, and those who were aware of the health problems caused by hypertension. It was observed that

the mean blood pressure of the group with higher self-efficacy levels was significantly lower compared to the group with lower self-efficacy levels.

Conclusion: When the results of our study were evaluated together, it was observed that self-efficacy level, having follow-ups in family medicine, having a chronic illness, and quitting smoking influenced the blood pressure level. It was concluded that the other socio-demographic and clinical characteristics did not significantly affect the participants' blood pressure. Considering the effectiveness of self-efficacy level in hypertension treatment, it is believed that its utilization in the management of hypertensive patients would be beneficial.

Keywords: hypertension, blood pressure readings, self-efficacy scale

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, sürekli kan basıncı yüksekliği ile kendini gösteren, sistemik bir hastalık olup, ciddi komplikasyonlara neden olması ve toplumda yaygın olarak görülmesi nedeniyle önemli bir sağlık problemidir. Tedavi edilmeyen hipertansiyonun, kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu ve ölüm oranını artırdığı ortaya konmuştur. Hipertansiyonun komplikasyonları ve buna bağlı ölüm oranı, kan basıncı yüksekliği ile doğru orantılı olarak artmaktadır (1).

Hipertansiyon, dünya çapında tahminen 1,39 milyar insanı etkileyen ve her yıl 10,4 milyon erken ölüme neden olan, küresel hastalık yüküne tek başına en büyük katkı yapan unsurdur. Küresel olarak hipertansiyon prevalansında devam eden bir artışı düşündüren yörüngeye rağmen, çok sayıda teşhis edilmemiş ve yeterince kontrol edilmeyen hipertansif hasta vardır. 2017'de çok uluslu bir kesitsel çalışma, bireylerin %35'inde hipertansiyon olduğunu, bunların %58'inin antihipertansif tedavi aldığını ve tedavi görenlerin %46'sının yeterli kan basıncı kontrolü sağlayamadığını bulmuştur (2). Türkiye'de 2015 yılında 54 binden fazla ölümden hipertansiyon (yüksek sistolik kan basıncı (SBP) ≥ 140 mm Hg) sorumluydu ve toplam ölümlerin %13,4'ünü oluşturuyordu. 2015 yılında hipertansiyonu olan Türk popülasyonunda iskemik kalp hastalığından tahmini 25.663 ölüm ve serebrovasküler hastalıklardan 12.971 ölüm meydana geldi (3).

Hipertansiyon tedavisi; sigara ve alkol gibi riskli faktörleri ortadan kaldırma, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitede bulunma gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte farmakolojik tedavileri içermektedir. Kişilerin hem önerilen yaşam tarzı değişikliklerine hem de başlanan antihipertansif ilaç tedavilerine ciddi şekilde uyum göstermesi önem arz etmektedir. Kan basıncını kontrol altında tutmak için tuz tüketimini azaltmak, sigara ve alkol kullanmamak gibi yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte hastaların yaşına ve mevcut fiziksel durumlarına uygun düzenli fiziksel aktivitelerde bulunmaları gerekmektedir (4-6).

Hipertansiyonda tedavi ve kontrollerin düzenli olması hastalığın doğuracağı tehlikeli sonuç ve komplikasyonları engeller. Hipertansiyon ve onunla ilişkili kardiyovasküler hastalıkların kontrolünde ilaç dışı tedavi ya da yaşam şekli değişiklikleri hastalığın seyrinde büyük öneme sahiptir (7). Hipertansiyonla ilişkilendirilen sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen uygun davranışları kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini ona göre şekillendirmesidir . Bu nedenle; ideal vücut ağırlığı, hareketli yaşam, tuz ve doymuş yağlardan fakir diyetle beslenme, sigara ve alkol kullanmama ve stresten uzak durma önerilmektedir (8).

Hastaların HT, ilaç ve tedaviye uyumu arasındaki ilişki hakkında bilgi sahibi olması, komplikasyonların önlenmesinde, tedavi planlamasında hastalara yardımcı olabilir (9, 10).

Biz de çalışmamızda hipertansiyon hastalarının tansiyon takiplerini etkileyen faktörleri saptamayı amaçladık.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HİPERTANSİYON TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

2.1.1. Hipertansiyon Tanımı

Ofis ölçümlerinde tekrarlanan arteriyel kan basıncının 140/90 mmHg'den daha yüksek olması, hipertansiyon (HT) olarak adlandırılır. Hipertansiyon, sürekli yüksek kan basıncı ile karakterize edilen sistemik bir hastalıktır ve toplumda yaygın olarak görülen önemli bir sağlık sorunudur. Tedavi edilmeyen hipertansiyon, kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inme, böbrek yetersizliği, periferik arter hastalığı, aort diseksiyonu ve ölüm riskini artırabilir. Kan basıncı yüksekliği ile doğru orantılı olarak, hipertansiyonun komplikasyonları ve ölüm oranı artmaktadır (11).

2.1.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Ülkemizde, 2003 yılında gerçekleştirilen Türk Hipertansiyon Prevalans (Patent) çalışmasında, hipertansiyon prevalansının %31,8 olduğu, farkındalık oranının %40 ve antihipertansif tedavi alma oranının %31 olduğu ortaya çıkmıştır. Hatta tedavi alan kişilerde bile kan basıncı kontrol oranının %20 gibi yetersiz bir seviyede olduğu belirlenmiştir (Arıcı ve ark., 2003). 2012 yılında yeniden yapılan Patent2 çalışmasında, hipertansiyon prevalansının %30,3 olduğu, hipertansiyon farkındalık oranının %54,7'ye yükseldiği, antihipertansif ilaç kullanım oranının %47,5 olduğu ve antihipertansif ilaç kullananlarda kan basıncının kontrol altına alınma oranının %53'e çıktığı görülmüştür. Bu sonuçlar, her 10 kişiden 3'ünün hipertansiyon hastası olduğunu, hipertansiyonun farkındalık, tedavi ve kontrolünde olumlu gelişmeler olduğunu, ancak yine de farkındalık ve tedavi oranlarının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir (12).

Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar, dünya genelindeki ölümlerin %71'ine neden olmaktadır. Bu hastalık grubunda en sık görülen ölüm nedeni ise kardiyovasküler hastalıklardır ve hipertansiyon bu hastalıklar arasında en büyük paya

sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2015 yılı verilerine göre, 18 yaş ve üzerindeki kişilerde, artmış kan basıncı (sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg veya diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg) prevalansı global olarak %22,1 (20,4-24,1) tahmin edilmektedir (13).

2.2. EVDE KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

Kan basıncının ölçümü, onaylı oskultuar ya da osilometrik otomatik/dijital sfigmomanometre cihazları kullanılarak yapılmalıdır ve bu cihazların periyodik kontrol kalibrasyonları düzenli olarak yapılmalıdır. Kan basıncı ölçümünü etkileyen pek çok faktör vardır, bunlar hastaya, ölçene ve ölçüm yöntemine ait olabilir. Ölçüm sırasındaki koşullar da kan basıncını önemli ölçüde etkileyebilir. Ölçümün yapıldığı saat bilinmeli ve ölçüm yemek veya egzersiz sonrası yapılmışsa normalden düşük, sigara ya da kahve içimi sonrası yapılmışsa normalden yüksek çıkabilir. Bu nedenle, ölçüm öncesindeki 30 dakikalık sürede hastanın sigara, çay veya kahve içmemiş, kafein almamış ve mümkünse yemek yememiş olması gerekir. Nazal dekonjestan veya benzeri adrenerjik uyarıcıların kullanımı da hatalı ölçümlere neden olabilir.

Kan basıncı ölçümü için, hastanın en az 5 dakika sessiz bir odada istirahat etmesi gerekmektedir. Oda sıcaklığı uygun bir seviyede olmalıdır. Hasta sırtını destekleyen bir yere oturmalı ve ölçüm yapılacak kol çıplak olmalıdır. Konuşmamalı ve bacak bacak üstüne atmamalıdır. Manşon kalp seviyesinde yer alacak şekilde sıkılmalıdır ve kol desteklenmelidir. Manşon, dirsek çukurunun 2,5-3 cm üzerine sarılmalıdır. Stetoskop manşonun altına sıkıştırılmamalıdır. Ölçüm sırasında stetoskop dirsek çukurunda serbest durmalı ve cilde hafifçe bastırılmalıdır. Ölçümün yapıldığı kol, pozisyon, sistolik ve diyastolik kan basınçları kaydedilmelidir.

Hipertansiyon hastalarının kan basıncı, klinikte ölçüldüğünde diğer yerlerdeki ölçümlere göre daha yüksek çıkabilir. Bu nedenle, kan basıncının klinik dışında ölçülmesi, hipertansiyonlu hastaların ilk değerlendirmesi ve tedaviye verdikleri cevabın izlenmesi açısından önemli olabilir. Son yıllarda, evde kan basıncının izlenmesi yöntemi (self-monitoring) giderek daha yaygın hale gelmiştir. Hastanın kendi kendine kan basıncını ölçmesinin avantajları şunlardır:

1. Beyaz önlük hipertansiyonundan gerçek hipertansiyonun ayırt edilmesi;
2. Yeni başlayan kan basıncı yükselmelerinde ve sınırda hipertansiyonda günlük kan basıncı değerlerinin belirlenmesi;
3. Antihipertansif ilaçların tedaviye verdiği cevabın değerlendirilmesi;
4. Hastanın tedavi planına daha iyi uyması;
5. Hasta izleme maliyetinin azaltılması.

Evde yapılan kan basıncı ölçümleri ile ambulatuvar kan basıncı ölçümleri arasında oldukça iyi bir ilişki tespit edilmiştir. (14).

2.3. HT KONTROLÜNDE YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ

Erişkin bireylerin kan basıncı seviyeleri ne olursa olsun, uygun yaşam tarzı değişiklikleri toplum sağlığı açısından önerilmelidir. Kan basıncı artmış bireylerde (sistolik 120-139 mmHg, diyastolik 80-89 mmHg) bu öneriler özellikle vurgulanmalıdır. Hipertansiyonu olan hastalarda ise yaşam tarzı değişikliği önerileri mutlaka uygulanmalıdır. Aşağıda yaşam tarzı değişikliği önerileri yer almaktadır:

- **İdeal vücut ağırlığı:** Ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre, erişkin nüfusun %64,9'unun normal vücut ağırlığının üstünde olduğu bildirilmektedir. Bu oranın %34,6'sı fazla kilolu, %30,3'ü ise obezdir. Eğer bir hasta fazla kilolu ise, uygun kiloya inmesi önerilir veya en azından ağırlığının %5-10'u kadar kilo kaybı sağlaması teşvik edilmelidir.

- **Tuz kısıtlaması:** Günlük tuz tüketimi, 2-2,4 g sodyum (5-6 g tuz) ile sınırlandırılmalıdır. SALTURK çalışmaları, Türkiye'deki genel popülasyonda günlük tuz tüketiminin oldukça yüksek olduğunu (yaklaşık 15 g/gün) ve bu durumun hipertansiyon ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

- **Sağlıklı beslenme:** Hipertansiyon hastalarının beslenmesi, sebze ve meyve, az yağlı besinler, tam tahıllar, sebzelerden elde edilen proteinler ve haftada en az iki kez balık gibi sağlıklı besinlerin ağırlıkta olduğu bir diyeti içermelidir. Hızlı tüketilen, işlenmiş, aşırı yağ, rafine şeker ve tuz içeren yiyeceklerden kaçınılmalıdır.

- **Sigaranın bırakılması:** Hipertansiyonlu hastaların sigara kullanmaması veya kullanıyorsa kesinlikle bırakması önerilmelidir. Sigara bırakmak, kardiyovasküler

riski azaltmak için en etkili önlemlerden biridir. Ülkemizde, Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanun ile başlatılan sigara yasağı uygulamalarının tüketimi azalttığı, ancak sigara içme sıklığının hala yüksek olduğu bildirilmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın 2016 verilerine göre, ≥ 15 yaşındaki yetişkinlerin %26,5'i halen sigara içmektedir. Sigara içme oranı erkeklerde (%40,1) kadınlardan (%13,3) daha yüksektir.

• **Alkol kısıtlaması:** Hipertansiyon hastalarının alkol kullanmamaları önerilir. Ancak alkol tüketen hastalar için erkeklerde günde en fazla 20-30 gram etanol (yaklaşık 2-3 standart içki), kadınlarda ise günde en fazla 10-20 gram etanol (yaklaşık 1-2 standart içki) tüketmeleri önerilir. Daha yüksek miktarda alkol tüketmemeleri konusunda uyarılmalıdırlar.

• **Hareketli yaşam:** Hastalara yaş ve fiziksel durumlarına uygun bir şekilde düzenli fiziksel aktivite/egzersiz yapmaları önerilmektedir. Genellikle, haftada en az beş kere 30 dakikadan kısa olmayan aktiviteler önerilmektedir. Ayrıca, gün boyunca hareketli bir yaşam tarzı teşvik edilmelidir.

• **Stres yönetimi:** Davranışların düzenlenmesi ve stres yönetimi için çeşitli teknikler önerilmelidir. Bunlar arasında gevşeme teknikleri, yoga, meditasyon, nefes egzersizleri, sanat terapisi ve doğa yürüyüşleri gibi aktiviteler yer almaktadır. Bu teknikler, hem hipertansiyonu yönetmede hem de stresle başa çıkmada etkili olabilir. Bununla birlikte, hangi tekniklerin bireye en uygun olduğuna karar vermek için bir sağlık uzmanına danışmak önerilir. (10)

2.4. HİPERTANSİYON TEDAVİSİNİN ÖNEMİ

Hipertansiyon tedavisinin amacı, mümkün olan en basit şekilde morbidite ve mortalitenin azaltılmasıdır. Bu amaç doğrultusunda, eğer tolerans edilebilirse, sistolik kan basıncının 140 mmHg'nın altında, diyastolik kan basıncının ise 90 mmHg'nın altında tutulması hedeflenmelidir. Kan basıncının azaltılması ile birlikte, diğer kardiyovasküler risk faktörleri de kontrol altına alınmalıdır. Kan basıncının daha da azaltılması, özellikle inme oranının azaltılması, böbrek fonksiyonlarının korunması ve kalp yetersizliğinin ilerlemesinin önlenmesinde faydalı olabilir.

Bazı araştırmacılar, kan basıncının belirli bir seviyenin altına dūřürölmesinin, bazı olası komplikasyonları artırabileceğini kabul etmektedirler. Bu araştırmacılara göre, yüksek kan basıncına bağlı yan etkiler ve mortalite azalırken, kan basıncı belirli bir seviyenin altına dūřtüđünde (diyastolik kan basıncı < 80-85 mmHg), hem yan etkiler hem de mortalite artabilir. Bu fenomen J-eğrisi olarak adlandırılır. İstenilen kan basıncı seviyelerine ulaşmak için tek başına ilaç tedavisi yeterli olmayacaktır (14).

Hipertansiyon tedavisinde, her aşamada farmakolojik tedaviye ihtiyaç duyulmayabilir. Ancak, kılavuzlara göre farmakolojik müdahale gerekli olduğunda gecikmeden tedaviye başlanması gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü hipertansiyonu "sessiz katil" olarak adlandırmıştır. Olası komplikasyonların önlenmesi için farmakolojik tedaviye ihtiyaç duyulduğunda gecikmeden başlanmalıdır. Ancak, bu karar hekim ve hastanın birlikte aldığı bireyselleştirilmiş bir yaklaşımla olmalıdır. Bu yaklaşım, hastaların tedaviye uyumunu da kolaylaştıracaktır. Yapılan meta-analizler, hipertansiyon hastalarında kardiyovasküler riskteki azalmanın temel belirleyicisinin anti-hipertansif ilaç seçiminin değil, kan basıncındaki azalma derecesinin olduğunu ortaya koymaktadır (15).

2.5. HİPERTANSİYON HASTALARINDA BİLGİ DÜZEYİ, FARKINDALIK VE TEDAVİYE UYUM

Ülkemizde hipertansiyon, yaygınlığı ve risk faktörleri göz önüne alındığında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle, toplumun bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi, etkin müdahalelerin oluşturulması ve izlenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu bağlamda, koruyucu sağlık hizmetleri sağlıklı bireyler için de önemli bir rol oynamakta ve sağlık risklerinin belirlenmesi ve azaltılmasında, erken tanı belirtilerinin risk altındaki bireylere öğretilmesinde, bireylerin ve grupların sağlıklarını en üst düzeye çıkarmalarına yardımcı olmaktadır. Literatürdeki veriler, bireylerin hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeylerinin artmasıyla birlikte toplumda hipertansiyon hakkında farkındalık, tedavi ve kontrolün arttığını göstermektedir (16).

Hipertansiyon hastalığına dair bilgi düzeyleri arttıka, bu hastalığın tanısı, tedavi edilmesi ve kontrol altına alınması oranlarında da bir artış beklenmektedir. Bu

nedenle, insanların hipertansiyon hastalığı hakkındaki bilgi eksikliklerinin belirlenmesi ve giderilmesi için çalışmalar yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalar, hipertansiyon hastalığı ile mücadelede önemli bir rol oynayacaktır.

Hipertansiyonun her zaman semptomatik olacağı yanlış bir kanıdır. Aslında, hipertansiyonun erken evrelerinde semptomlar nadiren ortaya çıkar ve birçok kişi bu evrelerde tanı alamaz. Baş ağrısı, nefes darlığı, göğüs ağrısı, sersemlik hissi, çarpıntı ve burun kanaması gibi semptomlar hipertansiyona işaret etse de, bu semptomlar kesin bir teşhis için yeterli değildir. Bununla birlikte, bu tür semptomları göz ardı etmek de tehlikeli olabilir.

Hipertansiyon hastalarının yarısının, tedaviye başladıktan ilk yıl içinde ilaç kullanımını bıraktığı bilinmektedir. Tedaviyi kesen hastalar arasında daha sorunlu olarak kabul edilen bir grup vardır ve bu grup, tedaviyi kasıtlı olarak kesmektedir. Ayrıca, hastaların yaklaşık %10'unun ilaçlarını almaya unuttukları da bilinmektedir. Hipertansiyon hastalarının tedavi ve hastalık hakkındaki yanlış anlamaları, hastalığın herhangi bir semptom göstermemesi nedeniyle hastalığı reddetmeleri, ilaç kullanımının sağlık durumunu kötüleştirdiği düşüncesine kapılmaları, beklenmedik ilaç yan etkileri ve hastaların tedaviye karşı isteksizlikleri gibi bilgi eksiklikleri, tedaviye uyumsuzluğu artırmaktadır (17).

2.6. HİPERTANSİYONDA ÖZ-ETKİLİLİĞİN ÖNEMİ

Hipertansiyonun farkındalığının artırılması için, hastaların hem sağlık sorumluluğunu üstlenmeleri hem de öz-etkililiklerini geliştirmeleri, hastalık yönetimi açısından oldukça önemlidir. Sağlıklı bireylerin kendi istekleriyle sağlıklı davranışlar kazanmaları, kronik hastalığı olan bireylerde ise sağlıklarını korumalarını, sürdürmelerini ve geliştirmelerini sağlayan öz-etkililik algısı önemli bir etkiye sahiptir.

Öz-etkililik algısı, kişilerin aktivitelerini planlarken hangi eylemleri gerçekleştireceğine ve hangilerini gerçekleştirmeyeceğine karar verirken son derece önemlidir. İstenilen sağlık davranışlarını başlatmak ve sürdürmek için atılan önemli bir adımdır. Kişilerin herhangi bir konudaki öz-etkililik düzeyi yükseldikçe, o konuda

daha kararlı ve motive olurlar. Bireylerin öz-etkililik seviyesinin artması, istenen sağlık davranışlarını sergilemelerine neden olur.

Bu algı, sağlıklı yaşam davranışlarına uyumu artırarak kilo kontrolü, egzersiz, sigara ve alkol bırakma gibi sağlık davranışlarında fayda sağlar. Bunun yanı sıra kronik hastalıkların yönetiminde de son derece önemlidir.

Öz-etkililik, bireylerin ne düşüneceğini, nasıl hissedeceklerini ve nasıl davranacaklarını belirleyen önemli bir kavramdır. Ülkemizde HT'un kontrol oranının yeterince yükselmemesindeki ana faktörlerden biri hastaların öz-etkililik düzeylerindeki yetersizliktir. Hipertansiyon hastalığının yönetiminde başarılı olabilmek için hastalar, kan basınçlarını düzenli olarak kontrol etmeli ve tedavilerine dikkat etmelidirler (18).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

Araştırma prospektif, kesitsel ve analitik tipte bir çalışmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Çalışmamız Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde 01.10.2022-31.12.2022 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmaya, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18-85 yaş arası, hipertansif ilaç kullanan, anket sorularını anlama ve yorumlama yetisi olan, iletişim engeli bulunmayan hastalar dahil edildi. Hastanemiz aile hekimliği polikliniklerine 3 ay içerisinde başvuran 18-65 yaş arası yaklaşık 6.000 kişi vardır. Örneklem büyüklüğü; evren 6.000, güven aralığı %95, hata payı %5 alınarak yapılan hesaplamada %90 güven seviyesinde 259 kişi olarak hesaplandı. Çalışmamıza toplam 264 kişi dahil edildi.

3.4. ARAŞTIRMAYA DAHİL ETME VE DIŞLAMA KRİTERLERİ

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Poliklinikleri'ne başvuran 18-85 yaş arasında olup antihipertansif ilaç kullanan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler araştırmaya dahil edildi. Soruları anlama ve yorumlama yetisi olmayan, iletişim engeli bulunan hastalar araştırmaya dahil edilmedi.

3.5. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

H₀: Hipertansiyon hastalarının tansiyon takibinde etkili faktör yoktur.

H₁: Hipertansiyon hastalarının tansiyon takibinde etkili faktör vardır.

3.6. VERİ TOPLAMA ARACI YÖNTEMLERİ VE TOPLANMASI

Araştırmacı tarafından hastanın sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu vb.), gelir durumu, aynı evde yaşadığı kişiler, sigara

kullanma durumu, alkol kullanma durumu, kronik hastalıkları, HT tanı değeri bilgisi, kullandığı antihipertansif ilaç adı, tansiyon ölçüm sıklığı, HT tanı süresi, HT için takipli olduğu sağlık kurumu, kontrole düzenli gidip gitmediği, tansiyon hastalığının takibini kimin yaptığı, evde tansiyon aleti varlığı; cinsi, kimin ölçtüğü, HT hastalığı tedavi edilmediğinde yol açabileceği sağlık sorunları bilgisi, HT ile ilgili eğitim alıp almadığı, 5 günlük sabah ve akşam tansiyon ölçümü tablosu, hipertansiyonda öz-etkililiği ölçen ölçek 20 maddeden oluşmaktadır.

3.6.1. Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği

Ölçekte her bir madde “hiç uygun değil” (1 puan) ile “çok uygun” (4 puan) şeklinde değişen 4'lü likert tipindedir. Ölçek maddeleri 1-4 puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten toplamda 20 ile 80 puan alınmaktadır. Toplam puanın yükselmesi hipertansiyonda öz-etkililik düzeyinin yükseldiğini göstermektedir (18).

3.7. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Araştırmada verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistik olarak, nicel değişkenler için ortalama \pm standart sapma (ss) ve ortanca (minimum-maksimum), nitel değişkenler için ise sayı (yüzde) verildi. Nominal değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ki kare testi kullanıldı. Grup ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde normal dağılım gösteren değişkenlerde t testi ve ANOVA varyans analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamıza aile hekimliği polikliniklerimize başvuran 18-85 yaş aralığında katılan 246 katılımcının %40,5'ini (n=107) erkek, %59,5'ünü (n=157) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların %19,7'si (n=52) çalışırken geri kalan %80,3'lük (n=212) kesim aktif olarak çalışmamaktadır. Medeni durum değişkenine göre %77,7'sinin (n=205) evli olduğu %4,5'nin (n=12) bekar olduğu, geri kalan %17,8'in (n=47) ise dul olduğu belirlendi. Eğitim durumu değişkenine göre %9,1'i (n=24) okur-yazar olmadığını, %47,7'si (n=126) ilkokul mezunu, %11,4'ü (n=30) ortaokul mezunu, %14,4'ü (n=38) lise mezunu, %16,3'ü (n=43) lisans mezunu, %1,1'i (n=50) lisansüstü mezunu olduğunu belirtti. Gelir durumu değişkenine göre %39,8'i (n=105) geliri giderinden az, %54,2'si (n=143) geliri giderine eşit, %6,1'i (n=16) geliri giderinden fazla olduğunu belirtti. Sigara içme durumuna göre %40,5'i (n=107) hiç sigara içmediğini, %8'i (n=21) şuan kullanmadığını ve hayatında 100 adetten daha az içtiğini, %29,9'u (n=79) kullanmayı bıraktığını ve toplamda 100 adetten fazla içtiğini, %21,6'sı (n=57) hala sigara içtiğini belirtti. Alkol kullanma durumuna göre %8'i (n=21) alkol kullandığını, %8'i (n=21) bıraktığını, %84,1'i (n=222) kullanmadığını belirtti. Kronik hastalık değişkenine göre %34,8'i (n=92) diyabet, %38,3'ü (n=101) kalp hastalığı, %11,4'ü (n=30) kronik akciğer hastalığı, %10,2'si (n=27) kronik böbrek hastalığına sahip olduğunu belirtti. Araştırmaya katılan bireylere ait demografik bilgiler aşağıdaki Tablo 4.1'de frekans ve yüzde şeklinde gösterildi.

Tablo 4.1. Sosyodemografik Verilerin Dağılımı

Demografik Veriler	Gruplar	Frekans	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	107	40,5
	Kadın	157	59,5
Çalışma Durumu	Çalışan	52	19,7
	Çalışmayan	212	80,3
Medeni Durum	Evli	205	77,7
	Bekâr	12	4,5
	Dul	47	17,8
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	24	9,1
	İlkokul	126	47,7
	Ortaokul	30	11,4
	Lise	38	14,4
	Lisans	46	17,4
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	105	39,8
	Gelir Gidere Eşit	143	54,2
	Gelir Giderden Fazla	16	6,1
Sigara İçme	Hayır İçmedim	107	40,5
	Hayır 100 den Az İçtim	21	8,0
	Bıraktım 100den Fazla İçtim	79	29,9
	Evet Hala İçiyorum	57	21,6
Alkol Kullanma	İçen	21	8,0
	Bırakan	21	8,0
	İçmeyen	222	84,1
Kronik Hastalık	Diyabet Olan	92	34,8
	Diyabet Olmayan	172	65,2
	Kalp Hastalığı Olan	101	38,3
	Kalp Hastalığı Olmayan	163	61,7
	Kronik Akciğer Hastalığı Olan	30	11,4
	Kronik Akciğer Hastalığı Olmayan	234	88,6
	Kronik Böbrek Hastalığı Olan	27	10,2
	Kronik Böbrek Hastalığı Olmayan	237	89,8
	Kronik Karaciğer Hastalığı Olan	1,5	1,5
	Kronik Karaciğer Hastalığı Olmayan	98,5	98,5

Normallik Testleri

Katılımcılardan alınan ölçümlerin normal dağılımı Shapiro Wilk testi ile incelendi. Bu test sonucunda araştırmada analizlere dahil edilen tüm parametrelerin katılımcılar arasında normal dağıldığı tespit edildi.

Yapılan çalışmada tansiyon bağımlı değişkenine ait normallik dağılımı incelendiğinde Shapiro-Wilk testi sonuçlarına göre verilerin normal dağıldığı varsayımı karşılandı. Katılımcıların sabah ölçülen diyastolik kan basıncı haricinde diğer tüm değerler anlamlılık düzeyinden yüksek olduğu için analizlerde parametrik testlerin tercih edilmesinin uygun görüldü. Sadece sabah ölçülen diyastolik kan basıncındaki anlamlılık düzeyinin normallik varsayımını desteklemediği görülse de araştırmacı tarafından yapılan görsel değerlendirmede sadece bir uç değer normalliği bozduğu anlaşıldı. Diğer tüm değerlerinin normal dağılması sonucunda bu parametrede uç nokta temizliği yapılmasına gerek görülmedi. Ayrıca görsel olarak yapılan incelemede histogram, normal Q-Q plot grafikleri ve kök&yaprak grafikleri incelendiğinde verilerin sadece uç değer dışında normal dağılıma uygun olduğu gözlemlendi ve parametrik testlerin uygulanmasına kanaat edildi.

Tablo 4.2. Normallik Değerlendirmeleri

Değişken	Grup	İstatistik	df	p
Sistolik Sabah	Öz Etkililik Daha Yüksek	0,935	10	0,501
	Öz Etkililik Daha Düşük	0,968	11	0,863
Diyastolik Sabah	Öz Etkililik Daha Yüksek	0,728	10	0,002
	Öz Etkililik Daha Düşük	0,961	11	0,785
Sistolik Akşam	Öz Etkililik Daha Yüksek	0,952	10	0,696
	Öz Etkililik Daha Düşük	0,949	11	0,627
Diyastolik Akşam	Öz Etkililik Daha Yüksek	0,964	10	0,834
	Öz Etkililik Daha Düşük	0,903	11	0,199

$p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.3. de cinsiyet değişkenine göre tansiyona ilişkin t testi analizi sonuçları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu. Ancak cinsiyete göre öz etkililik düzeyi puanları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Ortalamalar incelendiğinde erkeklerin ($58,73 \pm 7,26$) öz etkililik ölçeğinden aldıkları puanın kadınlara ($56,78 \pm 6,08$) oranla daha yüksek olduğu tespit edildi ($t=2,360$, $p=0,19$).

Tablo 4.3. Cinsiyet Değişkenine Göre Gruplar Arası Tansiyon Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Cinsiyet	N	Ort.	Ss.	t	p
Sistolik Sabah	Erkek	107	133,90	14,12	1,105	0,270
	Kadın	157	131,67	17,32		
Diastolik Sabah	Erkek	107	80,22	11,23	0,541	0,589
	Kadın	157	79,47	10,87		
Sistolik Akşam	Erkek	107	134,35	15,55	1,725	0,086
	Kadın	157	130,82	17,05		
Diastolik Akşam	Erkek	107	79,41	11,34	0,672	0,502
	Kadın	157	78,52	9,88		
Öz Etkililik	Erkek	107	58,73	7,26	2,360	,019
	Kadın	157	56,78	6,08		

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.4 de medeni durum değişkenine göre tansiyona ilişkin tek yönlü anova testi sonuçları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu. Ancak medeni duruma göre öz etkililik puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Ortalamalar incelendiğinde bekarların (52,58±7,79) öz etkililik ölçeğinden aldığı puanların diğer gruplardan anlamlı olarak daha az olduğu saptandı (f=3,663, p=0,027).

Tablo 4.4. Medeni Durum Değişkenine Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişken	Medeni Durum	N	Ort.	Ss.	f	p	Tukey HSD
Büyük Tansiyon Sabah	Evli	205	132,83	16,70	0,541	0,583	
	Bekar	12	127,85	9,83			
	Boşanmış/Dul	47	132,67	14,78			
Küçük Tansiyon Sabah	Evli	205	80,03	10,84	0,313	0,731	
	Bekar	12	77,90	11,52			
	Boşanmış/Dul	47	79,12	11,73			
Büyük Tansiyon Akşam	Evli	205	132,21	17,26	0,065	0,937	
	Bekar	12	130,98	14,05			
	Boşanmış/Dul	47	132,84	13,82			
Küçük Tansiyon Akşam	Evli	205	79,02	10,56	0,131	0,877	
	Bekar	12	77,55	12,89			
	Boşanmış/Dul	47	78,61	9,66			
Öz Etkililik	Evli	205	57,76	6,50	3,663	0,027	2<1 2<3
	Bekar	12	52,58	7,79			
	Boşanmış/Dul	47	58,04	6,57			

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.5. de eğitim durumu değişkenine göre tansiyona ilişkin tek yönlü anova testi sonuçları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olduğu bulundu. Tukey HSD testi sonuçları okur yazar olmayanların (73,98±9,63) ortaokul mezunlarına (73,98±9,63) göre akşam ölçülen diyastolik kan basıncı değerlerinin anlamlı olarak daha düşük olduğu tespit edildi (f=2,568, p=0,039). Ancak eğitim durumuna göre öz etkililik puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilemedi.

Tablo 4.5. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişken	Eğitim Düzeyi	N	Ort.	Ss.	f	p	Tukey HSD
Sistolik Sabah	Okur yazar değil	24	139,58	17,75	1,836	0,122	
	İlkokul	126	131,27	16,27			
	Ortaokul	30	133,86	12,38			
	Lise	38	134,52	18,36			
	Üniversite	46	130,03	14,25			
Diyastolik Sabah	Okur Yazar Değil	24	74,71	11,90	2,713	0,031	1<3
	İlkokul	126	79,86	10,01			
	Ortaokul	30	83,60	10,80			
	Lise	38	81,53	13,26			
	Üniversite	46	78,23	10,42			
Sistolik Akşam	Okur Yazar Değil	24	137,60	18,23	1,954	0,102	
	İlkokul	126	130,03	16,27			
	Ortaokul	30	134,44	13,13			
	Lise	38	136,15	17,28			
	Üniversite	46	130,96	16,92			
Diyastolik Akşam	Okur Yazar Değil	24	73,98	9,631	2,568	0,039	1<3
	İlkokul	126	78,87	9,952			
	Ortaokul	30	82,14	10,04			
	Lise	38	80,85	12,53			
	Üniversite	46	77,73	10,08			
Öz Etkililik	Okur Yazar Değil	24	56,83	6,329	2,075	0,084	
	İlkokul	126	56,78	5,508			
	Ortaokul	30	57,26	9,093			
	Lise	38	58,07	7,437			
	Üniversite	46	59,93	6,803			

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.6. da gelir durumu değişkenine göre tansiyona ilişkin tek yönlü anova testi sonuçları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu. Ancak gelir durumuna göre öz etkililik puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Ortalamalar incelendiğinde geliri giderinden az olanların ($56,23\pm 6,89$) ortalamasının geliri gideriyle eşit olanlara ($58,58\pm 6,47$) kıyasla anlamlı bir şekilde az olduğu saptandı ($f=3,850$, $p=,022$).

Tablo 4.6. Gelir Durumuna Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişken	Gelir Durumu	N	Ort.	Ss.	f	p	Tukey HSD
Sistolik Sabah	Gelir Giderimden Az	105	134,04	18,49	0,843	0,432	
	Gelir Giderimle Eşit	143	131,39	14,43			
	Gelir Giderimden Fazla	16	133,51	13,44			
Diyastolik Sabah	Gelir Giderimden Az	105	81,75	11,67	2,887	0,058	
	Gelir Giderimle Eşit	143	78,39	10,51			
	Gelir Giderimden Fazla	16	79,12	9,33			
Sistolik Akşam	Gelir Giderimden Az	105	132,71	17,66	0,789	0,456	
	Gelir Giderimle Eşit	143	131,44	15,61			
	Gelir Giderimden Fazla	16	136,70	16,92			
Diyastolik Akşam	Gelir Giderimden Az	105	80,54	10,74	2,204	0,112	
	Gelir Giderimle Eşit	143	77,85	10,24			
	Gelir Giderimden Fazla	16	77,28	10,11			
Öz Etkililik	Gelir Giderimden Az	105	56,23	6,89	3,850	0,022	1<2
	Gelir Giderimle Eşit	143	58,58	6,47			
	Gelir Giderimden Fazla	16	57,43	5,04			

$p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.7. incelendiğinde, sigara içme durumuna göre katılımcıların 5 günlük sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları sadece sabah ve akşam ölçülen küçük tansiyonda (sırasıyla KTS $F_{(3;246)}=3,251$ $p=0,022$, KTA $F_{(3;246)}=3,916$ $p=0,09$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi

yapıldı. Sabah ölçülen sistolik kan basıncı ortalamaları incelendiğinde sigarayı 100 den fazla içip bırakan grubun ortalaması (78,16±10,32) hala sigara içen katılımcılara (85,53.33±10,42) anlamlı olarak daha düşük bulundu. Sigara içme durumuna göre öz etkililik puanlarında gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Tukey HSD testine göre 100 den fazla sigara içip bırakan grubun öz etkililik ölçeğinden aldığı puanların (58,83,58±5,98) sigara içmeyenlere (57,85±6,11) ve hala içenlere (54,96±8,15) oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi. Ek olarak hiç sigara içmeyenlerin (57,85±6,11) öz etkililik düzeylerinin hala içenlere (54,96±8,15) kıyasla daha yüksek olduğu bulundu (f=4,242, p=0,006).

Tablo 4.7. Sigara İçme Durumuna Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Değerlerinin Karşılaştırması

Değişken	Sigara İçme Durumu	N	Ort.	Ss.	f	p	Tukey HSD
Sistolik Sabah	Hayır İçmedim	107	132,48	16,24	0,661	0,577	
	Hayır 100den Az İçtim	21	128,54	15,49			
	Bıraktım 100den Fazla İçtim	79	132,50	15,52			
	Evet Hala İçiyorum	57	134,32	17,01			
Diastolik Sabah	Hayır İçmedim	107	79,46	11,46	3,251	0,022*	3<4
	Hayır 100den Az İçtim	21	77,27	10,91			
	Bıraktım 100den Fazla İçtim	79	78,1	10,32			
	Evet Hala İçiyorum	57	83,53	10,42			
Sistolik Akşam	Hayır İçmedim	107	131,44	16,75	0,827	0,480	
	Hayır 100den Az İçtim	21	128,67	16,94			
	Bıraktım 100den Fazla İçtim	79	132,61	15,61			
	Evet Hala İçiyorum	57	134,65	17,22			
Diastolik Akşam	Hayır İçmedim	107	78,51	11,12	3,916	0,009*	3<4
	Hayır 100den Az İçtim	21	77,48	7,71			
	Bıraktım 100den Fazla İçtim	79	76,92	10,3			
	Evet Hala İçiyorum	57	82,83	9,48			
Öz Etkililik	Hayır İçmedim	107	57,85	6,11	4,242	0,006	3>1-4, 1>4
	Hayır 100den Az İçtim	21	58,52	5,37			
	Bıraktım 100den Fazla İçtim	79	58,83	5,98			
	Evet Hala İçiyorum	57	54,96	8,15			

* p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.8 incelendiğinde, alkol içme durumuna göre katılımcıların 5 günlük sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalamaları sadece sabah ve akşam ölçülen diyastolik kan basıncında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı.

Tablo 4.8. Alkol İçme Durumuna Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Değerlerinin Karşılaştırması

Değişken	Alkol İçme Durumu	N	Ort.	Ss.	f	p	Tukey HSD
Sistolik Sabah	Evet	21	134,06	15,96	0,104	0,901	
	Bıraktım	21	132,85	11,39			
	Hayır	222	132,40	16,55			
Diyastolik Sabah	Evet	21	81,17	9,58	0,193	0,824	
	Bıraktım	21	79,3	10,83			
	Hayır	222	79,69	11,18			
Sistolik Akşam	Evet	21	133,62	14,92	0,168	0,845	
	Bıraktım	21	133,62	16,24			
	Hayır	222	132,00	16,74			
Diyastolik Akşam	Evet	21	78,54	8,19	0,015	0,985	
	Bıraktım	21	79,07	12,69			
	Hayır	222	78,90	10,49			
Öz Etkililik	Evet	21	58,28	8,00			
	Bıraktım	21	59,61	9,94			
	Hayır	222	57,31	6,10			

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.9.da ailede tansiyon hastalığının bulunması değişkenine göre tansiyon ve öz etkililik düzeyine ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi.

Tablo 4.9. Ailedeki Tansiyon Hastalığına Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişken	Tansiyon Hastası	N	Ort.	Ss.	t	p
Sistolik Sabah	Ailede Tansiyon Hastası Var	187	132,27	17,00	-0,474	0,636
	Ailede Tansiyon Hastası Yok	77	133,30	13,80		
Diastolik Sabah	Ailede Tansiyon Hastası Var	187	80,22	11,12	1,027	0,305
	Ailede Tansiyon Hastası Yok	77	78,69	10,71		
Sistolik Akşam	Ailede Tansiyon Hastası Var	187	132,50	17,34	0,368	0,713
	Ailede Tansiyon Hastası Yok	77	131,68	14,42		
Diastolik Akşam	Ailede Tansiyon Hastası Var	187	79,71	10,31	1,968	0,051
	Ailede Tansiyon Hastası Yok	77	76,89	10,69		
Öz Etkililik	Ailede Tansiyon Hastası Var	187	57,06	6,77	-1,955	0,052
	Ailede Tansiyon Hastası Yok	77	58,81	6,18		

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.10.da yüksek tansiyon bilgisini bilen ve bilmeyenler arasında uygulanan t testinde tansiyon ve öz etkililik düzeyi sonuçları bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi.

Tablo 4.10. Yüksek Tansiyon Bilgisine Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişken	Yüksek Tansiyon Bilgisi	N	Ort.	Ss.	t	p
Sistolik Sabah	Yüksek Tansiyon Değerini Bilen	20	130,2600	13,47014	-0,668	0,505
	Yüksek Tansiyon Değerini Bilmeyen	244	132,7656	16,32160		
Diastolik Sabah	Yüksek Tansiyon Değerini Bilen	20	79,0200	10,75388	-0,320	0,749
	Yüksek Tansiyon Değerini Bilmeyen	244	79,8402	11,04820		
Sistolik Akşam	Yüksek Tansiyon Değerini Bilen	20	132,5600	15,71209	0,082	0,935
	Yüksek Tansiyon Değerini Bilmeyen	244	132,2434	16,62064		
Diastolik Akşam	Yüksek Tansiyon Değerini Bilen	20	77,8700	10,68147	-0,451	0,652
	Yüksek Tansiyon Değerini Bilmeyen	244	78,9721	10,49052		
Öz Etkililik	Yüksek Tansiyon Değerini Bilen	20	59,1000	4,50614	1,065	0,288
	Yüksek Tansiyon Değerini Bilmeyen	244	57,4549	6,77884		

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.11’de kullandığı ilacın adını bilen ve bilmeyenler arasında uygulanan t testinde tansiyon değerleri açısından anlamlı bir farklılık bulunamadı. Ancak ilacın ismini bilme durumuna göre öz etkililik puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Ortalamalar incelendiğinde ilacın ismini bilenlerin ortalamasının (58,67±7,14) bilmeyenlere (56,51±5,94) oranla daha yüksek olduğu tespit edildi (t=2,675, p=0,008).

Tablo 4.11. Kullandığı İlacın İsmine Bilinmesine Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Değişken	İlaç İsmine Bilinmesi	N	Ort.	Ss.	t	P
Sistolik Sabah	Kullandığı İlacın İsmine Bilen	130	130,8215	15,55	-1,749	0,081
	Kullandığı İlacın İsmine Bilmeyen	134	134,2776	16,52		
Diastolik Sabah	Kullandığı İlacın İsmine Bilen	130	79,8462	11,01	0,099	0,921
	Kullandığı İlacın İsmine Bilmeyen	134	79,7119	11,03		
Sistolik Akşam	Kullandığı İlacın İsmine Bilen	130	132,05	16,85	-0,206	0,837
	Kullandığı İlacın İsmine Bilmeyen	134	132,47	16,26		
Diastolik Akşam	Kullandığı İlacın İsmine Bilen	130	78,89	10,43	0,006	0,996
	Kullandığı İlacın İsmine Bilmeyen	134	78,88	10,58		
Öz Etkililik	Kullandığı İlacın İsmine Bilen	130	58,67	7,14	2,675	0,008
	Kullandığı İlacın İsmine Bilmeyen	134	56,51	5,94		

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.12. incelendiğinde, tansiyon ölçümü sıklığına göre katılımcıların 5 günlük sabah ve akşam tansiyon ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Ancak tansiyon ölçüm sıklığına göre öz etkililik puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi (f=7,844, p=0,000). Tukey HSD testine göre tansiyon ölçümünü her gün (59,27±5,27) ve haftada 2-3 kez ölçüm alanların (59,90±5,67) öz etkililik ölçeğinden aldığı puanların ayda 1 ve hiç ölçmeyenlere oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edildi. Ek olarak haftada 1 kez ölçüm alanların (58,21±6,32) öz etkililik düzeylerinin hiç ölçüm almayanlara kıyasla daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 4.12. Tansiyon Ölçümü Sıklığına Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Değerlerinin Karşılaştırması

Değişken	Tansiyon Ölçümü Sıklığı	N	Ort.	Ss.	f	p	Tukey HSD
Sistolik Sabah	Her Gün	72	134,08	18,44	0,705	0,589	
	Haftada 2-3	44	134,91	17,39			
	Haftada 1	55	130,60	12,64			
	Ayda 1	50	131,39	15,11			
	Hiçbiri	43	131,5	15,85			
Diastolik Sabah	Her Gün	72	79,33	10,55	1,406	0,232	
	Haftada 2-3	44	83,02	12,25			
	Haftada 1	55	78,66	10,54			
	Ayda 1	50	78,25	10,49			
	Hiçbiri	43	80,39	11,35			
Sistolik Akşam	Her Gün	72	133,37	19,41	0,326	0,860	
	Haftada 2-3	44	133,83	18,08			
	Haftada 1	55	131,53	13,21			
	Ayda 1	50	131,38	15,71			
	Hiçbiri	43	130,78	14,71			
Diastolik Akşam	Her Gün	72	77,96	9,448	1,030	0,392	
	Haftada 2-3	44	81,73	12,89			
	Haftada 1	55	78,52	10,73			
	Ayda 1	50	78,14	10,35			
	Hiçbiri	43	78,84	9,14			
Öz Etkililik	Her Gün	72	59,27	5,27	7,844	0,000	1>4-5 2>4-5 3>5
	Haftada 2-3	44	59,90	5,67			
	Haftada 1	55	58,21	6,32			
	Ayda 1	50	55,52	6,16			
	Hiçbiri	43	53,93	8,40			

* p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.13. incelendiğinde, takip olunan yere göre katılımcıların 5 günlük sabah ve akşam tansiyon ortalamaları sadece akşam ölçülen küçük tansiyonda (f=3,549 p=0,08) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Anlamlı farklılıkların hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi yapıldı. Sabah ölçülen küçük tansiyon ortalamaları incelendiğinde eğitim araştırma hastanesinde takip olunanların ortalamasının (68,88±8,22) devlet hastanesinde takip olanlara kıyasla (81,58±12,31) anlamlı olarak daha düşük bulundu. Takip olunan yer durumuna göre de öz etkililik puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi ancak varyansların homojenliği eşit olmadığından incelenen Tamhane testinde hangi gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilemedi.

Tablo 4.13. Takip Olunan Yere Göre Gruplar Arası Tansiyon ve Öz Etkililik Düzeylerinin Değerlerinin Karşılaştırması

Değişken	Takip Olunan Yer	N	Ort.	Ss.	f	p	Tukey HSD
Sistolik Sabah	Üniversite	7	135,51	10,66	0,384	0,820	
	Eah	206	132,91	17,13			
	Devlet Hastanesi	17	133,31	9,887			
	Özel Hastane	17	129,48	13,51			
	Asm	17	129,63	12,56			
Diastolik Sabah	Üniversite	7	76,34	12,25	2,150	0,075	
	Eah	206	79,53	10,65			
	Devlet Hastanesi	17	85,95	9,78			
	Özel Hastane	17	81,60	13,08			
	Asm	17	76,14	12,29			
Sistolik Akşam	Üniversite	7	139,14	10,53	0,667	0,616	
	Eah	206	132,05	17,57			
	Devlet Hastanesi	17	135,23	11,17			
	Özel Hastane	17	132,78	14,47			
	Asm	17	128,52	10,45			
Diastolik Akşam	Üniversite	7	79,25	12,16	3,549	0,008	2<3 5<3
	Eah	206	78,28	10,23			
	Devlet Hastanesi	17	86,88	8,22			
	Özel Hastane	17	81,58	12,31			
	Asm	17	75,30	9,88			
Öz Etkililik	Üniversite	7	56,00	5,53	2,740	0,029	
	Eah	206	58,04	5,76			
	Devlet Hastanesi	17	53,76	12,67			
	Özel Hastane	17	59,05	6,33			
	Asm	17	54,88	7,63			

* p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.14.de doktor kontrolü değişkenine göre tansiyona ilişkin t testi analizi sonuçları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu. Ancak doktor kontrolünde olma durumuna göre öz etkililik puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Ortalamalar incelendiğinde doktor kontrolünde olanların (59,22 ±5,27) öz etkililik ölçeğinden aldıkları puanın doktor kontrolünde olmayanlara (54,60±7,76) oranla daha yüksek olduğu tespit edildi (t=5,144, p=0,000).

Tablo 4.14. Doktor Kontrolü Değişkenine Göre Gruplar Arası Tansiyon Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Doktor Kontrolü	N	Ort.	Ss.	t	p
Sistolik Sabah	Kontrolde Olan	170	133,22	16,10	0,876	0,382
	Kontrolde Olmayan	94	131,40	16,15		
Diyastolik Sabah	Kontrolde Olan	170	79,66	10,31	-0,227	0,821
	Kontrolde Olmayan	94	79,98	12,21		
Sistolik Akşam	Kontrolde Olan	170	132,64	17,51	0,452	0,652
	Kontrolde Olmayan	94	131,64	14,64		
Diyastolik Akşam	Kontrolde Olan	170	78,42	10,23	-0,966	0,335
	Kontrolde Olmayan	94	79,72	10,94		
Öz Etkililik	Kontrolde Olan	170	59,22	5,27	5,144	0,000
	Kontrolde Olmayan	94	54,60	7,76		

* p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.15.de tansiyon aletine sahip olma değişkenine göre tansiyona ilişkin t testi analizi sonuçları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu. Ancak tansiyon aletine sahip olma durumuna göre öz etkililik puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edildi. Ortalamalar incelendiğinde tansiyon aleti olanların (58,06±6,31) öz etkililik ölçeğinden aldıkları puanın tansiyon aleti olmayanlara (53,76,60±7,93) oranla daha yüksek olduğu tespit edildi (t=3,406, p=0,001).

Tablo 4.15. Tansiyon Aletine Sahip Olma Durumuna Göre Gruplar Arası Tansiyon Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Tansiyon Aleti	N	Ort.	Ss.	t	p
Sistolik Sabah	Var	234	132,46	16,37	-0,302	0,763
	Yok	30	133,41	14,10		
Diyastolik Sabah	Var	234	79,73	11,13	-0,177	0,860
	Yok	30	80,11	10,13		
Sistolik Akşam	Var	234	132,38	16,6	0,326	0,745
	Yok	30	131,34	15,41		
Diyastolik Akşam	Var	234	78,88	10,66	-0,021	0,983
	Yok	30	78,92	9,16		
Öz Etkililik	Var	234	58,06	6,31	3,406	0,001
	Yok	30	53,76	7,93		

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.16.da hipertansiyon hastalığının risklerini bilgisine hakim olmasına göre tansiyona ilişkin t testi analizi sonuçları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bulundu. Ancak risk bilgisine sahip olma durumuna göre gruplar arasında öz etkililik puanları açısından anlamlı bir farklılık tespit edildi. Ortalamalar incelendiğinde hipertansiyon risk bilgisine hakim olanların (58,61±7,31) öz etkililik ölçeğinden aldıkları puanın hakim olmayanlara (56,34±5,51) oranla daha yüksek olduğu tespit edildi (t=2,800, p=0,005).

Tablo 4.16. Hipertansiyon Riskleri Bilgisine Göre Gruplar Arası Tansiyon Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Hiper Tansiyon Riski Bilgisine	N	Ort.	Ss.	t	p
Sistolik Sabah	Hakim	144	131,8778	16,24768	-0,770	0,442
	Hakim değil	120	133,4133	15,98131		
Diastolik Sabah	Hakim	144	80,6306	11,08074	1,381	0,169
	Hakim değil	120	78,7550	10,87853		
Sistolik Akşam	Hakim	144	132,6264	16,78964	0,386	0,700
	Hakim değil	120	131,8367	16,26168		
Diastolik Akşam	Hakim	144	79,6292	10,59484	1,258	0,209
	Hakim değil	120	78,0000	10,33353		
Öz Etkililik	Hakim	144	58,6111	7,31424	2,800	0,005
	Hakim değil	120	56,3417	5,51163		

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.17.da diyabet hastalığı durumuna göre tansiyona ilişkin manova analizi sonuçları incelendiğinde, bütünleşik etkide anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi (Pillai's Trace=,065; p=,002 F=4,466 $\eta^2=,065$). Ortalama puanlar incelendiğinde, diyabeti olmayan grubunun tansiyon ölçüm değerlerinin diyabeti olanlara oranla anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 4.17. Diyabet Hastalığına Göre Tansiyon Değerlerinin Tek Yönlü MANOVA Analizi

Ölçüm	Hastalık	N	Ort.	Ss.	F	p	Eta Kare (η^2)
Sistolik Sabah	DM Var	92	134,88	18,89	2,931	0,088	0,011
	DM Yok	172	131,33	14,31			
Diastolik Sabah	DM Var	92	77,74	11,98	4,874	0,028*	0,018
	DM Yok	172	80,86	10,32			
Sistolik Akşam	DM Var	92	134,20	19,55	1,951	0,164	0,007
	DM Yok	172	131,23	14,60			
Diastolik Akşam	DM Var	92	77,23	11,35	3,564	0,060	0,013
	DM Yok	172	79,77	9,915			

Box's M p=0,002; **Pillai's Trace**=0,065; p=0,002; **F**=4,466; **Eta Kare** (η^2)=0,065

Tablo 4.18.de kronik kalp rahatsızlığı durumuna göre tansiyona ilişkin manova analizi sonuçları incelendiğinde, bütünlük etkide gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi (Wilks Lambda=0,980; p=0,253; F=1,346; Eta Kare (η^2)=0,20).

Tablo 4.18. Kronik Kalp Hastalığına Göre Tansiyon Değerlerinin Tek Yönlü MANOVA Analizi

Ölçüm	Hastalık	N	Ort.	Ss.	F	p	Eta Kare (η^2)
Sistolik Sabah	Kalp Hastalığı Var	101	131,90	16,51	0,279	0,598	0,001
	Kalp Hastalığı Yok	163	132,98	15,89			
Diastolik Sabah	Kalp Hastalığı Var	101	78,16	11,07	3,549	0,061	0,013
	Kalp Hastalığı Yok	163	80,77	10,88			
Sistolik Akşam	Kalp Hastalığı Var	101	131,42	17,39	0,423	0,516	0,002
	Kalp Hastalığı Yok	163	132,78	15,99			
Diastolik Akşam	Kalp Hastalığı Var	101	77,77	10,93	1,853	0,175	0,007
	Kalp Hastalığı Yok	163	79,57	10,17			

Box's M p=0,747; **Wilks Lambda**= 0,980; p=0,253; **F**=1,346; **Eta Kare** (η^2)=0,20

Tablo 4.19. da kronik akciğer rahatsızlığı durumuna göre tansiyona ilişkin manova analizi sonuçları incelendiğinde, bütünlük etkide gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi (Pillai's Trace= 0,026; p=0,141; F=1,743; Eta Kare (η^2)=0,026).

Tablo 4.19. Kronik Akciğer Hastalığına Göre Tansiyon Değerlerinin Tek Yönlü MANOVA Analizi

Ölçüm	Hastalık	N	Ort.	Ss.	F	p	Eta Kare (η^2)
Sistolik Sabah	Akciğer Hastalığı Var	92	134,88	18,89	2,889	0,090	0,011
	Akciğer Hastalığı Yok	172	131,33	14,31			
Diastolik Sabah	Akciğer Hastalığı Var	92	77,74	11,98	0,474	0,492	0,002
	Akciğer Hastalığı Yok	172	80,86	10,32			
Sistolik Akşam	Akciğer Hastalığı Var	92	134,20	19,55	2,174	0,142	0,008
	Akciğer Hastalığı Yok	172	131,23	14,60			
Diastolik Akşam	Akciğer Hastalığı Var	92	77,23	11,35	0,984	0,322	0,004
	Akciğer Hastalığı Yok	172	79,77	9,915			

Box's M p=0,009; Pillai's Trace= ,026; p=0,141; F=1,743; Eta Kare (η^2)=0,026

Tablo 4.20.de kronik böbrek hastalığı durumuna göre tansiyona ilişkin manova analizi sonuçları incelendiğinde, bütünleşik etkide gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edildi (Pillai's Trace=0,026; p=0,141; F=1,743; Eta Kare (η^2)=0,026).

Tablo 4.20. Kronik Böbrek Hastalığına Göre Tansiyon Değerlerinin Tek Yönlü MANOVA Analizi

Ölçüm	Hastalık	N	Ort.	Ss.	F	p	Eta Kare (η^2)
Sistolik Sabah	Böbrek Hastalığı Var	92	134,88	18,89	3,771	0,053	0,014
	Böbrek Hastalığı Yok	172	131,33	14,31			
Diastolik Sabah	Böbrek Hastalığı Var	92	77,74	11,98	0,623	,431	0,002
	Böbrek Hastalığı Yok	172	80,86	10,32			
Sistolik Akşam	Böbrek Hastalığı Var	92	134,20	19,55	3,899	0,049	0,015
	Böbrek Hastalığı Yok	172	131,23	14,60			
Diastolik Akşam	Böbrek Hastalığı Var	92	77,23	11,35	0,073	0,787	0,000
	Böbrek Hastalığı Yok	172	79,77	9,915			

Box's M p=0,004; Pillai's Trace= ,022; p=0,219; F=1,447; Eta Kare (η^2)=0,022

Tablo 4.21.e göz atıldığında; katılımcıların sabah ölçülen küçük tansiyonları ($t=3,115$; $p=0,02$) öz etkililik düzeyine göre incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Aritmetik ortalamalar incelendiğinde öz etkililik düzeyi daha yüksek olan grubun ortalamasının ($77,50 \pm 11,19$) öz etkililik düzeyi daha düşük ($81,67 \pm 10,51$) olan gruba kıyasla anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu tespit edildi.

Tablo 4.21. Öz Etkililik Düzeyine Göre Gruplar Arası Tansiyon Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Öz Etkililik Daha Yüksek (n= 120) Ort. ± Ss.	Öz Etkililik Daha Düşük (n= 144) Ort. ± Ss.	t	p
Büyük Tansiyon Sabah	131,23 ±16,447	133,69 ± 15,80	1,240	0,216
Küçük Tansiyon Sabah	77,50 ± 11,19	81,67 ± 10,51	3,115	0,002*
Büyük Tansiyon Akşam	131,41 ± 17,69	132,97 ± 15,51	0,766	0,444
Küçük Tansiyon Akşam	77,00 ± 10,65	80,45 ± 10,12	2,693	0,008

* p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 4.22.de öz etkililik düzeyinin sabah ve akşam ölçülen tansiyon ile ilişkisi incelendiğinde sabah ve akşam ölçülen tansiyon ile arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi. Öz etkililik düzeyi sabah ölçülen diyastolik (r= -0,179, p=0,004) ve akşam ölçülen diyastolik (r= -0,154, p=0,012) ile ters yönlü ilişki düşük düzeyli bir ilişki tespit edildi. Katılımcıların öz etkililik düzeyleri ile diğer tansiyon ölçümleri arasında pearson korelasyon testine göre anlamlı bir ilişki tespit edilemedi.

Tablo 4.22. Öz Etkilik Düzeyi ile Tansiyon Arasındaki İlişki

		Öz Etkililik	Büyük Tansiyon Sabah	Küçük Tansiyon Sabah	Büyük Tansiyon Akşam	Küçük Tansiyon Akşam
Öz Etkililik	Pearson Korelasyon	1	-0,074	-0,179**	-0,026	-0,154*
	Sig. (2-tailed)		0,232	0,004	0,672	0,012
	N	264	264	264	264	264
Sistolik Sabah	Pearson Correlation	-0,074	1	0,531**	0,876**	0,449**
	Sig. (2-tailed)	0,232		0,000	,000	0,000
	N	264	264	264	264	264
Diyastolik Sabah	Pearson Correlation	-0,179**	0,531**	1	0,437**	0,890**
	Sig. (2-tailed)	0,004	0,000		0,000	0,000
	N	264	264	264	264	264
Sistolik Akşam	Pearson Correlation	-0,026	0,876**	0,437**	1	0,477**
	Sig. (2-tailed)	0,672	0,000	0,000		0,000
	N	264	264	264	264	264
Diyastolik Akşam	Pearson Correlation	-0,154*	0,449**	0,890**	0,477**	1
	Sig. (2-tailed)	0,012	0,000	0,000	0,000	
	N	264	264	264	264	264

** . Korelasyonun 0.01 düzeyinde anlamlı olduğunu ifade eder (2-tailed).

* . Korelasyonun 0.05 düzeyinde anlamlı olduğunu ifade eder (2-tailed).

5. TARTIŞMA

Çalışmamızda kadınların çalışmaya katılım oranının yüksek olduğu bulundu. Jian ve arkadaşları (19) tarafından Kuzey Carolina'da yapılan bir çalışmada, 24 aile hekimliği merkezinde hipertansiyon üzerine bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, kadınlarda hipertansiyonun erkeklere göre daha yaygın olduğu ve araştırma grubunda kadınların oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu yüksek kadın katılım oranı, kadınlarda hipertansiyonun yaygınlığının ve özellikle menopoz sonrası 55 yaş üzeri kadınlarda hipertansiyon prevalansının yüksek olmasıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda, erkek hastalarda kan basıncı değerlerinin hafifçe daha yüksek olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu. Arzu Turan Biçer'in 2022'de yaptığı tez çalışmasında ise kadın hastalarda kan basıncının erkek hastalardan hafifçe daha yüksek olduğu (%59,8'e karşı %55,2), ancak bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir. Alsaqabi ve arkadaşlarının (32) 2020 yılındaki çalışmasında ise kadınların hipertansiyon tedavisine erkeklere göre daha uyumlu olduğu görülmüştür. Ayrıca, erkeklerin öz-etkililik ölçeğinden aldıkları puanın kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Bu durum, erkeklerin kendilerine daha fazla zaman ayırabilmesi ve bu nedenle beslenme, egzersiz ve yaşam tarzı değişikliklerine daha kolay uyum sağlayabilmesiyle ilişkilendirilmektedir.

Çalışmamızda, çoğunluğu evli hastalardan oluşan bir örnekleme sahip olduğumuzu gözlemledik. Kan basıncı değerlerinin evli hastalarda hafif düzeyde daha düşük olduğu, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edildi. Daha önce İsviçre'de yapılan "Hipertansiyon ve Sağlıkla İlişkili Hayat Kalitesi" adlı 8000 kişilik bir çalışmada, evli ve bekar bireyler arasında dul bireylere göre tansiyon kontrolünün daha olumlu olduğu saptanmıştır (20). Çalışmamızda bekar bireylerin öz-etkililik ölçeği ortalamasının evli ve boşanmış/dul olanlara göre daha düşük olduğu tespit edildi. Bu durumun nedeninin, evli bireylerin daha düzenli bir yaşam tarzına sahip olması ve eşlerin birbirini sağlıklı yaşam konusunda teşvik etmesi olduğunu düşünebiliriz.

Çalışmamızda, katılımcıların çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu gözlemlendi. Kan basıncı değerleri arasında, okuryazar olmayan katılımcıların diyastolik kan basıncı değerlerinin ortaokul mezunu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu bulundu. Okuryazar olmayan katılımcıların tansiyon ölçümlerini kendilerinin yapamaması, ölçüm sırasında anksiyeteye bağlı tansiyon yüksekliğinin görülmediği düşünülmektedir. Bu çalışmanın eğitim seviyesinin daha dengeli dağıldığı çalışma gruplarında yapılması önerilmektedir. Yapılan bir çalışmada kontrol oranlarının eğitim seviyesiyle ilişkili olmadığı bulunmuştur (29). Çalışmamızda ise öz-etkililik puanları arasında eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Çalışmamızda, hastaların çoğunluğunun gelirin giderine eşit olduğunu ifade etmiştir. Geliri giderinden fazla olanların tansiyon ölçümlerinin genellikle hafif düzeyde daha yüksek olduğu gözlemlenmiş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. İstanbul'da yapılan bir çalışmada, gelir düzeyi yüksek olan grupta kan basıncı kontrol düzeyinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (25). Ayrıca, geliri giderinden az olanların öz-etkililik ölçeği ortalamasının, geliri giderine eşit olanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğunu tespit ettik. Bu durumun nedeni olarak, geliri az olan bireylerin sağlıklı besin ürünlerine ulaşımının sınırlı olması, egzersiz yapma süresi ve maddi kaynakların yetersiz olması, stres düzeyinin daha yüksek olması, düzenli doktor kontrollerine ve ilaç kullanımına düzenli olarak uymada zorluk yaşaması gibi faktörler düşünülebilir.

Çalışmamızda, sigara kullanıp bırakmış hastaların tansiyon ölçümlerinin, aktif olarak sigara içenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu bulunmuştur. Sigaranın, sempatik sinir sisteminin uyarılmasıyla plazma katekolamin düzeyini artırarak kan basıncını yükselttiği bilinmektedir (26). Ambulatuvar kan basıncının izlendiği çalışmalarda, hem normotansif sigara içicilerinde hem de tedavi almayan hipertansif hastalarda sigara içmeyenlere göre daha yüksek günlük kan basıncı değerleri gösterilmiştir (27,28). Bhagavathula ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (24), 5308 hasta üzerinde ilaç tedavisine uyum oranının %41,9 olduğu bildirilmiş ve sigara içmeyenlerde uyum oranının içen hastalardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Sigara içmeyi bırakanların öz-etkililik ölçeği ortalamalarının hiç içmeyenlere göre anlamlı olarak daha yüksek, sigara içmeyenlerin

ise aktif olarak sigara içenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durumu, sigara içmeyi bırakan hastaların sigarayı bırakmanın yanı sıra sağlıklı yaşam tarzını benimsedikleri şeklinde değerlendirebiliriz. Aktif olarak sigara içenlerin ise egzersiz yapma miktarının düşük olduğu, daha stresli bir yaşam sürdükleri, düzenli doktor kontrollerine gitmedikleri ve besinlerinde tuz ve yağ miktarına dikkat etmedikleri şeklinde yorumlayabiliriz.

Düsing'in yaptığı çalışmada, alkol tüketiminin hipertansiyon tedavisinde uyumu zorlaştıran bir faktör olduğu belirtilirken, Bovet ve arkadaşlarının çalışması ise aşırı alkol tüketen hastalarda hipertansiyon tedavisine uyumun daha düşük olduğunu göstermiştir (33,34). Ancak, çalışmamızda alkol kullanımıyla tedaviye uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Bu sonuç, çalışmanın yapıldığı bölgede alkol tüketim oranlarının diğer bölgelere göre çok az olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, alkol kullanımına göre öz-etkililik puanları ortalamasında da anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Çalışmamızda ailesinde HT öyküsü bulunan hastalar ile bu öyküsü olmayan hastalar arasında tansiyon ölçümleri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Atik ve arkadaşlarının (23) HT hastaları üzerinde yaptıkları çalışmada da ailede HT öyküsü varlığı ile hedef kan basıncı kontrolü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Öz-etkililik ölçeği puanı ortalamalarına bakıldığında da ailesinde HT hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu sonuçlar, hipertansiyon hastalarının aile içindeki bireylerin HT durumlarından fazlasıyla etkilenmediklerini göstermektedir. Bu durum, hipertansiyonun tam anlamıyla bir hastalık olarak algılanmamasından kaynaklanmış olabilir.

Viera ve arkadaşlarının (21) yaptıkları çalışmada hipertansiyon değerinin bilinmesi oranı %84 olarak saptanmıştır. Eğitim düzeyi en az lise mezunu olan %74,4'tür. Çalışmamızda ise hipertansiyon değerinin bilinmesi oranı literatürün aksine düşük bulunmuştur. Bu sonucun çalışmanın yürütüldüğü örneklem grubunun eğitim ve sosyo-ekonomik düzey ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Yapılan tansiyon ölçümlerinde ise anlamlı bir fark bulunamamıştır. Öz-etkililik ölçeği puanı ortalamalarına baktığımız zaman yüksek tansiyon değerini bilme ve bilmeme arasında

anamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Kültürel farklılıklardan dolayı tansiyon değerinin bilinirliği değişmiş olabilir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise hastaların kullandığı ilacın adının bilinmesi oranı %25,3 bulunurken (22), çalışmamızda oranın daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlacının adını bilenler ve bilmeyenler arasında tansiyon ölçümleri arasında istatistiksel anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Son yıllarda hipertansiyonaa karşı toplumdaki duyarlılık nedeniyle ilaçların bilinirliği artmış olabilir.

Çalışmamızda tansiyon ölçüm sıklığına göre kan basıncı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde yapılan incelemelerde hipertansif hastalarda düzenli kan basıncı ölçüm sıklığının düşük olduğu ve çoğu hastanın kan basıncını hiç ölçmediği veya sadece şikyetleri olduğunda ölçüm yaptığı görülmüştür. Düzenli kan basıncı ölçümünün düşük oranı, hastaların evde kan basıncı ölçümünün önemini bilmediğini ve hekimlerin hastaları bu konuda özellikle bilgilendirmeleri gerektiğini göstermektedir. Evde yapılan kan basıncı ölçümleri, beyaz önlük etkisine sahip olmadığından önemlidir ve hastanın normal ortamında daha gerçekçi sonuçlar elde edilmesini sağlar. Evde yapılan ölçümler, daha sık ve uzun süreli takip imknı sunar, hastaların aktif katılımını teşvik ederek tedavi uyumunu artırır. Bray ve arkadaşları (35) tarafından yapılan bir meta-analizde, evde yapılan kan basıncı ölçümlerinin kan basıncı kontrol oranlarını anlamlı şekilde artırdığı bulunmuştur.

Çalışmamızda ASM'de takipli olan hastaların devlet hastanesinde takipli olan hastalara göre kan basıncı değerleri istatistiksel olarak anlamlı daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni hastaların aile hekimliğine daha kolay ulaşabilir olması ve kendileri burada daha fazla dile getirebiliyor olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Literatüre baktığımızda aile hekiminin tedavisini genel olarak etkin bulan katılımcıların hipertansiyon tedavi izlemlerini ASM'de yaptırdıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda düzenli doktora gitme durumuna göre tansiyon ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatüre baktığımızda bir çalışmada hastane ziyaret sıklığı arttıķa HT kontrol oranlarının arttığı gösterilmiştir.

Çalışmamızda evinde tansiyon aletine sahip olanlar ve olmayanlar arasında kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Hipertansiyonun yol açabileceği sorunlar hakkında bilgisi olanlarla olmayanların tansiyon ölçümleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bir çalışmada komplikasyonlar konusunda fikri olanlar %62,0 bulunmuştur (30). Demaio ve ark. (31) yapmış olduğu bir çalışmada hastaların %54,2'si yüksek kan basıncının beyin, kalp, böbrek gibi organlara zarar vereceğini düşünmektedir. Çalışmamızda komplikasyonlar hakkında fikri olanların oranı Demaio ile benzer bulunmuştur. Kim ve ark. (37) eğitim aldıktan sonra hipertansiyon hastalarının öz-etkililik düzeylerinin arttığını saptamışlardır.

Çalışmamızda DM hastalığına sahip olanların diyastolik kan basıncı ölçümü olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu. Busnello ve ark. (36)'nın yaptığı çalışmada eşlik eden hastalık bulunması durumunda tedavi uyumlarının arttığı tespit edilmiştir. Bunun nedeni DM gibi kronik ve komplikasyonları olan bir hastalığı olan kişiler ölçüm yapmaya, beslenmesini kontrol altında tutmaya ve hastalığını sıkı takip etmeye daha meyilli oldukları düşünüldü.

Öz-etkililik düzeyi daha yüksek olan grubun kan basıncı, öz-etkililik düzeyi daha düşük olan gruba kıyasla anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Öz-etkililik düzeyi sabah ölçülen diyastolik ve akşam ölçülen diyastolik kan basıncı ile ters yönlü düşük düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Öz-etkililik düzeyi arttıkça tansiyon değerlerinin düşmesi öz-etkililik düzeyinin HT tedavisinde etkili olabileceğini düşündürdü.

Hipertansiyonu olan hastalarda öz-etkililik ölçeği yeni bir ölçek olması sebebiyle henüz içinde kullanılan bir çalışma bulunmamaktadır. Bu yüzden öz-etkililik ölçeğinin içerisinde kullanılan sorularla alakalı çalışmaları inceledik.

Günümüzde HT tedavisinde farmakolojik tedavi ile birlikte aşırı alkol kullanımının azaltılması, sigara kullanımının bırakılması ve düzenli egzersiz gibi davranış değişikliklerine gitmenin, hedef kan basıncına ulaşmadaki önemi vurgulanmaktadır (38) . Yapılan çalışmalar hem ilaç tedavisine uyum oranlarının hem de davranış değişikliklerine uyumun, ideal kan basıncını sağlamada ve HT ilişkili morbiditelerin önlenmesinde etkili olduğunu göstermektedir (39,40) .

Kan basıncı regülasyonunda rol aldığı düşünölen başlıca yaşam tarzı değışiklikleri, fazla kilolu ve şişman kişilerde kilo verme (41,42), potasyum ve kalsiyumdan zengin diyet uygulanması (43,44), diyetle alınan sodyum miktarının azaltılması (43,45), düzenli fiziksel aktivite ve egzersizdir (46,47).

ABD’de yapılan bir çalışmada antihipertansif tedaviye yardımcı olarak kilo verilmesi, stresin azaltılması ve tuz kısıtlaması olarak bildirilmiştir (48) .

Yapılan bir metaanalizde dinamik aerobik dayanıklılık egzersizinin istirahat halindeki SKB’i 3 mmHg, DKB’yi 2,4 mmHg ve gündüz ambulatuvar KB’nı sırasıyla 3,3/3,5 mmHg azalttığı gösterilmiştir (49). Genel olarak bisiklet sürme, yürüyüş, koşu ve yüzme gibi dinamik ve aerobik egzersizlerin KB kontrolünde etkili olduğu bilinmektedir. Buna karşın halter veya vücut geliştirme gibi, izometrik egzersizler ise aksine KB’yi arttırabileceği için önerilmez.

Çanakkale’de 2014 yılında 86 HT hastanın diyetinde 1gr/gün tuz azaltılıp 3 aylık takip sonunda SKB’de 6 mmHg, DKB’de ise 4 mm Hg düşüş olduğu gösterilmiştir (50).

HT ile VKİ arasında doğrusal bir ilişki olduğu bilinmektedir. PatenT çalışmasında hipertansif bireylerde VKİ ortalaması 29,8 kg/m² iken, normotansiflerde bu değerin 25,1 kg/m² olduğu saptanmıştır (51).

Sivas’ta yapılan bir araştırmada da hastaların %67,8’inin hipertansiyon tanısı aldıktan sonra tuz kullanımını kısıtladıkları saptanmıştır (52). Katılımcıların hipertansiyon tanısı aldıktan sonra zeytinyağı kullanımını arttırdıkları; diğör yağların kullanımını ise azalttıkları belirlenmiştir. Hastaların tanı aldıktan sonra bu konuda daha bilinçli davrandıkları söylenebilir. İzmir’de yapılan bir araştırmada, hastaların %78,6’sının hipertansiyon tanısı aldıktan sonra hayvansal yağ tüketimini azalttığı saptanmıştır (53).

Chen ve ark. (54) yaptıkları çalışmada, hipertansiyon ile vitamin A ve E alımının pozitif ve kuvvetli bir ilişkisi olduğunu göstermiştir. Carrero ve ark. (55) yaptıkları çalışmada vitamin B6 ve folik asidi, süte ekleyerek hipertansiyon üzerine etkilerini incelemişler ve istatistiksel açıdan önemli bir etki saptamamışlardır. Block (56)’un yaptığı araştırma, vitamin C alımının hipertansiyon üzerine pozitif ve kuvvetli bir ilişkisi olduğunu göstermiştir.

Davis ve arkadaşlarının (57) yaptığı çalışmada Akdeniz diyeti ile beslenenler ve alışılmış diyetlerini sürdürenler arasında 3 veya 6 ay sonra SKB Değerlerinde düşük anlamlı fark olduğunu belirtmiştir. Schwingshackl ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yağ alımına dikkat eden bireylerin SKB'ya dikkat etmeyen bireylere göre, 2,26 mmHg ve diyastolik kan basıncının (DKB) 1,15 mmHg daha düşük olduğu belirlenmiştir (58). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Öz-etkililik düzeyinin HT tedavisindeki etkinlik göstermesi nedeniyle HT hastalarının takibinde kullanılmasının faydalı olacağı kanısına varılmıştır.



6. SONUÇ

Çalışmamızda sigarayı bırakma, ASM’de takipli olma, kronik hastalık gibi faktörler tansiyon kontrolü üzerine etkili bulunmuştur. Ayrıca kullandığımız hipertansiyon öz-etkililik ölçeğinin faktörleri fiziksel aktivite, düzenli egzersiz, sağlıklı beslenme, tuzdan fakir beslenme, sağlıklı beslenme, ilaçlarını düzenli kullanma, kilo ve stres kontrolü, sigarayı bırakma, alkolü bırakma faktörleri de tansiyon kontrolü üzerine etkilidir.

Tansiyon takibinde yukarıdaki faktörlerin de göz önüne alınması ve bu konuda gerekli bilgi ve eğitimin hastaya verilmesi tansiyon kontrolü açısından hastalara büyük katkı sağlayacaktır.

7. KAYNAKÇA

1. TEMD. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği. 2019.
2. Philip R, Beaney T, Appelbaum N, Gonzalvez CR, Koldewej C, Golestaneh AK, et al. Variation in hypertension clinical practice guidelines: a global comparison. *BMC Med.* 2021;19(1):117.
3. Yurekli AA, Bilir N, Husain MJ. Projecting burden of hypertension and its management in Turkey, 2015-2030. *PLoS One.* 2019;14(9):e0221556.
4. Akbarpour S, Khalili D, Zeraati H, Mansournia MA, Ramezankhani A, Fotouhi A. Healthy lifestyle behaviors and control of hypertension among adult hypertensive patients. *Sci Rep.* 2018;8(1):8508.
5. Sakamoto S. Prescription of exercise training for hypertensives. *Hypertens Res.* 2020;43(3):155-61.
6. Schwingshackl L, Chaimani A, Schwedhelm C, Toledo E, Püsch M, Hoffmann G, et al. Comparative effects of different dietary approaches on blood pressure in hypertensive and pre-hypertensive patients: A systematic review and network meta-analysis. *Crit Rev Food Sci Nutr.* 2019;59(16):2674-87.
7. Bilir N, Çöl M, Kumbasar D. Birinci Basamakta Kronik Hastalıklar Kontrol Programı/Hipertansiyon. Ankara: Onur Matbaacılık Ltd Şti. 2003:21-35.
8. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, et al. [Turkish Hypertension Consensus Report]. *Turk Kardiyol Dern Ars.* 2015;43(4):402-9.
9. Karaeren H, Yokuşoğlu M, Uzun S, Baysan O, Köz C, Kara B, et al. The effect of the content of the knowledge on adherence to medication in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2009;9(3):183-8.
10. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. [2019 Turkish Hypertension Consensus Report]. *Turk Kardiyol Dern Ars.* 2019;47(6):535-46.
11. TEMD. Türkiye Endokrin ve Metabolizma Derneği. 2022.
12. Erci B, Elibol M, Aktürk Ü. Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi.* 2018;26(2):79-92.
13. Yılmaz E. Hipertansiyon kontrolünde teknolojinin rolü. *Journal of Turkish Family Physician.* 2019;10(2):113-7.
14. Büyüköztürk K. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu 1999.
15. Özeren AM. Bursa ilinde görev yapan aile hekimlerinin hipertansiyon yönetimine genel yaklaşımları: Bursa Uludağ University (Turkey); 2022.
16. Akan D, Çaydam ÖD, Pakyüz SÇ. Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi Ve İlaç Tedavisine Uyumun Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2020;23(2):241-9.
17. Arıkan A, Aydın A, Ekerbiçer H, Karaayaç R, Zeytinoğlu Y, Muratdağı G, et al. Hipertansiyon tanısı olan hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi.* 2020;10(Özel Sayı):33-40.

18. Türkoğlu N, Kılıç D. Hipertansiyon Özetkililik Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Turk J Cardiovasc Nurs.* 2021;12(29):190-5.
19. Atila D, Öztürk YK, Barışık V, Çalikoğlu EO. Bir aile hekimliği birimine başvuran hipertansiyon tanılı bireylerin hastalıkla ilişkili bilgi düzeyi ve tutumları. *Journal of Medicine and Palliative Care.* 2021;2(3):66-70.
20. Bardage C., Isacson GL. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2001, 54.2: 172-181.
21. Viera AJ, Cohen LW, Mitchell CM, Sloane PD. High blood pressure knowledge among primary care patients with known hypertension: A North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) Study. *J Am Board Fam Med.* 2008; 21: 300-8.
22. Aypak C, Önder Ö, Dicle M, Yıkılkan H, Tekin H, Görpelioğlu S. Hipertansif hastaların kan basıncı kontrol düzeylerinin ve tedavi uyumlarının değerlendirilmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2013; 38: 224-9.
23. Atik, F., et al., Analysis of the Factors Related to the Blood Pressure Control in Hypertension. *J Coll Physicians Surg Pak*, 2018. 28(6): p. 423-426.
24. Bhagavathula, A.S., S.M. Shah, and E.H. Aburawi, Medication adherence and treatment-resistant hypertension in newly treated hypertensive patients in the United Arab Emirates. *J Clin Med*, 2021. 10(21)
25. Arpacı M, Kardeğoğlu E, Yiğiner Ö, Özmen N, Cingözbay, Bekir Yılmaz Cebeci BS. Comparison of the Treatment Period and Individual Properties of Patients with Hypertension Followed Up in the Two Cottage Hospitals from the Different Social Cultural Subgroups. *TAF Prev Med Bull* 2008;7(4):333–8.
26. Groppelli A, Giorgi DM, Omboni S, Parati G, Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens* Mayıs 1992;10(5):495–9.
27. Bang LE, Buttenschön L, Kristensen KS, Svendsen TL. Do we undertreat hypertensive smokers? A comparison between smoking and non-smoking hypertensives. *Blood Press Monit.* 5(5–6):271–4
28. Verdecchia P, Schillaci G, Borgioni C, Ciucci A, Zampi I, Battistelli M, et al. Cigarette smoking, ambulatory blood pressure and cardiac hypertrophy in essential hypertension. *J Hypertens . Ekim* 1995;13(10):1209–15.
29. Khanal, M.K., et al., Prevalence, associated factors, awareness, treatment, and control of hypertension: Findings from a cross sectional study conducted as a part of a community based intervention trial in Surkhet, Mid-western region of Nepal. *PloS one*, 2017. 12(10): p. e0185806.
30. Shrestha, S., et al., Knowledge, Attitude and Practice on Hypertension Among Antihypertensive Medication Users. *JNMA; journal of the Nepal Medical Association*, 2016. 55(204): p. 86-92.
31. Demaio, A.R., et al., Hypertension and hypertension-related disease in mongolia; findings of a national knowledge, attitudes and practices study. *BMC Public Health*, 2013. 13(1): p. 194.
32. Alsaqabi YS, Rabbani U. Medication adherence and its association with quality of life among hypertensive patients attending primary health care centers in Saudi Arabia. *Cureus.* 2020;12(12):e11853
33. Düsing R. Optimizing blood pressure control through the use of fixed combinations. *Vasc Health Risk Manag.* 2010;6:321-5.

34. Bovet P, Burnier M, Madeleine G, Waeber B, Paccaud F. Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002;80(1):33-9.
35. Bray, E.P., et al., Does self-monitoring reduce blood pressure? Meta-analysis with meta-regression of randomized controlled trials. *Annals of medicine*, 2010. 42(5): p. 371-386.
36. Busnello, R.G., et al., Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic. *Arquivos Brasileiros de cardiologia*, 2001. 76(5): p. 352-354.
37. Kim MT, Song HJ, Han HR, Song Y, Nam S, Nguyen TH, et al. Development and validation of the high blood pressure-focused health literacy scale. *Patient Educ Couns*. 2012;87(2):165-70. doi: 10.1016/j.pec.2011.09.005.
38. Setiadi, A.P., et al., Knowing the gap: medication use, adherence and blood pressure control among patients with hypertension in Indonesian primary care settings. *PeerJ*, 2022. 10: p. e13171.
39. Williams, B., et al., 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*, 2018. 39(33): p. 3021-3104.
40. Pluta, A., et al., Acceptance of Illness and Compliance with Therapeutic Recommendations in Patients with Hypertension. *Int J Environ Res Public Health*, 2020. 17(18).
41. Arıcı M, Birdane A, Güler K ve ark. Türk hipertansiyon uzlaşı raporu. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2015; 43: 402-9.
42. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2013; 34: 2159-219.
43. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, et al. Forthe DASH-Sodium Collaborative Research Group. Effects on bloodpressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. *N Engl J Med* 2001; 344: 3-10.
44. Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, et al. Effects of diet and sodium intake on blood pressure. *Ann Intern Med* 2001; 135: 1019-28.
45. Chobanian AV, Hill M. National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop on Sodium and Blood Pressure: a critical review of current scientific evidence. *Hypertension* 2000; 35: 858-63.
46. Kelley GA, Kelley KS. Progressive resistance exercise and resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2000; 35: 838-43.
47. Taylor-Tolbert NS, Dengel DR, Brown MD, et al. Ambulatory blood pressure after acute exercise in older men with essential hypertension. *Am J Hypertens* 2000; 13: 44-8.
48. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, et al. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. *J Gen Intern Med* 2005; 20: 21925.
49. Cornelissen VA, Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. *Hypertens (Dallas, Tex 1979)*. Ekim 2005;46(4):667-75.
50. Yaprak M. Hipertansiyon ve Kronik Böbrek Yetersizliği Hastalarında Eğitimin Tuz Diyeti Üzerine Etkisinin Araştırılması. Ege üniversitesi; 2013.

51. Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Altun B, Altıparmak MR, vd. A population-based survey of Chronic RENal Disease In Turkey--the CREDIT study. *Nephrol Dial Transplant*. Haziran 2011;26(6):1862–71.
52. Özdemir L, Sümer H, Koçoğlu G, Polat H. Prevalence of hypertension and affecting factors among women at the age of 30 years and over living in the region of Sivas Emek Health House. *Cumhuriyet Med J* 2001; 23 (1): 9-14.
53. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi. *Turk J Card Nur* 2013; 4 (5): 30-40.
54. Chen, J., He, J., Hamm, L., Batuman, V. ve Whelton, P. K. (2002). Serum antioxidant vitamins and blood pressure in the United States Population. *Hypertension*, 40, 810–816.
55. Carrero, J. J., Fonollá, J., Marti, J. L., Jiménez, J., Boza, J. J. ve López– Huertas, E. (2007). Intake of fish oil, oleic acid, folic acid, and vitamin B6 and E for 1 year decreases plasma C–peptide protein and reduces coronary herat disease risk factors in male patients in a cardiac rehabilitation program. *Journal of Nutrition*, 137 (2), 384–390.
56. Block, G. (2002). Ascorbic acid, blood pressure, and the American diet. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 959, 180–187.
57. Davis CR, Hodgson JM, Woodman R (2017) Mediterranean diet lowers blood pressure and improves endothelial function: Results from the MedLey randomized intervention trial. *Am. J. Clin. Nutr.* 105: 1305–1313.
58. Schwingshackl L, Strasser B, Hoffmann G (2011) Effects of monounsaturated fatty acids on cardiovascular risk factors: a systematic review and metaanalysis. *Annals of Nutrition and Metabolism* 59: 176–186.

8. ÖZGEÇMİŞ

A. KİŞİSEL BİLGİLER

Adı soyadı : Gül Özge BABALIOĞLU

Doğum tarihi :

Yabancı dil bilgisi:

Görev yeri:

E-posta adresi:

Telefon:

B. EĞİTİM BİLGİLERİ

Mezun olduğu üniversite/fakülteyi lütfen belirtiniz: Ordu Üniversitesi / Tıp Fakültesi

Mezuniyet tarihini lütfen yıl olarak belirtiniz: 2019

Varsa, akademik ünvanları lütfen belirtiniz: Asistan Doktor

C. İŞ TECRÜBESİNE AİT BİLGİLER

Bugüne kadar çalıştığı kurum/kuruluşları lütfen belirtiniz:

➤ Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

➤ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

D. KLİNİK ARAŞTIRMALARLA İLGİLİ GENEL BİLGİLER

İyi klinik uygulamaları (İKU) ve klinik araştırma konularında eğitim alınmışsa, alınan kurum/kuruluşun adı ve tarihi ile lütfen belirtiniz: Yok

Varsa, araştırmacı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok

Varsa, izleyici (monitör) olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok

Varsa, saha görevlisi olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok

Varsa, araştırma eczacısı olarak katılan klinik araştırmaları lütfen belirtiniz: Yok

9. EKLER

EK-1: ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
06/10/2022 13:41 - E-93471371 - 514.99 - 17013



Sayı : E-93471371-514.99
Konu : E.Kurul – E-22- 1074- Etik Kurul
Kararı

1074 - no'lu çalışma

SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nden **"Hipertansiyon Hastalarının Tansiyon Takibinde Etkisi Olan Faktörlerin Araştırılması"** konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

05/10/2022

Prof. Dr. Uğur KOÇER
Etik Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 031256-8011-1610-88817696234426 — Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Birimi, Hacettepe Mah.
Ulucanlar Cad. No:89 Altındag / ANKARA
Telefon: Faks No: 0312 363-33 96
e-Posta: ayse.ozkull@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ayse.ozkull@saglik.gov.tr

Bilgi için: Ayşe ÖZKUL

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 312) 595 31 89



KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Hipertansiyon Hastalarının Tansiyon Takibinde Etkisi Olan Faktörlerin Araştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	SBÜ Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Sakarya Mah. Ulucanlar Cad.No:89 Altındağ/Ankara
	TELEFON	0312 598 36 00
	FAKS	0312 363-33 96
	E-POSTA	aeahetikkurul06@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. İsmail ARSLAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel Çalışma	a-	<input checked="" type="checkbox"/>	
		a-)Prospektif Gözlemsel(Olgu Kontrol,Kesitsel)	b-	<input type="checkbox"/>	
		b-)Prospektif Çalışma	c-	<input type="checkbox"/>	
		c-)Retrospektif Çalışma			
		FAZ 1			
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>			
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma	<input type="checkbox"/>				
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>				
Diğer ise belirtiniz:					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza:

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hipertansiyon Hastalarının Tansiyon Takibinde Etkisi Olan Faktörlerin Araştırılması					
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>		
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1074/2022	Tarih: 05/10/2022					
	Yukarıda bilgileri verilen SBÜ Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği'nden Doç. Dr. İsmail ARSLAN tarafından yapılması planlanan ve Dr. Gül Özge YILMAZ' ın Tez çalışması olan "Hipertansiyon Hastalarının Tansiyon Takibinde Etkisi Olan Faktörlerin Araştırılması" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU							
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Uğur KOÇER					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Uğur KOÇER	Plastik,Rekonstrüktif ve Estetik Cerrah	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Burcu DUYUR ÇAKIT	Fizik Tıp ve Rehabilitasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hülya BAŞAR	Anestezi ve Reanimasyon	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hatice ÇELİK	Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ağız Yüz ve Çene Cerrahisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Güray SOYDAN	Farmakoloji	Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Pelin Seher ÖZTEKİN	Radyoloji	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Üzm. Dr. Yunus Emre BULUT	Halk Sağlığı	Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Grv.Dr. Seyhan DEMİR KARABULUT	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Başkent Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hipertansiyon Hastalarının Tansiyon Takibinde Etkisi Olan Faktörlerin Araştırılması						
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		-						
Prof. Dr. Nurten ÜNLÜ	Göz Hastalıkları	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Rukiye ÜNSAL SAÇ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Doç. Dr. Aziz Mutlu BARLAS	Genel Cerrahi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Av. Fatma Handenur HENDEK	Avukat	Ankara Barosu/Serbest Avukat	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Müh. Alperen ORHAN	Biyomedikal Mühendisi	S.B.Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
Öğr. Mustafa Sıddık ÖZCAN	Öğretmen	Ankara Kız Anadolu İmam- Hatip Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Uğur KOÇER
İmza:

EK-2: ANKET FORMU

HİPERTANSİYON HASTALARININ TANSİYON TAKİBİNDE ETKİSİ OLAN FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI ANKET FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yürütülen "Hipertansiyon Hastalarının Tansiyon Takibinde Etkisi Olan Faktörlerin Araştırılması" başlıklı bir tez çalışmasıdır. Bu çalışma ile hipertansiyon hastalarının tansiyon takibine etkisi olan faktörleri ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu çalışma aracılığıyla elde edilen veriler gizli kalacaktır ve sadece bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Çalışmaya katılım, gönüllülük esasına dayanır. Bu araştırmada herhangi bir tetkik ve tedavi uygulanmayacaktır. Toplanan veriler sadece bilimsel amaç için kullanılacak olup, kişisel mahremiyetiniz tümüyle korunacaktır. Sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek, size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Anket formundaki tüm soruları içtenlikle cevaplamanızı rica ederiz. Anketi istediğiniz zaman sonlandırabilirsiniz. Verdiğiniz cevaplarla çalışmaya katkılarınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. İsmail ARSLAN

Dr. Gül Özge YILMAZ

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

1. Yaşınız?.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

Erkek Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

Evli Bekar Boşanmış/Dul

4. Mesleğiniz nedir?

5. Eğitim durumunuz nedir?

Okur yazar değilim

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

Yüksek lisans/Doktora

6. Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

- Gelirim giderimden az
- Gelirim giderimle eşit
- Gelirim giderimden fazla

7. Evinizde birlikte yaşadığınız kişiler kimlerdir?

- Tek yaşıyorum.
- Çekirdek ailemle yaşıyorum.
- Geniş ailemle yaşıyorum.
- Diğer:

8. Sigara içiyor musunuz?

- Hayır (Hayatım boyunca sigara içmedim halen içmiyorum.)
- Hayır (Hayatım boyunca içtiğim sigara sayısı 100 taneyi geçmez, halen içmiyorum.)
- Hayatım boyunca içtiğim sigara sayısı 100'den fazladır. Bırakalı (.....) 6 aydan çok / (.....) 6 aydan az oldu ve halen içmiyorum.
- Evet hayatım boyunca içtiğim sigara sayısı 100 adetten fazladır ve halen içiyorum.

9. Alkol kullanıyor musunuz?

- Evet(.....yıldır kullanıyorum.)
- Bıraktım (.....yıldır kullandım.)
- Hayır

10. Tanı konulmuş kronik hastalıklarınız nelerdir?

- Diyabet (Şeker Hastalığı)
- Aterosklerotik Kalp Hastalığı
- Kronik Akciğer Hastalığı
- Kronik Böbrek Hastalığı
- Kronik Karaciğer Hastalığı
- Diğer:

11. Ailenizde sizden başka hipertansiyon hastalığı olan var mı?

- Evet
- Hayır

12. Yüksek tansiyon değerini biliyor musunuz ?

Evet, yüksek tansiyon değeri:

Hayır , bilmiyorum.

13. Kullandığınız tansiyon ilacının/ilaçlarının adını biliyor musunuz?

Evet, biliyorum:

Hayır, bilmiyorum.

14. Tansiyon ölçüm takibinizi ne sıklıkla yaparsınız?

Her gün

Haftada 2-3 defa

Haftada 1 defa

Ayda 1 defa

Hiçbiri

15. Kaç yıldır hipertansiyon hastalığınız var?

16. Takip olduğunuz yer neresi?

Üniversite hastanesi

Eğitim araştırma hastanesi

Devlet hastanesi

Özel hastane

Aile sağlığı merkezi

Diğer:

17. Düzenli olarak doktor kontrolüne gidiyor musunuz?

Evet

Hayır

18. Tansiyon hastalığınızın takibini kim yapar?

Kendim

Diğer:

19. Evde tansiyon aletiniz var mı?

Evet

Hayır

20. Evde tansiyon aletiniz varsa hangi özellikte olanı kullanmaktasınız?

- Dijital
 Manuel

21. Evde tansiyon aletiniz varsa tansiyonunuzu kim ölçer?

- Kendim
 Diğer:

22. Hipertansiyon hastalığının tedavi edilmediği takdirde yol açabileceği sağlık problemlerini biliyor musunuz?

- Evet
 Hayır

23. Daha önceden Hipertansiyon hastalığı ile ilgili eğitim aldınız mı?

- Evet
 Hayır

24. Tansiyon takipleri:

	Büyük Tansiyon	Küçük Tansiyon
1.Gün Sabah		
1.Gün Akşam		
2.Gün Sabah		
2.Gün Akşam		
3.Gün Sabah		
3.Gün Akşam		
4.Gün Sabah		
4.Gün Akşam		
5.Gün Sabah		
5.Gün Akşam		

Hipertansiyonlu kişiler için ortak öneriler aşağıda listelenmiştir. Bu önerilerin sizin için ne kadar uygun olduğunu işaretleyiniz.	HIÇ UYGUN DEĞİL	UYGUN DEĞİL	UYGUN	ÇOK UYGUN
1. Düzenli fiziksel aktivite yaparım				
2. Az işlenmiş gıdalar yerim.				
3. Sodyum içeriği (tuz miktarı) hakkında bilgi alabilmek için besin etiketlerini okurum				
4. Geleneksel çok tuzlu besinleri (KONSERVE ÇORBA GİBİ) az tuzlu besinler ile değiştiririm (Ev yapımı çorba, Taze sebze gibi)				
5. Çok tuzlu çeşnileri sınırlı kullanırım (Ketçap gibi)				
6. Günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketirim (6 gram)				
7. Doymuş yağ miktarı yüksek (kırmızı et, tereyağı vb.) ve trans yağ (katı yağlar, margarinler) içeren besinleri az tüketirim.				
8. Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanırım				
9. Besinler içerisinde doymuş ve trans yağ olup olmadığını etiketlerini okuyarak kontrol ederim				
10. Geleneksel yüksek yağlı yiyecekleri düşük yağlı yiyeceklerle değiştiririm (Yağda kızartılmış tavuk yerine fırınlanmış tavuk gibi)				
11. Yağlardan günlük kalori alımını sınırlandırırım (65 gr.dan az)				
12. Günde beş yada daha fazla porsiyon meyve veya taze sebze tüketirim.				
13. Günlük alkol alım miktarına dikkat ederim (Erkekler için 2 bardaktan bayanlar için 1 bardaktan az olacak şekilde)				
14. Sigara içmemeye çalışırım				
15. Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim				
16. Tansiyon ilaçlarımı alırım				
17. İlaçlarım bittiğinde reçetemi yeniden yazdırırım				
18. Kilomu kontrol altında tutarım				
19. Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmaya çalışırım				
20. Düzenli doktor kontrolüne giderim.				