

EBRU GÜLTEKİN
KÖSE

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS TEZİ

2019



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**HİPERTANSİYON HASTALARINDA AKDENİZ TİPİ BESLENME
VE İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMUN ACİL SERVİSE BAŞVURU
SIKLIĞINA VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

EBRU GÜLTEKİN KÖSE

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2019



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



**HİPERTANSİYON HASTALARINDA AKDENİZ TİPİ BESLENME VE
İLAÇ TEDAVİSİNE UYUMUN ACİL SERVİSE BAŞVURU SIKLIĞINA
VE YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ**

Ebru GÜLTEKİN KÖSE

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

BURSA-2019

T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak sunduğum “Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Tipi Beslenme ve İlaç Tedavisine Uyumun Acil Servise Başvuru Sıklığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi” adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirtir ve beyan ederim.

Adı Soyadı

Ebru GÜLTEKİN KÖSE

Tarih ve İmza

15.10.2019



KABUL VE ONAY

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ebru GÜLTEKİN KÖSE tarafından hazırlanan "Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Tipi Beslenme ve İlaç Tedavisine Uyumun Acil Servise Başvuru Sıklığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu Yüksek Lisans/Doktora tezi ..17../09../2019.....günü, 11:20.....-12:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği/oy çokluğu ile kabul edilmiştir.

Adı-Soyadı

İmza

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Hicran YILDIZ

Üye

Doç. Dr. Aysel ÖZDEMİR

Üye

Dr. Öğretim Üyesi Havva
SERT

Üye

Üye

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Gülşah ÇEÇENER
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

15/10/2019

Adı Soyadı: Ebru GÜLTEKİN KÖSE

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı

Tez Konusu: Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Tipi Beslenme ve İlaç Tedavisine Uyumun Acil Servise Başvuru Sıklığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi

ÖZELLİKLER	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: **Doç. Dr. Hicran YILDIZ**

İmza:



İÇİNDEKİLER

ETİK BEYANI	II
KABUL VE ONAY	III
TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU	IV
TÜRKÇE ÖZET	VII
İNGİLİZCE ÖZET	VIII
1.GİRİŞ	15
2. GENEL BİLGİLER	18
2.1. Hipertansiyonun Tanım.....	18
2.2. Hipertansiyon Risk Faktörleri	18
2.3. Hipertansiyonun Prevalansı	21
2.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	21
2.5. Özel Hipertansiyon Tipleri.....	23
2.6. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi	24
2.7. Hipertansiyonda Tanı.....	24
2.8. Hipertansiyonun Komplikasyonları.....	16
2.9. Hipertansiyonun Tedavisi.....	17
2.10. Hipertansif Aciller	20
2.11. Hipertansiyon ve Beslenme	21
2.12. Hipertansiyon ve İlaç Uyumu.....	22
2.13. Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi.....	25
2.14. Beslenme ve Yaşam Kalitesi	26
2.15. Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Amacı	27
3.2. Araştırmanın Tipi	27
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.5. Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Kriterleri.	27
3.6.Verilerin Toplanması	28
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	29
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	29
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	30
4. BULGULAR	31

5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	41
7. SİMGELER VE KISALTMALAR	65
8. EKLER.....	66
9. TEŞEKKÜR	77
10. ÖZGEÇMİŞ.....	78



TÜRKÇE ÖZET

Çalışma, hipertansiyon hastalarında Akdeniz tipi beslenme ve ilaç tedavisine uyumun acil servise başvuru sıklığına ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Analitik nitelikteki araştırmanın evrenini bir kamu hastanesinin acil servisine başvuran 400 hipertansif hasta, örneklemini bu hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 250 hasta oluşturmuştur. Veriler, genel bilgi formu, Modifiye Morisky Ölçeği, Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED indeksi) ve SF-36 Yaşam Kalitesi (YK) Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, ortalamalar, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Pearson Ki-kare testi ve Yates Ki-kare testi kullanılmıştır. Yaş ortalamaları $58,90 \pm 11,73$ olan olguların $54,8$ 'ü kadındır. Olguların hipertansiyon (HT) tanı süresi ortalama $12,85 \pm 10,75$ 'dir. Olguların son 6 ayda HT acil servise başvuru sayısı ortalama $2,74 \pm 1,86$, genel başvuru sayısı ortalama $4,14 \pm 2,74$ 'tür. Olguların son 1 yılda HT acil servise başvuru sayısı ortalama $5,12 \pm 3,99$, genel başvuru sayısı ortalama $7,26 \pm 5,29$ 'dur. Olguların, KIDMED Ölçeği ortalama puanı $4,86 \pm 2,64$ ve Modifiye Morisky Ölçeği ortalama puanı $4,14 \pm 1,45$ 'dir. Olguların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları en düşük puanın fiziksel rol fonksiyon alt boyutundan ($26,80 \pm 35,23$), en yüksek puanın sosyal fonksiyon alt boyutundan ($59,12 \pm 12,86$) aldığı; fiziksel boyut puanının $39,84 \pm 18,28$, mental boyut puanının $46,65 \pm 14,26$ ve ölçek toplam puanının $43,24 \pm 15,19$ olduğu saptanmıştır. Olguların Akdeniz diyetine uyumunun ve tedaviye uyumunun acil servise başvuru sıklığını etkilemediği saptanmıştır ($p > 0,05$). Olguların Akdeniz diyetine uyumunun ve tedaviye uyumunun yaşam kalitesi etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Hastaların diyet ve tedaviye uyumunun artırılmasının yaşam kalitesini arttıracığı düşünülmektedir. Hastalara diyet ve tedaviye uyumunu arttırmaya yönelik eğitimler yapılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, diyet uyum, tedaviye uyum, acil servise başvuru

İNGİLİZCE ÖZET

The Effect of Mediterranean Nutrition and Medication Compliance on Frequency of Visits to Emergency Department and Quality of Life in Hypertensive Patients

The aim of this study is to determine the effect of Mediterranean nutrition and medication adherence to frequency and quality of life in hypertensive patients. The population of the analytical study consists of 400 hypertensive patients who applied to the emergency department of a public hospital, and the sample includes 250 patients who agreed to participate in the study. Data were collected through the general information form, Modified Morisky Scale, Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED index) and SF-36 Quality of Life Scale. Percentages, averages, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test, Pearson chi-square test and Yates chi-square test were used in the evaluation of the data. The mean age of the participants is $58,90 \pm 11,73$ and 54,8 of them are women. The mean duration of hypertension (HT) diagnosis is $12,85 \pm 10,75$. The mean number of visits to HT emergency department in the last 6 months is $2,74 \pm 1,86$. The average number of applicants is $4,14 \pm 2,74$. The mean number of patients visited to the emergency department in the last year is $5,12 \pm 3,99$, and the mean number of general visits is $7,26 \pm 5,29$. The mean score of the KIDMED Scale is $4,86 \pm 2,64$ and the modified Morisky Scale score is $4,14 \pm 1,45$. The lowest score obtained from the subscales of the quality of life scale obtained from the physical role function subscale ($26,80 \pm 35,23$) and the highest score from the social function subscale ($59,12 \pm 12,86$); physical dimension score is $39,84 \pm 18,28$, mental dimension score was $46,65 \pm 14,26$ and total score of the scale was $43,24 \pm 15,19$. It is determined that the compliance of the patients with the Mediterranean diet and compliance with the treatment do not affect the frequency of visit to the emergency department ($p > 0,05$). It is determined that the compliance of the patients with the Mediterranean diet and compliance with the treatment affects the quality of life ($p < 0,05$). It is considered that increasing the compliance of the patients to the diet and treatment will increase the quality of life. It is suggested that patients should be trained to increase their compliance with diet and treatment.

Keywords: Hypertension, compliance to diet, compliance to treatment, visits to emergency departments

1. GİRİŞ

Hipertansiyon genel olarak tüm hipertansiyon kılavuzlarında sistolik kan basıncının 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının 90 mmHg üzerinde olması şeklinde tanımlanmaktadır. Ek hastalık varlığında, hipertansiyon sınırı değişebilmektedir. Hipertansiyon yalnızca kan basıncı (KB) değerinden ibaret olmayan, kardiyovasküler sistemi etkileyen kompleks bir sendromdur (Alan ve Karabulut, 2016; Dönmez ve ark., 2015).

Hipertansiyon, dünyada önlenabilir risk faktörleri içinde yer alan en önemli risk faktörüdür. 2000 yılı itibari ile dünyada erişkin nüfusun %26,4'ünün hipertansiyonlu olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı öngörülmektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda, hipertansiyon prevalansı %30,3, hipertansiyon farkındalık oranı %54,7 ve antihipertansif kullanım oranı %47,5 olarak bulunmuştur (PATENT2, 2012). Genel popülasyonda hipertansiyon prevalansı %30-45 arasında değişmektedir ve yaşlanmayla birlikte bu oran artmaktadır (ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'nda 65 yaş ve üzeri bireylerin %40'ında hipertansiyon olduğu ve hipertansiyonun en fazla 60-69 yaş grubunda (%85,2) görüldüğü saptanmıştır (PATENT2, 2012).

Hipertansiyonun önlenmesi ve kontrol altına alınmasında, hipertansiyon risk faktörlerinin bilinmesi ve azaltılması son derece önemlidir. Yaşlanma, sigara kullanımı, kolesterol düzeyi yüksekliği, obezite ve/veya diyabet varlığı, ailede hipertansiyon öyküsünün olması, hareketsiz yaşam tarzı hipertansiyon risk faktörleri arasında yer almaktadır (Nandhini, 2014; ASH/ ISH, 2014; Durmaz ve Arslan, 2017).

Hipertansiyon iyi kontrol edilemediğinde, vücuttaki organların fonksiyonlarını ciddi şekilde olumsuz yönde etkileyen bir hastalıktır (Kalan ve Altuntaş, 2007). Hastalar tedaviye uyum göstermediklerinde, hipertansiyon kontrol edilememekte ve kalp yetmezliği, ateroskleroz, merkezi sinir sistemi hastalıkları, böbrek yetmezliği ve göz bozuklukları gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Badır, 2014). Hipertansiyon

hastalarında kan basıncının kontrol altında tutulmasının önemi bilinmesine rağmen, hipertansiyon kontrolü hala istenilen düzeyde sağlanamamaktadır (Banegas, 2006).

Hipertansiyon tedavisinde farmakolojik ve non farmakolojik tedavi yöntemleri kullanılmaktadır. Non farmakolojik yöntemler, beslenme, egzersiz, sigaranın bırakılması, tuz kısıtlaması gibi uygulamaları içermektedir (ASH/ ISH, 2014; Egan ve Stevens-Fabry, 2015)

Beslenme, hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde etkili bir diğer faktördür. Diyetin kalitesi ve içeriği hipertansiyon riskinin azaltılması ve tedavinin etkinliğinin artırılması açısından önemlidir (Castro Quezada ve ark., 2014). Hipertansiyon tedavisinde, hastalara tuz kısıtlı diyet, DASH diyeti (hipertansiyonu durduracak diyet yaklaşımları/ DASH= Dietary Approach to Stop Hypertension) gibi çeşitli diyetler önerilmektedir. Bunlardan biri de, son yıllarda sıklıkla önerilen Akdeniz tipi diyettir (Demirci, 2011; Ünal, 2015). Akdeniz tipi beslenme kırmızı et yönünden az, deniz ürünleri ve zeytin yağlı yemeklerin hakim olduğu bir beslenme türüdür. Et, et ürünleri, tahıllar ve alkol alımının kan basıncı üzerinde olumsuz etki gösterdiği belirtilirken, deniz ürünlerinin olumlu etki gösterdiği vurgulanmaktadır (Psaltopoulou ve ark, 2004). Yapılan çalışmalarda Akdeniz tipi beslenmenin kardiyovasküler hastalıkların mortalite ve insidansının azaltılmasında olumlu etkilerinin olduğu vurgulanmaktadır (Grosso ve ark. 2015).

Hipertansif hastalar arasında, tedaviye uyum sorunları yaygındır (Ren ve ark., 2002). İlaç tedavisine uyumsuzluk, kan basıncı kontrolünün sağlanamamasına ve komplikasyon sayısının artmasına neden olmaktadır (Hacıhasanoğlu Aşlar, 2009). Hastalar genellikle, kullandıkları ilacı bir süre sonra bırakmakta ya da düzensiz şekilde kullanmakta veya ilacı aniden kesmektedir (Mohammadi ve ark., 2002; Hill ve Miller, 2004). Hipertansif hastaların %50'si ilaç kullanımını bırakmakta, %30'u kullanmayıp ilaçlarını arttırmaktadır (TC. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi, 2002). Yapılan çalışmalarda, hastaların hipertansiyon hakkında bilgi eksikliğinin olmasının, unutkanlık, ilacın yan etkisi, ilacın maliyeti ve kullanılan dozun sıklığı, hastanın ilaç tedavisinin kendisine zarar verebileceği hatta ölümüne sebep olacağını düşünmesi, hastanın ilaca bağımlı hale gelebileceğine inanması, kan basıncı normal olduğunda ilacı kullanmanın gereksiz olduğunu düşünme, tedavinin veya ilacın etkili olmadığına inanma, hastanın ilacı

bittiğinde hemen reçete yazdıramaması ya da reçete yazdırmayı ihmal etmesi, ilaç alma saatlerini ayarlayamaması gibi durumların tedaviye uyumu engellediği belirlenmiştir (Cingil ve ark., 2009; Ogedegbe ve ark., 2003; Mohammadi ve ark., 2002; Ünal ve ark., 2005; Demirbağ ve Timur, 2012; Özdemir ve ark., 2016).

Bireyler hipertansiyon tanısı aldıklarında hastalığı kabullenmede zorluk yaşamakta ve hastalığın gerektirdiği yaşam tarzı değişikliklerini benimseme aşamasında problemlerle karşılaşmaktadırlar (Özpancar ve Fesci, 2008). Bu durum, hastaların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Risk altında olan ya da hipertansiyon tanısı almış bireyler, yaşam şekli değişiklikleri ve beslenme alışkanlıklarına dikkat etmedikleri için yüksek tansiyonla acile başvurumaktadırlar. Acil servise hipertansiyon nedeniyle başvuran hastaların sayısı giderek artmaktadır (Satar ve ark., 2003; Taşlıdere ve Avşaroğlu, 2016).

Bu çalışma, hipertansiyon hastalarında Akdeniz tipi beslenme ve ilaç tedavisine uyumun acil servise başvuru sıklığına ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

1.1. Araştırma Hipotezleri

H0: Hipertansiyon hastalarında Akdeniz tipi beslenme ve ilaç tedavisine uyumun acil servise başvuru sıklığını ve yaşam kalitesini etkilemez

H1: Hipertansiyon hastalarında Akdeniz tipi beslenme ve ilaç tedavisine uyumun acil servise başvuru sıklığını ve yaşam kalitesini etkiler

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanım

Hipertansiyon genel olarak tüm hipertansiyon kılavuzlarında sistolik kan basıncının (SKB) 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncının (DKB) 90 mmHg üzerinde olması şeklinde tanımlanır. Arteriyel kan basıncının yükselmesi ile karakterize kronik bir hastalıktır. Ek hastalık durumlarına göre ise bu aralıklar değişebilmektedir. DSÖ, Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) arteriyel hipertansiyon kılavuzu 2013, Birleşik Ulusal Komite (JNC) 7. raporu, America Hipertansiyon Derneği / Uluslararası Hipertansiyon Derneği ASH / ISH 2014 Kılavuzu; Hipertansiyon için sistolik kan basıncının limitini 140 mmHg, diyastolik kan basıncının limitini 90 mmHg olarak kabul etmektedir. Hipertansiyon yalnızca kan basıncı değerinin yükselmesi ile sınırlı olmayıp, kardiyovasküler sistemi etkileyen kompleks bir sendromdur (Alan ve Karabulut, 2016; ASH/ISH, 2014; Dönmez ve ark., 2015; ESH/ESC,2013; JNC, 2014; WHO, 2013).

2.2. Hipertansiyon Risk Faktörleri

Hipertansiyonun gelişimine neden olan çok sayıda risk faktörü bulunmaktadır ve yapılan çalışmalarla birlikte bu risk faktörlerine yenileri eklenmektedir (Erkoç Balız ve Işıklı, 2013). Günümüzde bilinen hipertansiyon risk faktörleri şunlardır (ESH/ESC, 2013):

- Cinsiyet (erkekler riskli grup)
- Yaş (erkekler ≥ 55 yaş, kadınlar ≥ 65 yaş)
- Sigara
- Dislipidemi
- Total kolesterol $\geq 4,9$ mmol/L (190 mg/dL), ve/veya
- Düşük dansiteli lipoprotein kolesterol $> 3,0$ mmol/L (115 mg/dL) ve/veya

- Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol: erkekler < 1,0 mmol/L (40 mg/dL), kadınlar < 1,2 mmol/L (46 mg/dL), ve/veya
- Trigliserid >1,7 mmol/L (150 mg/dL)
- Açlık kan şekeri 5,6-6,9 mmol/L (102-125 mg/dL)
- Normal olmayan glukoz tolerans testi
- Obezite (BKİ \geq 30 kg/m²)
- Abdominal obezite (bel çevresi erkekler \geq 102 cm; kadınlar \geq 88 cm)
- Asemptomatik organ zararı
- Diabetes mellitus
- Mevcut kardiyovasküler veya renal hastalıklar

Hipertansiyonun risk faktörleri genel olarak; kontrol edilebilen ve kontrol edilemeyen faktörler risk faktörleri olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır (Amerikan Kalp Derneği, 2014).

2.2.1. Kontrol edilemeyen risk faktörleri

Ailede hipertansiyon öyküsü: Ailede hipertansiyon öyküsü olan kişilerin kardiyovasküler sisteminde yapısal değişiklikler olduğu bilinmektedir (Duprez, 2008). Youssef ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hipertansiyon hastalığı olan ailelerin hipertansif olmayan ailelere göre, arteriyel sertlik derecelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Youssef ve ark., 2016).

Yaş: Yaşlanma ile birlikte hipertansiyon riski ve görülme sıklığı giderek artmaktadır. (Hacıhasanoğlu Aşlar ve ark., 2014).

İrk: Siyah ırkın beyaz ırka göre daha büyük risk altında olduğu kabul edilmektedir (Lackland, 2014).

Cinsiyet: Kadınlarda hipertansiyon görülme oranı erkeklere göre daha fazladır. Obezite ve diyabet gibi sekonder nedenler tedavi edilse bile, kan basıncının kontrol altına alınma durumu kadınlarda erkeklerden daha düşüktür (Geraci ve ark, 2013).

2.2.2. Kontrol edilebilen risk faktörleri

Beslenme: Sodyumun aşırı düzeyde alımı, yüksek kan basıncı ve kardiyovasküler hastalıkların etiyojisinde rol oynamaktadır. Günlük tuz alımı 6 gramı aşmamalıdır (Badır, 2014). Dünya Sağlık Örgütü tarafından kan basıncı, kardiyovasküler hastalıklar ve inme riskini azaltmak için günlük sodyum alımının 2 gr olası gerektiği önerilmektedir. Ayrıca, alkol kullanımı, aşırı yağlı, meyve ve sebzedden fakir beslenme de hipertansiyon oluşmasında rol oynamaktadır (WHO, 2014).

Egzersiz: Egzersiz, hipertansiyonun önlenmesi ve tedavi edilmesinde önemli bir faktördür. Uygun oranda yapılan fiziksel aktivitenin hipertansiyon insidansının azalması ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir (Kokkinos, 2009). Whelton ve arkadaşlarının yapmış oldukları meta-analiz çalışmasına göre, egzersizin hem hipertansif hem de normotansif kişilerde kan basıncını azalttığı gösterilmiştir. Hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivitenin artırılmasının, yaşam tarzı değişikliğinin önemli bir bileşeni olduğu kabul edilmektedir (Whelton ve ark., 2002).

Obezite: Kilo artışı ile kan basıncı artışının ilişkilidir ve şişmanlık %60-70 oranında hipertansiyon gelişimine neden olmaktadır (Kotchen, 2010). 2011 yılında yapılan bir çalışmada hipertansif hastaların üçte ikisinden fazlasının obez ve fazla kilolu olduğu saptanmıştır (Al-Khalidi, 2011). Ayrıca, bireyin bir kilogram vermesi durumunda, arter basıncında 1,6-1,3 mmHg azalma sağlanabilmektedir (Badır, 2014).

Madde Kullanımı: Aşırı alkol kullanımı artmış hipertansiyon riskiyle ilişkilendirilmektedir (Briasoulis, 2012). Ayrıca, alkol alımı antihipertansif ilaçların etkisini azaltmaktadır. (Badır, 2014).

Sigara: Sigaranın içinde bulunan nikotin maddesinin sempatik sinir sistemini uyarması sonucu epinefrin ve noradrenalin salınımı artmaktadır ve buna bağlı olarak kan basıncı ve nabız artmaktadır (Leone, 2015). Sigara içildikten sonra 30 dakika kadar sonra kan basıncında yükselme meydana gelmekte ve damar endoteli olumsuz yönde etkilenmektedir (Badır, 2014).

Stres: Stres, sempatik sinir sistemi aktivitesini arttırarak kan basıncının artmasına neden olarak hipertansiyon gelişiminde rol oynamaktadır (Simonyi, 2014).

Oral kontraseptif kullanımı: Oral kontraseptif kullanım süresi arttıkça, sistolik ve diyastolik kan basıncı da artmaktadır (Park ve ark., 2013). Bunun nedeni, östrojenin su ve tuz tutulumunu arttırmasıdır (Haroon ve Naveed, 2014).

2.3. Hipertansiyonun Prevalansı

Dünyada önlenabilir risk faktörleri içinde yer alan en önemli risk faktörü hipertansiyondur. 2000 yılı itibari ile dünyada erişkin nüfusun %26,4'ünün hipertansiyon tanısı aldığı ve bu oranın 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı öngörülmektedir. Hipertansiyon sıklığı, 25 yaş ve üzeri bireylerde Afrika bölgesinde %46 ve Amerika'da %35'tir (WHO, 2013). Genel popülasyonda, hipertansiyon prevalansı %30-45 arasında değişmekte ancak yaşlanmayla birlikte bu oran artmaktadır (ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013). Türkiye'de yapılan çalışmalara göre hipertansiyon prevalansı %30,3, hipertansiyon farkındalık oranı %54,7 ve antihipertansif kullanım oranı %47,5 olarak belirlenmiştir (PATENT2, 2012).

2.4. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon, kan basıncı düzeylerine, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk faktörlerinin varlığına ve etiyojisine göre üç grupta sınıflandırılmaktadır (Akın, 2013; Badır, 2014).

2.4.1. Kan basıncına göre sınıflandırma

Ortak Ulusal Komitesi (JNC)-7 Raporu'na ve Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği Raporu'na göre 18 yaş ve üzerindeki yetişkinler için kan basıncının sınıflandırması aşağıdaki şekilde gösterilmiştir (JNC-7, 2003; ESH/ESC, 2013) (Tablo 2.1) (Tablo 2.2).

Tablo 2.1 JNC-7 Raporu'na göre 18 yaş ve üzerindeki yetişkinler için kan basıncının sınıflandırması (JNC-7, 2003)

Kan Basıncı	Sistolik	Diyastolik
Normal	<120	<80
Prehipertansiyon	120-139	80-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	≥160	≥110

Tablo 2.2 ESH/ESC, 2013 Raporu'na göre 18 yaş ve üzerindeki bireyler için hipertansiyon sınıflandırması (ESH/ESC, 2013)

Kategori	Sistolik Kan Basıncı	Diyastolik Kan Basıncı
Optimal	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Yüksek normal	130-139	85-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159	90-99
Evre 2 hipertansiyon	160-179	100-109
Evre 3 hipertansiyon	≥180	≥110
İzole sistolik hipertansiyon	≥140	<90

2.4.2. Etiyolojiye göre sınıflandırma

Hipertansiyon etyolojisine göre, primer (esansiyel) ve sekonder hipertansiyon şeklinde sınıflandırılmaktadır (Nandhini, 2014).

Primer/Esansiyel hipertansiyon: Nedeni tam olarak bilinmeyen hipertansiyon türüdür. Ancak, gelişiminde genetik, çevresel ve davranışsal faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Hipertansiyonlu bireylerin %95'ini oluşturmaktadır (Badır, 2014; Nandhini, 2014)

Sekonder hipertansiyon: Sekonder hipertansiyon, altta yatan bir nedene bağlı olarak gelişen hipertansiyon türüdür. Hipertansiyonlu bireylerin %5-10'unu oluşturmaktadır (Viera ve Neutze, 2010).

Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırılması tabloda gösterilmiştir (Erkoç Balız ve Işıklı, 2013) (Tablo 2.3).

Tablo 2.3 Hipertansiyonun nedene yönelik sınıflandırılması (Erkoç Balız ve Işıklı, 2013)

<p>Primer (Esansiyel, İdiyopatik) HT Nedenleri:</p> <ul style="list-style-type: none">• Genetik Yatkınlık• Aşırı Tuz Tüketimi• Obezite• Artmış Sempatik Aktivite• Renin Anjiyotensin Sisteminin Rolü• Tuz Atılımında Renal Bozukluk• İntrasellüler Sodyum Ve Kalsiyum Artışı• Düşük Doğum Ağırlığı• Aceleci, Sabırsız, Stresli Kişilik Yapısı <p>Arttıran Faktörler</p> <ul style="list-style-type: none">• Aşırı Alkol Alımı• Sigara• Sedanter Hayat• Polisitemi• Nonsteroid Antiinflatuvarlar• Düşük Potasyum Alımı	<p>Sedanter HT Nedenleri:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kronik Piyoleneftit• Akut Ve Kronik Glomerüleneftit• Polikistik Böbrek Hastalığı• Renal Arter Darlığı• Arterioller Nefroskleroz• Diyabetik Nefropeni• Renin Salgılayan Tümörler <p>Endokrin Nedenler:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Oral Kontraseptifler2. Adrenokortikal Hiperfonksiyon<ol style="list-style-type: none">a) Cushing Sendromub) Primer Hiperaldosteronizmc) Konjenital Adrenal Hiperplazi3. Feokromositoma4. Miksödem5. Akromegali6. Hipotiroidi, Hipertiroidi7. Hiperparatiroidi <p>Uyku-Apne Sendromu Nörolojik Nedenler Aorta Koarktasyonu</p>
--	--

2.4.3. Hedef organ tutulumuna göre sınıflandırma

Hipertansiyonun uzun süre kontrol altına alınmaması durumunda bireylerde çeşitli hastalıklar meydana gelmektedir. Bu durum “hedef organ hasarı” olarak adlandırılmaktadır. Hipertansif hastalar A, B ve C risk gruplarına göre değerlendirilmektedir. Risk grubu A’da klinik olarak tanılanan kardiyovasküler hastalık, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur. Risk grubu B’de hastalarda klinik olarak tanılanan kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı bulunmazken diyabet dışında bir veya daha fazla risk faktörü bulunmaktadır. Risk grubu C’de ise klinik olarak tanılanan kardiyovasküler hastalık ve hedef organ tutulumu bulunmaktadır (Cebeci ve ark, 2005).

2.5. Özel Hipertansiyon Tipleri

Beyaz önlük hipertansiyonu, izole sistolik hipertansiyon ve malign hipertansiyon özel hipertansiyon tipleri arasında yer amaktadır (Badır, 2014; Kaplan ve Viktor, 2013).

Beyaz önlük hipertansiyonu: İntra-arteriyel kaydedici ile hastanın 10 ve 15 dakika arasındaki kan basıncı değişiklikleri 48 saat boyunca sürekli izlenip kaydedildiğinde tansiyonu normal bulunan bireylerin, doktor kontrolüne geldiklerinde kan basıncının

yüksek bulunması durumudur (Badır, 2014). Bireylerin çoğunda klinikte ölçülen kan basıncı değerleri, klinik dışında ölçülen kan basıncı değerlerinden yüksektir (Kaplan ve Viktor, 2013).

İzole sistolik hipertansiyon: Sistolik KB'nin 160 mmHg ya da daha fazla ve diyastolik KB'nin 90 mmHg'nin altında olması durumudur (Badır, 2014).

Malign hipertansiyon: Malign Hipertansiyon sistolik kan basıncının aniden 200 mmHg, diyastolik kan basıncının 140 mmHg, ortalama arter kan basıncının 150 mmHg'nin üstüne çıkması durumudur (Badır, 2014).

2.6. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Primer hipertansiyon, dokulara kan akımında, kardiyak output ve ekstrasellüler sıvı hacminde artma ve böbreklerden sodyum atılımında azalma sonucu görülmektedir. Dokulara kan akımında artış ile birlikte arteriyollerde daralma varlığı sonucu periferik vasküler direnç artmakta ve buna bağlı olarak kan basıncında artış görülmektedir (Eddouks ve ark., 2015; Yıldız, 2017).

Sekonder hipertansiyon, kardiyak output ve periferik vasküler dirençte artışa neden olan hastalıklara bağlı olarak görülmektedir. Kalp hızı ve stroke volüm, kan basıncını etkilemektedir. Kan damarlarındaki volüm artışı ve sempatik aktivite, kalp debisini arttırarak kan basıncının artmasına neden olmaktadır. Periferik vasküler direnç artışı da kan basıncında artışa neden olmaktadır (Akın, 2013; Zungur ve Yıldız, 2004).

Kan basıncı (KB) artışındaki yani hipertansiyonun oluşumundaki temel mekanizma şu şekilde formüle edilmektedir (Zungur ve Yıldız, 2004).

$$KB=KD \times PVD= \text{Kalp Hızı (KH) Stroke Volüm (SV) x Vazokonstrüksiyon}$$

2.7. Hipertansiyonda Tanı

Hipertansiyonu olan bireylerde ilk olarak HT tanısını doğrulanmakta ve düzeyi tespit edilmektedir (Akın, 2013; Kaplan ve Viktor 2013). Daha sonra hipertansiyon nedenleri araştırılmaktadır (Braunwald ve ark., 2008). Bu amaçla, KB

ölçümü, tıbbi öykü, fizik muayene, laboratuvar incelemeleri ve ileri tanı testleri ile kardiyovasküler risk, organ hasarı ve klinik özellikler değerlendirilmektedir (Akın, 2013; JNC, 2003). Bunların yanı sıra, bireyin yaşam biçimi de değerlendirilmektedir (JNC, 2003). Hipertansiyon tanısı, anamnez, fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri sonucu konulmaktadır (Baran ve ark., 2012; Erkoç Balız ve Işıklı, 2013; Miller, 2009).

2.7.1. Anamnez

Hipertansiyon tanısı için, öncelikli olarak ailenin tıbbi öyküsü alınmakta, önceki kan basıncı ölçümleri, mevcut olan ya da tedavi edilmiş hastalıkları, hipertansiyon tedavisi için bugüne kadar kullandığı ilaçlar ile sekonder hipertansiyon ve organ hasarına yönelik belirtiler sorgulanmaktadır. Bireylerin beslenme alışkanlıkları, sigara ve alkol kullanım durumu, fiziksel aktivite durumu ve kan basıncını etkileyecek kişisel, psikososyal çevresel ve kültürel konulara ilişkin bilgiler elde edilmektedir (Türk Hipertansiyon Uzlaşma Raporu, 2015; Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000)

2.7.2. Fizik muayene

Fizik muayenede bireyin kan basıncı, boy, kilo, beden kitle indeksi, bel çevresi gibi fiziksel ölçümleri yapılmakta ve kaydedilmektedir. Kardiyovasküler sistemin muayenesi, ritim bozukluğu ve kalp yetersizliğinin olup olmadığı, 3. ve 4. kalp seslerinin incelemesi, ayrıntılı akciğer, batin ve boyun muayenesi, periferik nabız, ödem ve göz dibi muayenesi gerçekleştirilmektedir. Karotis arterlerde üfürüm duyulması aterosklerozun, boyun venlerinde dolgunluk olması sağ kalp yetmezliğinin, böbreklerde büyüme olup olmadığı ya da kitle varlığı sekonder hipertansiyon nedenlerini saptama açısından önemlidir (Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013; Badır, 2014).

KB'nı doğru şekilde tespit etmek için, gerekli ortam ve malzemeler sağlanmalıdır. Ölçüm, doğru bir teknik ile gerçekleştirilmelidir. Ölçümler tekrarlanarak başlangıç değeriyle o anki değer karşılaştırılmalı ve periyodik ölçümlere gerek olup olmadığı belirlenmelidir. Kan basıncı ölçümü hasta sessiz bir ortamda en az beş dakika dinlendikten uygun oda ısısında ve oturur pozisyonda gerçekleştirilmelidir. Ölçüm yapılacak kol çıplak olmalı ve manşon kola sarılmalı ve

kol kalp hizasında olacak şekilde desteklenmelidir (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000). Doğru ve güvenilir veriler elde etmek için tansiyon aletinin manşonunun ebatları hastaya uygun olmalı ve manşon içerisindeki şişen kese kısmı kolun etrafını en az %80 kaplamalıdır. Stetoskop manşonun alt kısmına sıkıştırılmamalı, brakial arter üstüne konumlandırılmamalı, dirsek çukurunda ve rahat şekilde cilde hafif bastırılarak ölçüm yapılmalıdır. Bir el ile radial nabız üzerine konumlandırılmalı ve manşon radial nabzın kaybolduğu sınırın 20-30 mmHg üzerine kadar şişirilmelidir. Manşonun basıncı düşürülmeye başladıktan sonra ses ilk duyulduğundaki belirlenen değer, sistolik kan basıncı olarak kabul edilmektedir. Sesin artık duyulmadığı sırada belirlenen değer ise, diyastolik kan basıncı olarak kabul edilmektedir. Ölçümler en az iki dakika ara ile tekrarlanmalı ve iki ölçümün ortalaması hastanın kan basıncı değeri olarak kabul edilmelidir. İki ölçüm arasındaki değer 5 mmHg' nin üzerinde ise tekrar ölçüm yapılarak, elde edilen verilerin ortalaması hastanın kan basıncı değeri olarak kabul edilmelidir. İlk muayenede her iki koldan ölçüm yapılmalı, değeri yüksek bulunan kan basıncı bireyin tansiyonu olarak kabul edilmelidir (Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu, 2015).

Ev ortamında, bireyin koluna uygun manşona sahip mekanik ya da elektronik ölçüm cihazları kullanılmaktadır. Evde yapılan kan basıncı ölçümleri genellikle 3-7 gün süre ile yapılmaktadır. Sabah ve akşam olmak üzere en az 5 dakika oturur pozisyonda dinlenme sonrası ve ölçüm standartlarına uygun şekilde gerçekleştirilen kan basıncı değerleri not edilmektedir. Evde kan basıncı ölçümü, hipertansif hastaların kan basıncı izleminin yanı sıra, genellikle beyaz önlük hipertansiyonu veya maskeli hipertansiyon tanısının konulmasında da kullanılmaktadır. Ölçüm değerleri ortalaması $\geq 135/85$ mmHg ise, hipertansiyon tanısı konulmaktadır (Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu, 2013).

Ambulatuvar kan basıncı ölçümü, bireyin üzerine yerleştirilen özel bir kan basıncı ölçüm aleti ile 24 saatlik ölçüm elde edilmesi yöntemidir. Hastanın tanı ve takibinde kullanılmaktadır. Bireyin uyku hali dışındaki ambulatuvar kan basıncı ölçüm değerleri ortalaması $\geq 135/85$ mmHg ise, hipertansiyon tanısı konulmaktadır (Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu, 2015).

2.7.3. Laboratuvar incelemeleri

Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC)'nin HT'lu hastalarda uygulanmasını önerdiği laboratuvar incelemelerini şunlardır (ESH/ESC, 2007):

Temel Laboratuvar İncelemeleri

Hemoglobin ve hematokrit	Serum potasyum
İdrar incelemesi	Serum ürik asit
Açlık plazma glukozu	Serum kreatinin
Serum total kolesterol	Kreatinin klirensi veya glomerüler
Serum LDL-kolesterol	filtrasyon hızı
Serum HDL-kolesterol	EKG
Açlık serum trigliseridleri	

Önerilen Testler

Ekokardiyogram	Glukoz tolerans testi (açlık
Karotis ultrasonu	plazma glukozu >5,6 mmol/L
Kantitatif proteinüri (çubuk testi	[100 mg/dL] ise)
pozitifse)	Evde ve 24 saatlik ambulatuvar
Ayak bileği-brakiyal KB indeksi	KB izlemesi
Fundoskopi	Nabız dalgası hızı ölçümü
	(mevcutsa)

Gereğinde Yapılacak Laboratuvar İncelemeleri

Komplike hipertansiyon varlığı düşünüldüğünde, serebral, kardiyak, renal ve vasküler hasara yönelik ek incelemelerin yapılması gerekmektedir.

Öykü, fizik muayene veya rutin testlerde ikincil hipertansiyon olduğu düşündürdüğünde; plazma ve/veya idrarda renin, aldosteron, kortikosteroid, katekolamin düzeyleri, arteriyografi, renal ve adrenal ultrason, bilgisayarlı tomografi ve/veya manyetik rezonans görüntüleme yapılması önerilmektedir.

2.8. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyonun tedavi edilmediği ya da kontrol altına alınmadığında, hayati organları etkileyerek inme, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği, demans, böbrek yetmezliği ve körlük gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir (WHO, 2014). Bu komplikasyonların oluşmaması için, hipertansiyonun kontrol altına alınması son derece önemlidir (Dağ ve Kahraman, 2017).

2.8.1. Kardiyovasküler komplikasyonlar

Hipertansiyon, sol ventrikül miyokard tabakasında sertleşme ve hipertrofi, ateroskleroz, aritmi ve konjestif yetmezliği, artmış talep ile azalmış desteğin bir araya gelmesi sonucu miyokart iskemisine neden olmaktadır (Braunwald ve ark, 2008; Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

2.8.2. Renovasküler komplikasyonlar

Hipertansif kişilerde, renal disfonksiyon, nefroskleroz ve nefrosklerozun ilerlemesiyle plazma kreatinin seviyelerinde yükselme sonucu böbrek yetersizliği gelişebilmektedir (Braunwald ve ark, 2008; Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000; Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu, 2016).

2.8.3. Serebrovasküler Komplikasyonlar

Hipertansiyona bağlı olarak bütün arteriyel damarlarda olduğu gibi beyni besleyen arterlerde de hipertrofi ve yeni damarlanmalar meydana gelmektedir. Bu değişiklikler, beyin dokusunun vasküler yapısında ve kanlanmasında bozulma sonucu inme ve geçici iskemik atak gelişimine neden olmaktadır. Hipertansiyonun kontrol altına alınması, bu olayların görülme sıklığının azalmasına yardımcı olmaktadır (Badır, 2014).

2.8.4. Göz Komplikasyonları

Hipertansiyonun, en önemli göz komplikasyonu retinopatidir. Hipertansiyon, retina damarlarının çapında daralma, retina kanamaları, fokal spazmlar eksüda oluşumu, lokal enfarktüsler ve optik fundusta ödem oluşumuna neden olmaktadır (Badır, 2014).

2.9. Hipertansiyonun Tedavisi

Hipertansiyon tedavisinin amacı; kan basıncının normal düzeylerde tutulması, diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin en aza indirilmesi ya da ortadan kaldırılması ile hedef organ hasarlarının kontrol altına alınması, ateroskleroz oluşumunun önlenmesi ile birlikte hastanın yaşam kalitesinin artırılmasıdır (Tiryakioğlu ve ark., 2012). Hipertansiyon tedavisi, yaşam tarzı değişiklikleri ve nonfarmakolojik tedavi ile farmakolojik tedavi olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır (Şenuzun ve Özer, 2012).

2.9.1. Yaşam tarzı değişiklikleri ve nonfarmakolojik tedavi

Hipertansiyonlu bireylere risk faktörlerini ve hastalığın seyrini kontrol altına almak amacıyla uygun yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir (Arıcı ve ark., 2015). Bu değişikliklerle kullanılan antihipertansiflerin etkileri arttırılarak ek tedaviye olan ihtiyaç azaltılmaktadır (Lip, 2004). İngiliz Hipertansiyon Derneği farmakolojik olmayan yöntemlere ilişkin önerilerini; kilo verilmesi, tuz alımının azaltılması, alkol alımının azaltılması, fiziksel egzersiz, meyve sebze tüketiminin artırılması, yağ tüketiminin azaltılması, sigaranın bırakılması, diyetle doymuş yağ oranının azaltılması, balık yağı kullanımının arttırılması, toplam yağ alımında azalma şeklinde belirtmiştir (Lip, 2004).

Kilo verilmesi: BKİ 27 kg/m²'nin üzerinde olan aşırı kilolu bireylerde, hipertansiyon gelişme riski kilolu olmayan bireylerden daha fazladır (Samur ve Yıldız, 2008). Yağ hücrelerinden salgılanan leptin, hipotalamusa ulaştığında tokluk hissine neden olarak iştahı azaltmakta, metabolik hızı arttırmaktadır. Leptin seviyesinin düşük olması, obezite artışına neden olmaktadır. Adipoz doku tarafından üretilen adinopektin, obezitede azalan bir proteindir. Azalmış adiponektin, renin anjiyotensin aldesteron

sistemini aktive ederek, periferik vazokonstriksiyon, su ve tuz tutulumuna neden olmaktadır. Buna bağlı, bireyde renal disfonksiyon ve hipertansiyon gelişebilmektedir (Mccance ve ark, 2010). Birey tarafından kaybedilen her 10 kilo için kan basıncında 2,5/1,5 mmHg'lık bir düşüş sağlanmaktadır (Lip, 2004).

Günlük alınan tuz miktarının azaltılması: Her 100 mEq/gün sodyum alımı (yaklaşık 6 gram tuz), sistolik kan basıncında 3,5 mmHg'lık, diyastolik kan basıncında da 2,5 mmHg'lık bir artışa neden olmaktadır. Diyetle alınan tuz miktarının azaltılması, hem hipertansiyonun hem de kardiyovasküler hastalığa bağlı mortalite ve morbiditenin önlenmesi açısından önemlidir (Sağlık Bakanlığı Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı, 2011).

Potasyum alımı: Günde 90 mmol potasyum alımı, hipertansif bireylerin sistolik kan basıncında 4,4 mmHg'lık, diyastolik kan basıncında 2,4 mmHg'lık düşmeye neden olmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

Alkol tüketimi: Alkol alımından sonra, kan basıncı akut olarak yükselmekte ve alınan alkol antihipertansif ilaçların etkisini azaltmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000). Günde 3-6 birim alkol alımının %67 oranında azaltılması, sistolik kan basıncında 3 mmHg'lık, diyastolik kan basıncında 2 mmHg'lık düşmeye neden olmaktadır (Gürel, 2009).

Sigara tüketimi: Sigara içildikten sonra kan basıncı ve kalp hızında akut olarak 15 dakikadan uzun süren yükselme meydana gelmektedir. Günde bir paketin üzerinde sigara içen bireylerde, kan basıncındaki bu yükselmeler bireyin sağlığının sürdürülmesi açısından zararlı olabilmektedir (Kaya ve ark., 2009). Sigara, lipid profilinin bozulmasına, insülin direncinin artmasına, sol ventrikül hipertrofisine ve kan damarlarında vazokonstriksiyona, dolayısıyla vazodilatasyonda azalmaya neden olarak kan basıncını artırmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

Fiziksel aktivite: Fiziksel aktiviteden uzak yaşam süren bireylerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fizik aktivitesi olanlara göre %20-50 daha fazladır. Düzenli

egzersiz yapan hipertansif bireylerde sistolik kan basıncında 4-8 mmHg düşme olmaktadır. Düzenli egzersiz damar sertliğinde azalma ve insülin hassasiyetinde artma sağlayarak kan basıncının düşmesinde rol oynamaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

2.9.2. Hipertansiyonun farmakolojik tedavisi

İlaç tedavindeki amaç, kan basıncını kontrol altına almak, yaşam kalitesini arttırmak, morbidite ve mortalite riskini azaltmaktır. Antihipertansif tedavi, serebrovasküler hastalık insidansını %35– 40, kalp krizi insidansını %20–25 ve kalp yetmezliği insidansını %50'den fazla azaltmaktadır (Açıkgöz ve Altıok, 2014; Ünsal ve İnci, 2013). JNC VII Raporu ve ESH/ESC 2013 Kılavuzunda tedaviye başlama sınırı SKB 140 mmHg'nın ve/veya DKB 90mmHg'nin üzerindeki değerler, ASH/ISH Kılavuzunda 80 yaş ve üzeri bireylerde tedaviye başlama sınırı 150/90 mmHg (American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension 2014), JNC-8 Kılavuzunda tedaviye başlama sınırı 60 yaş ve üzerindeki kişilerde 150/90 mmHg olarak kabul etmektedir (Joint National Committee, 2014). Hipertansiyon tedavisinde, genel olarak 5 grup ilaç kullanılmaktadır (Açıkgöz ve Altıok, 2014):

- Diüretikler (D),
- Kalsiyum Antagonistleri (KA),
- Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACEİ),
- Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ARB) ve
- Beta Bloker (BB)

Diüretikler: Hipertansiyon tedavisinde ilk seçenek olarak ve en yaygın şekilde kullanılan antihipertansiflerdir. Diüretiklerin tiazid ve lopp diüretikler olmak üzere iki türü kullanılmaktadır. Loop diüretikler, sodyum tutulumunu sağlarken, potasyum ve bikarbonat atılımını sağlamaktadır. Tiyazid grubu diüretikler ise, potasyumun tutulumunu sağlamaktadır (Açıkgöz ve Altıok, 2014; Blowey, 2016; Ünsal ve İnci, 2013).

Kalsiyum antagonistleri: Miyokard hücresinin depolarizasyonu sırasında hücre membranından kalsiyum girişini engelleyerek ve koroner arter düz kaslarını

gevşeterek oluşturdukları dilatasyonla kan basıncında azalma sağlamaktadır (Açıkgöz ve Altıok, 2014; Laurent, 2017; Ünsal ve İnci, 2013).

Anjiyotensin converting enzim (ACE) inhibitörleri: Anjiyotensin I'ın anjiyotensin II'ye dönüşümünü engelleyerek aldesteron salınımını ve bradikinin yıkılımını azaltmakta, vazodilatasyona ve periferik damar direncinin düşmesine neden olarak kalp debisinde artış sağlamaktadır (Açıkgöz ve Altıok, 2014; Laurent, 2017; Ünsal ve İnci, 2013; Varkl ve ark., 2012).

Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB): Anjiyotensin II reseptörlerine etkileyerek anjiyotensin II salınımını engellemekte, böylece vazodilatasyonla damar hipertrofisini ve sempatik sinir sistemi aktivitesini azaltarak kan basıncını düşürmektedir (Açıkgöz ve Altıok, 2014; Laurent, 2017; Ünsal ve İnci, 2013).

Beta blokerler (BB): Kalp debisini ve renin salınımını azaltarak kan basıncını düşürmektedir (Açıkgöz ve Altıok, 2014; Laurent, 2017; Ünsal ve İnci, 2013).

ESH/ESC kılavuzları, düşük-ortalama kardiyovasküler riske sahip bireylerde tek ilaç, yüksek-çok yüksek riske sahip olan bireylerde ise 2'li antihipertansif ilaç kullanımını önermektedir. Antihipertansif ilaç tedavisine karar verilirken, hastanın bireysel özellikleri, yaşam şekli ve tercihleri, ek hastalıkların varlığı, tedavinin maliyeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi değerlendirilmelidir (Akın,2013; ESH/ESC, 2013). Diüretikler, Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ACEI), Anjiyotensin Reseptör Blokerleri (ARB), kalsiyum kanal blokerleri ya da beta blokerler yaşlı ve genç hastalarda primer hipertansiyon tedavisinde başlangıç tedavisi olarak kullanılmaktadır (Aronow, 2012).

2.10. Hipertansif Aciller

Kan basıncı yüksekliği ile birlikte, akut hedef organ hasarının bulunduğu durumlar hipertansif aciller (hypertensive emergency) olarak adlandırılmaktadır. Hipertansif aciller, sadece hipertansif bireylerde değil normotansif hastalarda da gelişebilmektedir. Normotansif olan bireyin kan basıncında oluşan ani yükseklik ile birlikte hedef organ hasarı saptanması da hipertansif aciller olarak değerlendirilmektedir. Ciddi asemptomatik hipertansiyon ya da hipertansif ivedi

durum (hypertensive urgency) ise kan basıncı $\geq 180/120$ mm/Hg olmasına rağmen akut hedef organ hasarı görülmemesi şeklinde tanımlanmaktadır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu Temd Obezite, 2018).

Risk altında olan ya da hipertansiyon tanısı almış bireyler, yaşam şekli değişiklikleri ve beslenme alışkanlıklarına dikkat etmedikleri için yüksek tansiyonla acile başvurmaktadır. Acil servise hipertansiyon nedeniyle başvuran hastaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Tedavinin doğru bir şekilde sağlanabilmesi için, ilk önce hastanın tansiyonunun doğru bir şekilde ölçülmesi gerekmektedir (Satar ve ark., 2003). Ölçümden sonra öncelikli olan ise, hastanın tansiyonu düşürülürken tedavinin sağlanması ve komplikasyonların önlenmesidir (Taşlıdere ve Avşaroğlu, 2016).

Ciddi kan basıncı yüksekliği ile başvuran hastalar, bulantı, kusma, şuur değişikliği, göğüs ağrısı, dispne gibi bulgular açısından dikkatlice değerlendirilmektedir. Takibi yoğun bakım şartlarında yapılmakta, tedavisi saptanan hipertansif acile bağlı olarak planlanmakta ve tedavide intravenöz ajanlar tercih edilmektedir. Bu hastalarda kan basıncının, birden düşürülmemesine dikkat edilmektedir. Pek çok hipertansif acilde ilk bir saatte kan basıncında %10-20'lik bir düşüş, takiben 24 saat içinde %5-15' lik ek bir düşüş planlanmaktadır. Hedef değerlere ulaşılmasını takiben 8-24 saat içinde oral tedaviye geçilmesi planlanmaktadır. Ancak akut aort disseksiyonu ve akciğer ödeminde kan basıncında daha hızlı ve yüksek bir düşüş sağlanmaktadır. Aort disseksiyonunda sistolik kan basıncının hızla 100-120 mm/Hg altına indirilmesi önerilmektedir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu Temd Obezite, 2018).

2.11. Hipertansiyon ve Beslenme

Hipertansiyon tedavisinde, beslenme tedavinin başarısı açısından önemli bir faktördür. Tedavide beslenme ve ilaç tedavisinin birlikte uygulanması gerekmektedir (Durmaz ve Arslan, 2017). Hipertansiyon tedavisinde, hastalara tuz kısıtlı diyet, DASH diyeti (hipertansiyonu durduracak diyet yaklaşımları/ DASH= Dietary Approach to Stop Hypertension), Akdeniz tipi diyet gibi çeşitli diyetler önerilmektedir. (Demirci, 2011; Ekim, 2018).

Akdeniz tipi diyet ise, kırmızı et yönünden az, deniz ürünleri ve zeytin yağlı yemeklerin hakim olduğu bir beslenme türüdür. Et, et ürünlerinin, tahıllar ve alkol

alımının kan basıncı üzerinde olumsuz etki gösterdiği belirtilirken, deniz ürünlerinin olumlu etki gösterdiği vurgulanmaktadır (Psaltopoulou ve ark, 2004). Soğan ve sarımsağın kan basıncı üzerinde sürekli etkisi bulunmamaktadır (Öksüz, 2004).

Hipertansiyonlu hastalara DASH diyeti de önerilmektedir. DASH diyeti, yağı azaltılmış, sebze ve meyve içeriği bol, orta düzeyde süt ürünleri içeren, lif (posa), potasyum, kalsiyum ve magnezyum yönünden zengin bir diyettir (Al- Solaiman ve ark., 2010; Durmaz ve Arslan, 2017; Saneei ve ark., 2014; Pergola ve Alessandro, 2018). Bu diyet, doymuş yağ asitlerinin ve şeker eklenmiş gıdaların diyetin %10'unu geçmediği bir beslenme şeklidir (Blumenthal ve ark, 2010).

Tuz kısıtlanması, kilo verilmesi ve düzenli egzersiz uygulanması ile antihipertansif ilaçların dozunun ve miktarının da azaltılabileceği bildirilmiştir (Blumenthal ve ark, 2010). Sebze ve meyve ağırlıklı beslenmenin yanında et ve hayvansal kaynaklı proteinlerin de alınması gerektiğinden vejetaryen beslenme, hipertansif hastalarda da önerilmemektedir (Kapoor ve ark., 2015).

2.12. Hipertansiyon ve İlaç Uyumu

Dünya Sağlık Örgütü, uzun dönemli tedaviye uyumu “ bireyin ilaç kullanma, diyetine uyma ve/veya yaşam biçimi değişikliklerini sürdürme davranışı ve sağlık bakım çalışanının önerilerine uyumu” olarak tanımlamaktadır (WHO, 2003). Antihipertansif tedaviye uyumsuzluk, tedavinin etkisini azaltan en önemli faktördür (Lo ve ark, 2016; Piercefield ve ark., 2016). Tedavi uyum, kısaca hastanın başlangıçtan itibaren 12 ay boyunca antihipertansif tedaviye devam etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Waeber, 2000). Hipertansif bireyin demografik özellikleri, hastalıkları, davranışları, ekonomik durumu tedaviye uyumu etkileyen faktörlerdir (MacLaughlin, 2005):

- Demografik özellikler: Yaş, ırk, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, sağlık bilgisi
- Hastalık: Hastalık tipi, süresi ve şiddeti, komplikasyon varlığı, hastaneyi kullanma sıklığı, sağlık bakım sunucularından memnuniyet, bakımın kalitesi
- Tedavi: İlacın dozu, tipi, başka ilaç varlığı, ilaç temini, tedavinin gerektirdiği diyet, yan etki varlığı

- Davranış: Doktor-hasta etkileşimi, hastanın bilgi düzeyi, kavrama durumu, hastalığı ve tedavisi ile ilgili inanışları, bakım sunanın bilgi düzeyi ve inanışları
- Ekonomik özellikler: Ekonomik durum, sağlık sigortası ve sigorta tipi, tedavi ve ilaç fiyatları, hastanın geliri.

Hastaların öncelikli olarak ilaçlarını kullanmaya ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeye istekli olması kan basıncı kontrolünde en önemli ve öncelikli noktalardan biridir (Hacıhasanoğlu Aşlar, 2009). Kan basıncı kontrolünün sağlanması, yüksek düzeyde ilaca uyumun göstergesi olarak kabul edilmektedir (Mohammad, 2016). 2011 yılında yapılan bir diğer çalışmada, eğitilmiş ve sosyal desteğe ihtiyaç duymayan hastaların kan basıncı kontrol oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Chang ve Green, 2011).

Yaş, ilaçların düzenli kullanımını etkileyen bir faktördür. Ünal ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada “yaşlanmanın hipertansiyon tanısının kabul edilmesini kolaylaştıran bir durum olduğu” ve “genç yaşta olanların düzenli ilaç kullanma gereksinimlerini algılamadıkları” bildirilmiştir. Genç yaşta hastaların hastalığı kabul etmesinin zaman aldığından ilaç uyumunda sorunlar olduğu düşünülebilir (Ünal ve ark., 2005). Yaşlılarda ilaç kullanım hataları ve uyum sorunlarını daha fazla yaşanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2000’li yıllarda 600 milyon olan yaşlı sayısının 2025 yılında 1,2 milyar, 2050 yılında da 2 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (WHO, 2018). Demirbağ ve Timur tarafından yapılan bir çalışmada yaşlı hastaların düzenli kullanmama nedenleri, ilaçları bittiğinde ilaçlarını yeniden temin edememe (%26,1), ilaç saatlerini ayarlayamama (%21,2), ilaçlarını içmeyi unutma (%24,0), ilaçların etkisine inanmama (%4,8), ekonomik güçlük nedeniyle ilaçlarını alamama (%4,8) olarak belirlenmiştir (Demirbağ ve Timur, 2012).

Sağlık hizmetinin sunumu ve sağlık profesyonelleri de ilaç tedavisine uyum veya uyumsuzluğu etkilemektedir (Hacıhasanoğlu Aşlar, 2009). Mohammadi ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, hastaların doktora gittiklerinde sadece kendilerine ilaç reçete edildiğini, ilaçları bitince tekrar gelmeleri gerektiğinin söylendiğini, bunun dışında bilgilendirilmediklerini ifade ettikleri belirlenmiştir. Aynı çalışmada, “hastaların ilaç almama gerek yok”, “başım ağrıyınca ilaç alırım” ve

“tansiyonun yükselirse ilaç alırım” gibi tedaviye uyumsuzluğu işaret eden ifadeler kullandıkları saptanmıştır (Mohammadi ve ark., 2002). Yapılan çalışmalarda, hastaların hipertansiyon hakkında bilgi eksikliğinin olmasının, unutkanlık, ilacın yan etkisi, ilacın maliyeti ve kullanılan dozun sıklığı, hastanın ilaç tedavisinin kendisine zarar verebileceği hatta ölümüne sebep olacağını düşünmesi, hastanın ilaca bağımlı hale gelebileceğine inanması, kan basıncı normal olduğunda ilacı kullanmanın gereksiz olduğunu düşünme, tedavinin veya ilacın etkili olmadığına inanma, hastanın ilacı bittiğinde hemen reçete yazdıramaması ya da reçete yazdırmayı ihmal etmesi, ilaç alma saatlerini ayarlayamaması gibi durumların tedaviye uyumu engellediği belirlenmiştir (Cingil ve ark, 2009; Ogedegbe ve ark., 2003; Ünal ve ark., 2005; Demirbağ ve Timur, 2012; Özdemir ve ark., 2016).

Sağlık profesyonelleri hastaları ilaç kullanmaya teşvik etmeli, hastanın eksik ya da yanlış bildiği konularda ona eğitimler vermeli, kan basıncını yakından izlemeli, hipertansiyon kontrolü açısından cesaretlendirmeli ve desteklemelidir (Aypak ve ark., 2013; Hacıhasanoğlu Aşlar, 2009). 2010 yılında yapılan bir çalışmada hastaların çoğunluğunun hekimleriyle olan ilişkilerini çok önemsedikleri, hekim ile iyi iletişim ve ödüllendirici davranışın tedaviye uyumu kolaylaştırdığı bildirilmiştir (Tsiantou ve ark., 2010).

Antihipertansif kullanım uyumlarının artırılması ve hataların önlenmesi için uyumla ilgili problemler değerlendirilip, bakım planları hastalara özel oluşturulmalıdır (Hacıhasanoğlu Aşlar, 2009). Eğitim programlarında en aktif olan eğitmenlerden biri de danışman hemşirelerdir (Fadıloğlu ve Tokem, 2004). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu sağlamada hastaların; hipertansiyon ve ilaçları konusunda düzenli eğitim programlarına katılımının sağlanması, evde kan basıncının nasıl ölçüleceğinin hastaya öğretilmesi, hipertansiyon hastalarına yönelik eğitimsel yayınların sayısının artırılması, tedavi kurallarına titizlikle uyulması, modern ve uzun süreli etkili ilaçların kullanılması önemlidir (Cingil ve ark., 2009).

Hastalara ilaç tedavisi ile ilgili olarak, ilacın etkileri, ilacı almanın önemi, yan etkileri, kullanım talimatı, ne zaman kontrole gelmesi gerektiği (ya da gelmemesi gerektiği), kontrole gelmeden önce sormak istediklerini not etmesi açıklanmalıdır. Hasta kontrole geldiğinde, sormak istediklerini sormaya teşvik edilmeli, anlatılanları

anlayıp anlamadığı değereendirilmeli ve gerekirse tekrar anlatılarak hastanın bilgi eksikliği giderilmelidir (Özkan ve Dökmeci, 2007).

2.13. Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi

Bireyler hipertansiyon tanısı aldıklarında hastalığı kabullenmede zorlanmakta ve hastalığın gerektirdiği yaşam tarzı değişikliklerini benimseme aşamasında problemlerle karşılaşmaktadır (Özpancar ve Fesci, 2008). Zaman içinde günlük yaşam aktiviteleri etkilenmekte ve bu durum hastaların yaşam kalitesini de olumsuz yönde etkilemektedir (Çelik ve Demir, 2008; Özpancar ve Fesci, 2008).

Yaşam kalitesi, bireyin tüm gereksinimlerini karşılaması, yaşamdan doyum alması, sosyal davranışlarda yeterli olması, eğlenmeye zaman ayırması, emosyonel ve fiziki durumunun iyi olması, kişiler arası ilişkilerde iyi olma, benlik saygısının yüksek olması, önceki bilgi ve tecrübelerin tümünü kapsayan bir kavramdır (Talas, 2005). Başka bir ifade ile yaşam kalitesi, kişinin yaşadığı kültür, değerleri, amaçları, standartları ile ilişkili yaşamdaki pozisyonunu algılama olarak tanımlanabilen geniş bir kavramdır (Eser, 2006). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir ve bireyin sağlığı ile doğrudan ilgilidir (Talas, 2005). Kişinin, hastalığı ve uygulanan tedavilerin etkilerini nasıl algıladığı ile ilişkilidir (Eser, 2006). Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, hastalık sürecinin ve tedavinin kişi üzerindeki etkilerini, hastanın bakış açısıyla hastalığın nasıl algılandığını, tedavinin etkinliğini, hastalık boyunca hastanın sosyal, duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını değerlendirmektedir (Şenol ve Türkay, 2006).

Hipertansiyon tanı ve tedavisi başlangıçta bireyin yaşam kalitesini çok etkilemede, ileri evrelerde olumsuz yönde etkilemektedir (Carvaho ve ark., 2013; Erci ve ark., 2018). Hipertansif hastalarda, ilaçların yan etkileri, depresyon, cinsel disfonksiyon, egzersiz yapmama durumu yaşam kalitesini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Çelik ve Demir, 2008). Yapılan çalışmalarda hipertansif olmayan bireylerin hipertansif hastalara göre yaşam kalitelerinin daha yüksek seviyede olduğu belirtilmektedir. (Carvaho ve ark., 2013; Erci ve ark., 2018; Trevisol, 2011).

2.14. Beslenme ve Yaşam Kalitesi

Hipertansif hastalarda tıbbi tedavinin etkin şekilde yapılmasının yanı sıra, diyet, egzersiz gibi sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin yapılması, yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunmaktadır (Özpancar ve Fesci, 2008; Durmaz ve Arslan, 2017). Bireylerin beslenme kalitelerinin artırılması ile hipertansiyon prevalansının azaltılmasına katkıda bulunmaktadır (Hill ve ark., 2004). Hipertansiyonun tedavisi ve kontrolünde sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, sigara ve alkol tüketiminin sınırlandırılması, tuzsuz beslenme gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemli bir yeri vardır. Beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, alkol tüketimi ve sigara kullanımının azaltılması ve fiziksel egzersiz yapma durumunun iyileştirilmesi kan basıncının düşmesini sağlayarak yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunmaktadır (Banegas ve ark., 2006; Çelik ve Demir, 2008).

2.15. Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi

Hipertansif hastalarda, tedaviye uyum yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Holt ve ark., 2010; Şarlı ve Gün, 2011). Holt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tedaviye uyum gösteren hipertansiflerde yaşam kalitesi toplam puanının tedaviye tam uyum göstermeyen bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Holt ve ark., 2010). Şarlı ve Gün'ün hipertansif bireylerde tedaviye uyumu etkileyen faktörleri ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada düzenli ilaç kullananlarda bedensel alan dışında tüm alanlarda ortalama yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu görülmüştür (Şarlı ve Gün, 2011).

Kronik hastalığı olan bireylerde etkin hastalık yönetimi bireylerin acil servislere başvurularının ve yatış oranlarının, hastalığın birey üzerindeki etkilerinin azalmasını ve yaşam kalitesinin artmasını sağlamak açısından önemlidir (Ünal, 2015).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, hipertansiyon hastalarında akdeniz tipi beslenme ve ilaç tedavisine uyumun acil servise başvuru sıklığına ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel ve tanımlayıcı tipte araştırma olarak planlanmış ve gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, 17 Mayıs 2019 - 17 Haziran 2019 tarihleri arasında İstanbul Tuzla Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evren ve örneklemini 17 Mayıs 2019 - 17 Haziran 2019 tarihleri arasında İstanbul Tuzla Devlet Hastanesi Acil Servisi'ne hipertansiyon tanısı ile başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 250 hasta oluşturmuştur.

3.5. Araştırmaya Dahil Olma ve Olmama Kriterleri:

- Dahil edilme kriterleri:
- Araştırmaya katılmayı kabul etme
 - 18 yaşından büyük olma
 - Hipertansiyon tanısı almış olma
 - Lisansı Türkçe olan hastalar

- Araştırmaya katılmayı kabul etmeme
- Dahil edilmeme kriterleri:
- 18 yaşından küçük olma
 - Hipertansiyon tanısı almamış olma
 - Lisansı Türkçe olmayan hastalar

3.6.Verilerin Toplanması

Veriler, genel bilgi formu, Modifiye Morisky Ölçeği, Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED indeksi) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır.

Genel bilgi formu (EK-1): Sosyo-demografik özellikler (Örn: yaş, cinsiyet, öğrenim durumu), sigara ve alkol kullanımı, egzersiz yapma durumu, acil servise başvuru durumu, tanısal özellikler, fiziksel ölçütler, beslenme durumu, tansiyon takibi yapma ve ilaç kullanma gibi özelliklerle ilgili sorular yer almaktadır.

Modifiye Morisky Ölçeği (EK-2): 1986 yılında Morisky, Green ve Levine tarafından antihipertansif ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede aile hekimlerine yardımcı olmak üzere dört soruluk bir anket olarak geliştirilmiştir. Daha sonra, modifiye edilerek iki tane yeni soru eklenmiştir. Vural, Acar, Topsever ve arkadaşları tarafından 2012 yılında ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Vural ve ark, 2012). Ölçek 6 sorudan oluşmakta ve her soru için evet hayır şeklinde cevap içermektedir. Ölçekte 2 ve 5. Sorularda evet 1 puan, hayır 0 puan; diğer sorularda evet 0 puan, hayır 1 puandır. 1,2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, >1 ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir. 3,4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, >1 ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir (Vural ve ark, 2012).

Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED) (EK-3): Akdeniz diyeti kalite indeksi, Serra-Majem ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Serra-Majem ve ark., 2004). Akdeniz diyetinin özelliklerini içeren toplam 16 sorudan (12 olumlu ve 4 olumsuz) oluşmaktadır. Olumlu sorulara evet cevabı verenler +1, olumsuz sorulara evet cevabı verenler ise -1 puan almaktadır. Ölçek toplam puanı 0-12 arasında değişmektedir.

(1) ≥ 8 puan Akdeniz diyeti ne uyumun optimal düzeyde olduğunu (iyi), 4-7 arası puan Akdeniz diyetine uyumun geliştirilmesi gerektiğini (orta), ≤ 3 puan Akdeniz diyetine uyumun çok düşük olduğunu (kötü) olduğunu göstermektedir.

SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK-4): Yaşam Kalitesi Ölçeği SF-36, 1992 yılında Ware ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Ware ve ark, 1992). Ölçek 36 soru ve 8 boyuttan oluşmaktadır. Sekiz boyut; fiziksel fonksiyon (10 madde), fiziksel rol (4 madde), emosyonel rol (3 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), mental sağlık (5 madde), canlılık (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlığı (5 madde) içermektedir. Ölçekte alınan puan 0-100 arasında değişmektedir. Puanlama artıkça yaşam kalitesi de artacak şekilde planlanmıştır. SF-36'nın Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenirlik çalışması 1995 yılında Pınar tarafından yapılmış ve iç tutarlılık katsayısı 0,92 bulunmuştur (Pınar, 1995).

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi (KIDMED indeksi), Modifiye Morisky Ölçeği

Bağımsız Değişkenler: Sosyo-demografik özellikler, sağlık durumuna ilişkin özellikler, hipertansiyona ilişkin özellikler, acile başvuru sıklığı ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, IBM SPSS Statistics 22 (SPSS, Chicago, IL) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro Wilk testi aracılığı ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılım göstermediği saptanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, ortalamalar, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi, Pearson Ki-kare testi ve Yates Ki-kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri 0,05 olarak belirlenmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma öncesi, araştırmanın yapıldığı kurum (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve Tuzla Devlet Hastanesi) ve Uludağ Üniversitesi Sağlık Araştırmaları Etik

Kurulu'ndan izin alınmıştır (EK-5, EK-6). Çalışma boyunca, Helsinki Deklarasyonu'na sadık kalınmış ve araştırmaya katılımında gönüllülük esas alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde yapılmış olması, araştırma sonuçlarının tüm hipertansiyonlu hastalara genellenmesini sınırlamaktadır.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=250)

Değişken Adı		n	%
Yaş (yıl)	(Ort± SS)	58,90±11,73	DA=34,00-90,00
Cinsiyet	Kadın	137	54,8
	Erkek	113	45,2
Yaşamının Büyük Çoğunluğunu Geçirdiği Yer	İl	85	34,0
	İlçe	93	37,2
	Köy	72	28,8
Medeni Durumu	Evli	168	67,2
	Bekar	15	6,0
	Dul	56	22,4
	Boşanmış	11	4,4
Öğrenim Durumu	Okuryazar Değil	16	6,4
	Okuryazar	42	16,8
	İlkokul	61	24,4
	Ortaokul	46	18,4
	Lise	59	23,6
	Üniversite	26	10,4
Meslek	İşsiz	16	6,4
	İşçi	45	18,0
	Ev Hanım	78	31,2
	Emekli	65	26,0
	Memur	23	9,2
	Serbest Meslek	23	9,2
Ailenin Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	31	12,4
	Gelir Gidere Denk	176	70,4
	Gelir Giderden Fazla	43	17,2

Yaş ortalamaları 58,90±11,73 olan olguların 54,8'ü kadındır. %37,2'si yaşamının büyük çoğunluğunu ilçe merkezinde geçirmiştir. Hastaların %67,2'si evlidir. %24'ü ilkokul mezunudur ve %31,2'si ev hanımıdır. %70,4'ü ailesinin gelir durumunu gelir gidere denk olarak tanımlamıştır (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Olguların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=250)

Değişken Adı		n	% veya Dağılım Aralığı
HT Tanı Süresi	Ort± SS	12,85±10,75	1,00-50,00
İlave Tanı	Var	102	40,8
	Yok	148	59,2
HT İlaç Tedavisi	Hayır	16	6,4
	Evet	234	93,6
Kullandığı İlaç Sayısı	Ort± SS	1,11±0,37	DA=1,00-4,00
İlaçları Düzenli Kullanma	Hayır	15	6,4
	Evet	219	93,6
Hekim Tarafından Verilen Diyet Varlığı	Var	193	77,2
	Yok	57	22,8
Diyete Uyuma Durumu (N=193)	Evet	168	87,0
	Hayır	25	13,0
Sigara Kullanımı	Hayır	176	70,4
	Bıraktım	37	14,8
	Evet	37	14,8
Alkol Kullanımı	Hayır	225	90,0
	Bıraktım	15	6,0
	Evet	10	4,0
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Hayır	185	74,0
	Ara Sıra	53	21,2
	Düzenli	12	4,8

Olguların hipertansiyon (HT) tanı süresi ortalama $12,85 \pm 10,75$ 'dir ve %40,8'inin en az bir tane ilave kronik hastalığı vardır. %93,6'si HT için ilaç tedavisi kullanmaktadır ve kullandığı ilaç sayısı ortalama $1,11 \pm 0,37$ 'dir. %93,6'sı ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ifade etmiştir. Olguların %77,2'sinin hekim tarafından verilen diyeti vardır ve bunların %87'si verilen diyete uyduğunu ifade etmektedir. %14'ü sigara ve %4'ü alkol kullanmaktadır. %4,8'i düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Olguların sistolik kan basıncı ortalaması $177,12 \pm 18,29$, diyastolik kan basıncı ortalaması $102,23 \pm 22,20$, Beden Kütle İndeksi (BKİ) ortalaması $28,75 \pm 4,05$ 'tir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Olguların Acil Servise Başvuru Sıklığının Dağılımı (n=250)

Değişken Adı		n	Dağılım Aralığı
Son 6 Ayda HT Nedeniyle Acil Servise Başvuru Sayısı	Ort± SS	2,74±1,86	0,00-15,00
Son 6 Ayda Acil Servise Genel Başvuru Sayısı	Ort± SS	4,14±2,74	0,00-18,00
Son 1 Yılda HT Nedeniyle Acil Servise Başvuru Sayısı	Ort± SS	5,12±3,99	0,00-40,00
Son 1 Yılda Acil Servise Genel Başvuru Sayısı	Ort± SS	7,26±5,29	0,00-40,00

Olguların son 6 ayda HT acil servise başvuru sayısı ortalama $2,74 \pm 1,86$, genel başvuru sayısı ortalama $4,14 \pm 2,74$ 'tür. Olguların son 1 yılda HT acil servise başvuru sayısı ortalama $5,12 \pm 3,99$, genel başvuru sayısı ortalama $7,26 \pm 5,29$ 'dur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Olguların KIDMED Ölçeği, Modifiye Morisky Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=250)

Değişken Adı			Ort± SS	Dağılım Aralığı
KIDMED Ölçeği	Toplam	Ort ±SS	4,86±2,64	0,00-11,00
	Uyum Düzeyi (N,%)	Kötü Orta İyi	83 124 43	33,2 49,6 17,2
Modifiye Morisky Ölçeği	Toplam	Ort ±SS)	4,14±1,45	0,00-6,00
	Bilgi Alt Boyutu	Ort ±SS	2,14±0,82	0,00-3,00
		Düşük Yüksek	48 202	19,2 80,8
	Motivasyon Alt Boyutu	Ort ±SS	2,00±0,96	0,00-3,00
Düşük Yüksek		79 171	31,6 68,4	
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon		40,28±26,14	0,00-100,00
	Fiziksel Rol Fonksiyonu		26,80±35,23	0,00-100,00
	Ağrı		48,68±17,66	0,00-90,00
	Genel Sağlık Algısı		43,60±16,38	5,00-85,00
	Zindelik		48,58±14,53	10,00-80,00
	Sosyal Fonksiyon		59,12±12,86	20,00-90,00
	Mental Rol Fonksiyonu		28,53±39,67	0,00-100,00
	Mental Sağlık		50,38±12,95	4,00-84,00
	Fiziksel Boyut		39,84±18,28	5,00-90,00
	Mental Boyut		46,65±14,26	20,50-80,25
	Yaşam Kalitesi Toplam		14,00-83,38	43,24±15,19

Olguların, KIDMED Ölçeği ortalama puanı $4,86 \pm 2,64$ ve %49,6'sının Akdeniz Diyeti Uyum düzeyinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Olguların Modifiye Morisky Ölçeği ortalama puanı $4,14 \pm 1,45$, bilgi alt boyutu puanı ortalama $2,14 \pm 0,82$, motivasyon alt boyut puanı ortalama $2,00 \pm 0,96$ 'dur. Olguların %19,2'sinin tedaviye uyum ölçeği alt boyutlarından bilgi düzeyi ve %31,6'sının motivasyon düzeyi düşük seviyededir. Olguların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları en düşük puanın fiziksel rol fonksiyon alt boyutundan ($26,80 \pm 35,23$), en yüksek puanın sosyal fonksiyon alt boyutundan ($59,12 \pm 12,86$) olduğu; fiziksel boyut puanının $39,84 \pm 18,28$, mental boyut puanının $46,65 \pm 14,26$ ve ölçek toplam puanının $43,24 \pm 15,19$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4)

Tablo 4.5. Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Akdeniz Diyetine Uyuma ve Tedaviye Uyuma Etkisi (n=250)

Değişken Adı		KIDMED			Modifiye Morisky			
		Kötü	Orta	İyi	Bilgi		Motivasyon	
					Düşük	Yüksek	Düşük	Yüksek
Yaş (yıl)	Orta± SS	60,55±11,83	57,46±11,27	59,86±12,59	60,08±12,86	58,62±11,47	60,32±11,92	58,24±11,62
	Anlamlılık	KW=3,356 p=0,187			U=4572,000 Z=-0,613 p=0,540		U=6239,500 Z=-0,969 p=0,332	
Cinsiyet	Kadın	50	68	19	26	111	35	102
	Erkek	33	56	24	22	91	44	69
	Anlamlılık	*X ² =2,948 p=0,229			**X ² =0,010 p=0,922		*X ² =05,137 p=0,023 ^v	
Yaşamının Büyük Çoğunluğunu Geçirdiği Yer	İl	20	44	21	14	71	18	67
	İlçe	33	47	13	17	76	29	64
	Köy	30	33	9	17	55	32	40
	Anlamlılık	*X ² =8,668 p=0,070			*X ² =1,362 p=0,506		*X ² =9,776 p=0,008 ^v	
Medeni Durumu	Evli	55	83	30	33	135	48	120
	Bekar	4	8	3	2	13	5	10
	Dul	22	27	7	11	45	21	35
	Boşanmış	2	6	3	2	9	5	6
	Anlamlılık	*X ² =3,174 p=0,787			*X ² =0,368 p=0,947		*X ² =2,613 p=0,455	
Öğrenim Durumu	Okuryazar	5	8	3	5	11	4	12
	Değil	18	15	9	7	35	15	27
	Okuryazar	21	32	8	12	49	21	40
	İlkokul	12	28	6	9	37	14	32
	Ortaokul	22	27	10	12	47	21	38
	Lise	5	14	7	3	23	4	22
	Üniversite							
	Anlamlılık	*X ² =9,877 p=0,451			*X ² =2,717 p=0,743		*X ² =4,504 p=0,479	

Tablo 4.5. (Devam) Olguların Sosyodemografik Özelliklerinin Akdeniz Diyetine Uyuma ve Tedaviye Uyuma Etkisi (n=250)

Değişken Adı		KIDMED			Modifiye Morisky			
		Kötü	Orta	İyi	Bilgi		Motivasyon	
					Düşük	Yüksek	Düşük	Yüksek
Meslek	İşsiz	6	7	3	3	13	6	10
	İşçi	16	22	7	13	32	14	31
	Ev Hanım	29	37	12	13	65	21	57
	Emekli	20	33	12	13	52	23	42
	Memur	5	12	6	2	21	5	18
	Serbest Meslek	7	13	3	4	19	10	13
	Anlamlılık	*X ² =3,664 p=0,961			*X ² =4,759 p=0,446		*X ² =4,019 p=0,547	
Ailenin gelir durumu	Gelir giderden az	11	14	6	9	22	14	17
	Gelir gidere denk	63	86	27	35	141	54	122
	Gelir giderden fazla	9	24	10	4	39	11	32
	Anlamlılık	*X ² =4,187 p=0,381			*X ² =4,701 p=0,095		*X ² =3,427 p=0,180	

¥p<0.05 *X²= Pearson ki kare testi **X²= Yates ki kare testi U= Mann Whitney U testi, KW= Kruskal Wallis

Olguların sosyodemografik özelliklerinden tedaviye uyum ölçeğinin motivasyon alt boyutunun cinsiyet ve yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yere göre anlamlı farklılık göstermektedir (p<0.05) (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Olguların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Akdeniz Diyetine Uyuma ve Tedaviye Uyuma Etkisi (n=250)

Değişken Adı		KIDMED			Modifiye Morisky			
		Kötü	Orta	İyi	Bilgi		Motivasyon	
					Düşük	Yüksek	Düşük	Yüksek
HT Tanı Süresi	Ort± SS	14,98±11,46	11,70±9,46	12,04±12,35	15,05±12,29	12,32±10,31	13,46±11,35	12,57±10,48
	Anlamlılık	KW=5,241 p=0,073			U=4278,500 Z=-1,266 p=0,205		U=6480,000 Z=-0,517 p=0,605	
İlave Tanı	Var	23	60	19	21	81	29	73
	Yok	60	64	24	27	121	50	98
	Anlamlılık	*X ² =9,047 p=0,011 ^y			**X ² =0,214 p=0,644		*X ² =0,800 p=0,371	
HT İlaç Tedavisi	Hayır	7	5	4	5	11	6	10
	Evet	76	119	39	43	191	73	161
	Anlamlılık	*X ² =2,338 p=0,311			**X ² =0,878 p=0,349		**X ² =0,061 p=0,805	
Kullandığı İlaç Sayısı	Ort± SS	1,09±0,40	1,13±0,36	1,11±0,32	1,06±0,24	1,13±0,39	1,08±0,28	1,13±0,40
	Anlamlılık	KW=1,627 p=0,443			U=4572,000 Z=-1,139 p=0,254		U=6556,000 Z=-0,694 p=0,487	
İlaçları Düzenli Kullanma	Hayır	5	11	5	9	12	13	8
	Evet	78	113	38	39	190	66	163
	Anlamlılık	*X ² =1,227 p=0,541			**X ² =6,690 p=0,010 ^y		**X ² =8,270 p=0,004 ^y	
Hekim Tarafından Verilen Diyet Varlığı	Var	67	92	34	38	155	64	129
	Yok	16	32	9	10	47	15	42
	Anlamlılık	*X ² =1,307 p=0,520			**X ² =0,029 p=0,865		**X ² =0,663 p=0,415	
Diyete Uyuma Durumu (N=193)	Evet	54	86	28	27	141	44	124
	Hayır	13	6	6	11	14	20	5
	Anlamlılık	X ² =6,511 p=0,039 ^y			**X ² =9,041 p=0,003 ^y		**X ² =26,053 p=0,000 ^y	
Sigara Kullanımı	Hayır	69	77	30	30	146	55	121
	Bıraktım	5	24	8	7	30	11	26
	Evet	9	23	5	11	26	13	24
	Anlamlılık	*X ² =11,954 p=0,018 ^y			*X ² =3,173 p=0,205		*X ² =0,284 p=0,868	

Tablo 4.6. (Devam) Olguların Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerin Akdeniz Diyetine Uyuma ve Tedaviye Uyuma Etkisi (n=250)

Değişken Adı		KIDMED			Modifiye Morisky			
		Kötü	Orta	İyi	Bilgi		Motivasyon	
					Düşük	Yüksek	Düşük	Yüksek
Alkol Kullanımı	Hayır	76	109	40	39	186	68	157
	Bıraktım	5	8	2	4	11	7	8
	Evet	2	7	1	5	5	4	6
	Anlamlılık	*X ² =1,965 p=0,742			*X ² =7,159 p=0,028 [‡]		*X ² =2,099 p=0,350	
Düzenli Egzersiz Yapma Durumu	Hayır	68	86	31	41	144	65	120
	Ara Sıra	12	33	8	5	48	10	43
	Düzenli	3	5	4	2	10	4	8
	Anlamlılık	*X ² =6,929 p=0,140			*X ² =4,354 p=0,113		*X ² =5,061 p=0,080	
Sistolik Kan Basıncı	Ort± Ss	177,98±20,56	177,41±17,60	174,65±15,56	176,14±20,11	177,36±17,87	174,94±19,01	178,13±17,91
	Anlamlılık	KW=1,194 p=0,550			U=4598,500 Z=-0,559 p=0,576		U=6228,500 Z=-0,998 p=0,318	
Diyastolik Kan Basıncı	Ort± Ss	108,55±25,90	101,05±20,27	93,44±15,71	102,12±19,70	102,26±22,80	101,96±25,00	102,36±20,86
	Anlamlılık	KW=16,695 p=0,000 [‡]			U=4841,000 Z=-0,016 p=0,988		U=6506,500 Z=-0,469 p=0,639	
BKİ	Ort± Ss	29,48±4,51	28,67±3,88	27,56±3,26	28,20±3,49	28,87±4,16	28,54±4,12	28,84±4,02
	Anlamlılık	KW=5,153 p=0,076			U=4340,500 Z=-0,914 p=0,361		U=6205,000 Z=-0,880 p=0,379	

[‡]p<0.05 *X²= Pearson ki kare testi **X²= Yates ki kare testi U= Mann Whitney U testi, KW= Kruskal Wallis

Olguların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinden ilave tanı varlığının, sigara kullanımının ve diyastolik kan basıncının Akdeniz diyetine uyumu; ilaçları düzenli kullanma durumunun, diyete uyma durumunun ve alkol kullanma durumunun tedaviye uyum ölçeğinin bilgi düzeyini; ilaçları düzenli kullanma durumunun ve diyete uyma durumunun tedaviye uyum ölçeğinin motivasyon düzeyini etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Olguların Akdeniz Diyetine Uyumunun ve Tedaviye Uyumunun Acil Servise Başvuru Sıklığına Etkisi (n=250)

Değişken Adı		KIDMED			Modifiye Morisky			
		Kötü	Orta	İyi	Bilgi		Motivasyon	
					Düşük	Yüksek	Düşük	Yüksek
Son 6 Ayda HT Nedeniyle Acil Servise Başvuru Sayısı	Ort± SS	2,45±1,57	2,89±1,90	2,86±2,17	2,95±2,26	2,69±1,75	2,54±1,67	2,83±1,93
	Anlamlılık	KW=4,754 p=0,093			U=4703,500 Z=-0,330 p=0,742		U=6140,500 Z=-1,187 p=0,235	
Son 6 Ayda Acil Servise Genel Başvuru Sayısı	Ort± SS	3,81±2,13	4,23±2,80	4,48±3,49	4,77±3,49	3,99±2,51	4,34±2,99	4,04±2,62
	Anlamlılık	KW=1,336 p=0,513			U=4367,500 Z=-1,083 p=0,279		U=6368,000 Z=-0,738 p=0,461	
Son 1 Yılda HT Nedeniyle Acil Servise Başvuru Sayısı	Ort± SS	4,93±3,37	5,19±4,39	5,25±3,99	5,50±3,81	5,02±4,04	5,03±3,93	5,15±4,04
	Anlamlılık	KW=0,437 p=0,804			U=4553,500 Z=-0,660 p=0,509		U=6393,500 Z=-0,685 p=0,493	
Son 1 Yılda Acil Servise Genel Başvuru Sayısı	Ort± SS	6,98±4,30	7,46±5,76	7,23±5,71	8,70±6,62	6,92±4,88	7,56±5,62	7,12±5,14
	Anlamlılık	KW=0,180 p=0,914			U=4354,500 Z=-1,101 p=0,271		U=6581,500 Z=-0,327 p=0,744	

†p<0.05, KW=Kruskal Wallis testi, U= Mann Whitney U Testi

Olguların Akdeniz diyetine uyumunun ve tedaviye uyumunun acil servise başvuru sıklığını etkilemediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Olguların Akdeniz Diyetine Uyumunun ve Tedaviye Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisi (n=250)

Değişken Adı		KIDMED			Modifiye Morisky				
		Kötü	Orta	İyi	Bilgi		Motivasyon		
					Düşük	Yüksek	Düşük	Yüksek	
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Fiziksel Fonksiyon	Ort± SS	31,80±27,23	44,11±24,51	45,58±25,10	34,68±29,59	41,60±25,15	36,58±28,30	41,98±24,98
		Anlamlılık	KW=15,163 p=0,001 ^y			U=3934,500 Z=-2,034 p=0,042		U=5727,000 Z=-1,938 p=0,053	
	Fiziksel Rol Fonksiyonu	Ort± SS	22,59±32,57	25,40±33,28	38,95±43,06	32,81±36,15	25,37±34,95	31,64±34,36	24,56±35,50
		Anlamlılık	KW=4,322 p=0,115			U=4228,500 Z=-1,503 p=0,133		U=5687,500 Z=-2,192 p=0,028	
	Ağrı	Ort± SS	45,42±20,55	48,79±16,20	54,65±14,03	48,75±20,89	48,66±16,86	51,51±19,81	47,36±16,47
		Anlamlılık	KW=9,827 p=0,007 ^y			U=4787,500 Z=-0,137 p=0,891		U=5772,000 Z=-1,885 p=0,059	
	Genel Sağlık Algısı	Ort± SS	39,03±15,89	42,54±14,65	55,46±16,71	40,93±17,58	44,23±16,06	46,01±15,79	42,48±16,56
		Anlamlılık	KW=27,378 p=0,000 ^y			U=4371,500 Z=-1,063 p=0,288		U=5866,000 Z=-1,679 p=0,093	
	Zindelik	Ort± SS	47,46±14,78	46,93±14,83	55,46±11,06	49,79±14,76	48,29±14,50	52,02±12,69	46,98±15,08
		Anlamlılık	KW=10,648 p=0,005 ^y			U=4341,000 Z=-1,134 p=0,257		U=5257,000 Z=-2,837 p=0,005 ^y	
	Sosyal Fonksiyon	Ort± SS	58,07±13,92	61,29±12,42	54,88±10,77	57,91±15,01	59,40±12,32	57,97±12,94	59,64±12,82
		Anlamlılık	KW=9,927 p=0,007 ^y			U=4528,500 Z=-0,731 p=0,465		U=6251,000 Z=-0,976 p=0,329	

Tablo 4.8. (Devam) Olguların Akdeniz Diyetine Uyumunun ve Tedaviye Uyumunun Yaşam Kalitesine Etkisi (N=250)

Değişken Adı		KIDMED			Modifiye Morisky				
		Kötü	Orta	İyi	Bilgi		Motivasyon		
		Ort± SS			Düşük	Yüksek	Düşük	Yüksek	
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Mental Rol Fonksiyonu	Ort± SS	19,27±33,38	27,95±38,10	48,06±48,41	34,02±40,96	27,22±39,35	35,44±39,70	25,34±39,37
		Anlamlılık	KW=10,693 p=0,005 [†]			U=4301,500 Z=-1,382 p=0,167		U=5623,000 Z=-2,424 p=0,015 [†]	
	Mental Sağlık	Ort± SS	47,46±12,59	49,48±13,40	58,60±8,41	50,00±14,38	50,47±12,62	50,73±11,21	50,22±13,71
		Anlamlılık	KW=24,735 p=0,000 [†]			U=4734,500 Z=-0,253 p=0,800		U=6592,000 Z=-0,307 p=0,759	
	Fiziksel.Boyut	Ort± SS	34,71±19,48	40,21±16,54	48,66±17,54	39,29± 21,90	39,96± 17,37	41,43± 19,98	39,10± 17,45
		Anlamlılık	KW=24,458 p=0,000 [†]			U=6330,500 Z=-0,798 p=0,425		U=4617,500 Z=-0,512 p=0,609	
	Mental Boyut	Ort± SS	43,07±12,65	46,41±13,73	54,25±16,04	47,93±14,28	46,35±14,28	49,04± 13,68	45,55± 14,43
		Anlamlılık	KW=13,111 p=0,001 [†]			U=4366,500 Z=-1,069 p=0,285		U=5502,500 Z=-2,356 p=0,018 [†]	
	YK Toplam	Ort± SS	38,89±15,32			43,31±13,90		51,45±15,42	
		Anlamlılık	KW=24,222 p=0,000 [†]			U=4617,500 Z=-0,512 p=0,609		U=6330,500 Z=-0,798 p=0,425	

[†]p<0.05 U= Mann Whitney U testi, KW= Kruskal Wallis

Olguların Akdeniz diyetine uyumunun yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyon hariç, tüm alt boyutlarını ve toplam puanını etkilediği saptanmıştır. Olguların tedaviye uyum ölçeğinin bilgi alt boyutunun yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutunu etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). Tedaviye uyum ölçeğinin motivasyon alt boyutunun yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyon, zindelik, mental rol fonksiyon alt boyutlarını ve mental boyutunu etkilemektedir ($p<0,05$) (Tablo 4.8).



5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Çalışmamızdan elde edilen bulgular sosyodemografik özellikler, sağlık durumuna ilişkin özellikler, acil servise başvuru sıklığı, Akdeniz diyetine uyum, tedaviye uyum başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1.Sosyodemografik ve Genel Özellikler

Çalışmamızda, hipertansif hastaların yaş ortalamalarının $58,90 \pm 11,73$ olduğu saptanmıştır. 2010-2014 yılları arasında yürütülen TEKHARF çalışmasında hipertansif hastaların çoğunun 50 yaş ve üzerinde olduğu bulunmuştur (Onat ve ark., 2011). Gün ve Korkmaz'ın yaptığı çalışmada, hipertansif hastaların çoğunun 50 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir (Gün ve Korkmaz, 2014). Cingil ve arkadaşları tarafından Karaman ilinde gerçekleştirilen çalışmada ise hipertansiflerin %70,1'inin 50 yaş ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Cingil ve ark., 2009). Tümer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hipertansif hastaların yaş ortalamasının $59,45 \pm 11,50$ olduğu saptanmıştır (Tümer ve ark., 2016). Göçgeldi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, olguların yaş ortalamasının $51,4 \pm 14,9$ yıl olduğu belirlenmiştir (Göçgeldi ve ark, 2008). Çalışma bulgularımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, hipertansif hastaların %54,8'ünün kadın olduğu saptandı. Cingil ve arkadaşlarının çalışmasında hipertansif hastalar arasında kadınların oranının erkeklere göre üç kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Cingil ve ark., 2009). Dalak ve Altıok'ın yaptığı çalışmada, hipertansif hastaların çoğunu kadınların oluşturduğu belirlenmiştir (Dalak ve Altıok, 2010). Tümer ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada olguların %54,4'ünün kadın olduğu belirlenmiştir (Tümer ve ark, 2016). Çalışma bulgularımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların %37,2'sinin yaşamının büyük çoğunluğunu ilçe merkezinde geçirdiği belirlenmiştir. Bu durumun, çalışmanın yapıldığı yerin ilçe merkezinde olmasından ve ilçe hastanelerine nazaran daha büyük ve donanımlı bir acil servis olması nedeniyle bireylerin acil durumlarda ilk tercih ettiği yerlerden biri

olmasından, hastanenin bulunduğu ilçe nüfus oranının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hipertansif bireylerin %67,2'sinin evli olduğu belirlenmiştir. Tümer ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %81,2'sinin evli olduğu belirlenmiştir (Tümer ve ark., 2016). Göçgeldi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olguların %66,5'inin evli olduğu saptanmıştır (Göçgeldi ve ark., 2008). Çalışma bulgularımız, olguların yarısından fazlasının evli olması açısından literatürle benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda, hipertansif bireylerin %24,4'ünün ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır. Tümer ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %54,7'sinin ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tümer ve ark., 2016). Göçgeldi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada olguların %48,9'unun ortaokul ve altı öğrenim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (Göçgeldi ve ark., 2008). Çalışma bulgularımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, hipertansif bireylerin %31,2'sinin ev hanımı olduğu saptanmıştır. Bu durumun, örnekleme oluşturan bireylerin çoğunun kadın olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların %70,4'ü ailesinin gelir durumunu gelir gidere denk olarak tanımlanmıştır. Ay ve Arpacı ve tarafından yapılan bir çalışmada eğitim ve gelir düzeyi ile hipertansiyon arasında ters orantı olduğu belirtilmiştir (Ay ve Arpacı, 2017). Çalışmamızda, olguların çoğunun ilkökul mezunu olduğu görülmüştür. Bu durum, bireylerin iyi bir iş bulma ve iyi bir maaş ile çalışma olasılığını, dolayısı ile iyi bir gelir elde etme şansını elde edememesine neden olmaktadır. Bununla birlikte, bireylerin genel olarak, ekonomik sıkıntılarını utanma, sıkılma gibi nedenlerle rahatça ifade edememesinin, yaşamları boyunca aldıkları düşük maaş ve gelir ile yaşamlarını sürdürmelerine bağlı olarak durumu kabullenmelerinin bireylerin ailenin ekonomik durumunu gelir gidere denk şeklinde tanımlamasına neden olduğu düşünülmektedir.

5.2.Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler

Çalışmamızda, olguların hipertansiyon tanı süresi ortalama $12,85 \pm 10,75$ olarak belirlenmiştir. Kara Söylemez ve Hacıhasanoğlu Aşlar'ın çalışmasında, hipertansif bireylerin %42,3'ünün 11 yıl ve üzeri süredir hipertansiyon hastası olduğu

belirlenmiştir (Kara Söylemez ve Hacıhasanoğlu Aşilar, 2018). Çalışma bulgularımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların %40,8'inin en az bir tane ilave kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Esirgen ve Can'ın yapmış olduğu çalışmada olguların %33,6'sının bir tane ilave hastalığı, %24,3'ünün iki tane ilave hastalığı %11'nin de üç tane ilave hastalığı olduğu belirtilmiştir (Esirgen ve Can, 2018). Çalışma bulgularımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların sistolik kan basıncı ortalamasının $177,12 \pm 18,29$, diyastolik kan basıncı ortalaması $102,23 \pm 22,20$ olduğu belirlenmiştir. Pehlivanoğlu ve Altuntaş tarafından yapılan bir çalışmada sistolik kan basıncı ortalaması erkeklerde $128,43 \pm 22,85$ mmHg, kadınlarda ise $118,26 \pm 12,93$ mmHg, diyastolik kan basıncı ortalaması erkeklerde $80,05 \pm 11,50$ mmHg, kadınlarda ise $69,68 \pm 11,52$ mmHg olarak belirlenmiştir (Pehlivanoğlu ve Altuntaş, 2009). Çalışma sonuçlarımız, literatürle farklılık göstermektedir. Bu durumun, bireylerin yaşanan ekonomik sorunlar ve yaşam koşullarındaki değişikliğe bağlı olarak yaşadıkları stres ve ilaçlarını alamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda olguların %93,6'sı hipertansiyon tedavisi için ilaç tedavisi kullanmakta ve kullandığı ilaç sayısı ortalama $1,11 \pm 0,37$ olarak saptanmıştır. Kar Söylemez ve Hacıhasanoğlu Aşilar tarafından yapılan bir çalışmada, hipertansif bireylerin % 42,3'ünün 11 yıl ve üzeri süredir antihipertansif ilaç kullandığı ve % 78,4'ünün günlük kullandığı antihipertansif ilaç sayısının bir olduğu belirlenmiştir (Kara Söylemez ve Hacıhasanoğlu Aşilar, 2018). Göçgeldi ve arkadaşlarının çalışmasında olguların %48,3'ünün tek çeşit, %41,9'unun iki çeşit antihipertansif ilaç kullandığı saptanmıştır (Göçgeldi ve ark., 2008). Tokem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaların %90,2'sinin bir tane antihipertansif ilaç kullandığı belirtmişlerdir (Tokem ve ark., 2013). Çalışma bulgularımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda olguların %93,6'sı ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ifade etmiştir. Bu durumun, hastalara verilen eğitim ve danışmanlık hizmetinin yeterli seviyede olmasından, yine hastaların acil servise başvuru sayısının yüksek olması nedeniyle, ilaçlarını düzenli kullanmadığında acil servise başvurmaya neden olan

durumları yeniden yaşamaya ve acil servise başvuru sayının daha da artmasına ilişkin yaşadığı korkudan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olgularının %77,2'sinin hekim tarafından verilen bir diyetinin olduğu ve bunların %87'sinin verilen diyetle uyduğunu belirlenmiştir. Diyet, hipertansiyon tedavisinin ilk basamağında yer almaktadır (Küçüköğlü ve Yıldız, 2010). Hipertansif hastalara verilen diyet, kan basıncının düzenlenmesinde ve hipertansif ilaç kullanma gereksiniminde azalmaya ve hipertansiyona bağlı oluşabilecek komplikasyonların azalmasına katkıda bulunmaktadır (Kılıç ve Üstü, 2012). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, olguların %14'ünün sigara ve %4'ünün alkol kullandığı saptanmıştır. Dağ ve Kahraman'ın çalışmasında hipertansif bireylerin %40,3'ünün hiç sigara kullanmadığı ve %1,9'nun alkol kullandığı belirlenmiştir (Dağ ve Kahraman, 2017). Çalışma bulgularımız literatürü destekler niteliktedir. Sigara ve alkol kullanımı, hipertansiyon gelişimi açısından önemli risk faktörleridir (Badır, 2014). Alkol ve sigara kullanımının azaltılması ya da bırakılması, kan basıncının düzenlenmesi açısından önemlidir (Esirgen ve Can, 2018).

Çalışmamızda, olguların %4,8'inin düzenli olarak egzersiz yaptığı belirlenmiştir. Dağ ve Kahraman'ın yapmış olduğu çalışmada, hastaların %60'ının fiziksel aktivite yapmadığı saptanmıştır (Dağ ve Kahraman, 2017). Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir. Kan basıncının kontrol altında alınabilmesi için, hastaların fiziksel aktivite sıklığının artırılması gerekmektedir (Tokem, 2013). Nitekim, Tsai ve arkadaşlarının deneysel olarak yaptığı çalışmada da düzenli olarak yapılan egzersizin kan basıncında düşmeye neden olduğu ortaya konulmuştur (Tsia ve ark., 2004).

Çalışmamızda, olguların Beden Kütle İndeksi (BKİ) ortalamasının $28,75 \pm 4,05$ olduğu belirlenmiştir. Dağ ve Kahraman'ın çalışmasında hipertansif bireylerin beden kitle indeksinin (BKİ), 25-29,99 arasında olduğu belirlenmiştir (Dağ ve Kahraman, 2017). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir. Obezite hipertansiyon risk faktörlerinden biridir ve obezitenin azaltılması kan basıncının düzenlenmesi açısından önem taşımaktadır (Alkış ve ark., 2005; Badır, 2014).

5.3 Acil Servise Başvuru Sıklığı

Çalışmamızda, olguların son 6 ayda hipertansiyon nedeniyle acil servise başvuru sayısının ortalama $2,74 \pm 1,86$ ve genel başvuru sayısının ortalama $4,14 \pm 2,74$ olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, olguların son 1 yılda hipertansiyon nedeniyle acil servise başvuru sayısının ortalama $5,12 \pm 3,99$ ve genel başvuru sayısının ortalama $7,26 \pm 5,29$ olduğu saptanmıştır. Kara Söylemez ve Hacıhasanoğlu Aşlar'ın yaptığı bir çalışmada, bireylerin %78,6'sının son 6 ayda hipertansiyon nedeni ile acile hiç başvurmadığı tespit edilmiştir (Kara Söylemez ve Hacıhasanoğlu Aşlar, 2018). Hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda, tedavi ve diyetle uyumla ilgili gelişen komplikasyonlar sonucu acil servise başvuru sıklığı ve tekrarlı başvurular artmaktadır (Akyol ve ark., 2006). İncesu tarafından yapılan ve acil servise tekrar başvuruların incelendiği bir çalışmada, 24 saat içerisinde yapılan tekrar başvurunun en sık nedeninin esansiyel (primer) hipertansiyon olduğu belirtilmiştir (İncesu, 2013). Öztaş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada hipertansiyonun acil servise başvuruda ilk 7 hastalık içerisinde olduğu ve 24 saat içerisinde tekrar başvuruda ise ilk sırada yer aldığı belirtilmiştir (Öztaş ve ark., 2016). İncesu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada da 24 saat içerisinde acil servise tekrar başvuruda ilk sırayı hipertansiyon tanısının aldığı belirtilmiştir. Türközü ve Acar'ın yaptığı çalışmada ise acil servise tekrar başvuran hastaların %28,7'sinin hipertansiyon nedeniyle başvurduğu bulunmuştur (Türközü ve Acar, 2014).

Bu durumun hastaların verilen tedaviye uyum sorunlarının olması, diyetle uyumla, yaşadıkları stres, o anki sağlık durumlarından kaygı duymalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.4. Akdeniz Diyetine Uyum

Çalışmamızda, olguların KIDMED Ölçeği ortalama puanının $4,86 \pm 2,64$ olduğu ve %49,6'sının Akdeniz Diyeti Uyum düzeyinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Gao ve arkadaşlarının çalışmasında, Akdeniz Diyeti Uyum düzeyinin düşük seviyede olduğu saptanmıştır (Gao ve ark., 2018). Çalışma bulgularımız, literatürle benzerlik göstermektedir. Akdeniz diyetine uyumun artmasıyla, genel mortalite oranı azalmaktadır (Buckland, 2015).

Çalışmamızda, olgularda ilave tanı varlığı ile Akdeniz diyetine uyum arasında ilişkili olduğu belirlenmiştir. Kastorini ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada Akdeniz diyetinin bel çevresi, HDL kolesterol, trigliseritler, kan basıncı, kan glukoz düzeyi gibi parametreler üzerindeki olumlu etkilerinden dolayı metabolik sendrom yönünden koruyucu özellik gösterdiği belirtilmektedir (Kastorini ve ark., 2010).

Çalışmamızda, olgularda sigara kullanma durumu ile Akdeniz diyetine uyum arasında ilişkili olduğu belirlenmiştir. Brandt ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, sigara kullanmama, normal BKİ'ye sahip olmanın ve düzenli fiziksel aktivite yapmanın Akdeniz diyetine uyumun yüksek olmasıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Brandt, 2011). Carter ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise Akdeniz diyeti skoru arttıkça sigara kullanma durumunda azalma olduğu, Akdeniz diyeti skoru azaldıkça sigara kullanma durumunda artma olduğu belirtilmiştir (Carter ve ark., 2010; Schroder ve ark., 2011). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, olgularda diyasyolik kan basıncı ile Akdeniz diyetine uyum arasında ilişkili olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Ndanuko ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Akdeniz diyeti ile beslenme alışkanlığına sahip bireylerde kan basıncında anlamlı bir azalma görüldüğü belirtilmiştir (Ndanuko ve ark., 2016). Kastorini ve arkadaşlarının Akdeniz diyetinin metabolik sendrom ve bileşenleri ile ilgili yaptığı bir meta-analiz çalışmasında kan basıncında 2,4 mmHg sistolik ve 1,6 mmHg diyastolik düşüş olduğunu belirtilmiştir (Kastorini ve ark., 2011). Toledo ve arkadaşlarının yaptığı PREDIMED çalışmasında ise Akdeniz diyet ile SKB arasında ilişki saptanmazken DKB azalma olduğu saptanmıştır (Toledo, 2013). Davis ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Akdeniz diyeti ile beslenenler ve alışılmış diyetlerini sürdürenler arasında 3 veya 6 ay sonra SKB Değerlerinde düşük anlamlı fark olduğunu belirtmiştir (David, 2017). Schwingshackl ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada yağ alımına dikkat eden bireylerin SKB'nın dikkat etmeyen bireylere göre, 2,26 mmHg ve diyastolik kan basıncının (DKB) 1,15 mmHg daha düşük olduğu belirlenmiştir (Schwingshackl ve ark., 2011). Çalışma sonuçlarımız, literatürü destekler niteliktedir.

Çalışmamızda, olguların Akdeniz diyetine uyumunun acil servise başvuru sıklığını etkilemediği saptanmıştır ($p>0,05$). Bu durumun, bireylerin Akdeniz

diyetini uygulamaya başlama ve uygulama süresindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, olguların beden kitle indeksi ile Akdeniz diyetine uyumu arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Boghossian ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, bireylerin Akdeniz diyet skorlarının arttıkça, vücut yağ yüzdelerinin azaldığı belirtilmiştir (Boghossian, 2013). Aşit ve Duran'ın çalışmasında, Akdeniz diyet skorunun beslenme alışkanlıkları ve vücut bileşimleri ile pozitif yönlü bir ilişki olduğu belirtilmiştir (Aşit ve Duran, 2018). Çalışma bulgularımız, literatürle farklılık göstermektedir. Bu durumun, çalışmalarda dahil edilme kriterlerinin ve çalışmaların örneklem büyüklüğünün farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.5.Tedaviye Uyum

Çalışmamızda, olguların Modifiye Morisky Ölçeği ortalama puanının $4,14\pm 1,45$, bilgi alt boyutu puanının ortalama $2,14\pm 0,82$, motivasyon alt boyut puanının ortalama $2,00\pm 0,96$ olduğu belirlenmiştir. Yine, olguların %19,2'sinin tedaviye uyum ölçeği alt boyutlarından bilgi düzeyinin ve %31,6'sının motivasyon düzeyinin düşük seviyede olduğu saptanmıştır. Selçuk ve arkadaşlarının çalışmasında, olguların ilaca uyum puan ortalamasının $5,26\pm 2,38$ olduğu ve %78,2'sinin ilaç tedavisine uyumlu olduğu belirlenmiştir (Selçuk, 2017). Mohammad ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, ilaca uyum puan ortalamasının $6,59\pm 2,0$ olduğu ve hipertansif hastaların %50,5'inin tedaviye uyumlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Mohammad ve ark., 2016). Hacıhasanoğlu Aşilar ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hipertansif hastaların çoğunluğunun (%58,7) tedaviye uyumunun düşük olduğu belirlenmiştir (Hacıhasanoğlu Aşilar, 2014). Ma tarafından yapılan diğer bir çalışmada ise hipertansif bireylerin %78,7'sinin tedaviye uyumsuz olduğu belirlenmiştir (Ma, 2016). Tokem ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastaların %90,2'sinin bir tane ilaç kullandığı, %36,2'sinin şikâyetleri gerilediğinde ilaçlarını bıraktığını, %50'si ilaçlarını içmeyi unuttuğunu, %33'ü ise ilaçlarını ne zaman içeceğini karıştırdıkları belirlenmiştir (Tokem ve ark., 2013). Çalışma sonuçlarımız, bazı çalışma sonuçları ile benzerlik gösterirken, bazıları ile farklılık göstermiştir. Bu durumun, örneklem

büyükluğündeki ve çalışmalara dahil edilme kriterlerindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünölmektedir.

Çalışmamızda, olguların tedaviye uyum ölçeği motivasyon alt boyutundan aldıkları puanın cinsiyet ve yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yere göre anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Erci ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tedaviye uyum ölçeği puanının ortalamasının erkeklerde $70,23\pm 9,35$ iken, kadınlarda $63,99\pm 11,37$ olduğu belirtilmiştir (Erci ve ark., 2018). Hacıhasanoğlu ve Gözüml tarafından yapılan çalışmada hipertansiflerin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, meslek, yaşadıkları aile tipi, ekonomik durum, hipertansiyon dışında kronik bir hastalığın olması, ilaçlarını düzenli, düzensiz kullanma durumları açasından anlamlı fark bulunmamıştır (Hacıhasanoğlu ve Gözüml, 2007). Çalışma sonuçlarımız, bazı çalışma sonuçları ile benzerlik gösterirken, bazıları ile farklılık göstermiştir. Bu durumun, örneklem büyüklüğündeki ve çalışmalara dahil edilme kriterlerindeki farklılıktan kaynaklandığı düşünölmektedir.

Çalışmamızda, olguların ilaçları düzenli kullanma durumunun, diyete uyma durumunun ve alkol kullanma durumunun tedaviye uyum ölçeğinin bilgi düzeyini; ilaçları düzenli kullanma durumunun ve diyete uyma durumunun tedaviye uyum ölçeğinin motivasyon düzeyini etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). Özbayram ve Bakırcı tarafından yapılan çalışmada hipertansiyon hastalarının ilk 3 aylık ilaç uyumu %62 olarak belirlenmiştir (Özbayram ve Bakırcı, 2008). Chapman ve Banner'in yaptığı bir çalışmada ise, ilaca uyum daha uzun süredir ilaç tedavisi alanlarda, daha kısa süredir ilaç tedavisi alanlara göre yüksek bulunmuştur (Chapman, 2005).

Çalışmamızda, olgularda Akdeniz diyetine uyum ile ilave tanı varlığı, sigara kullanımı ve diyastolik kan basıncı arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Costa ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara içenlerde sigara içmeyenlere göre daha düşük diyet kalitesi olduğu belirtilmiştir (Costa ve ark., 2019). Çalışma sonuçlarımız, sigara kullanımı ve diyet kalitesi arasındaki ilişki bakımından literatürü destekler niteliktedir.

5.6.Yaşam Kalitesi

Çalışmamızda, olguların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları en düşük puanın fiziksel rol fonksiyon alt boyutundan ($26,80\pm 35,23$), en yüksek puanın sosyal fonksiyon alt boyutundan ($59,12\pm 12,86$) aldığı; fiziksel boyut puanının $39,84\pm 18,28$, mental boyut puanının $46,65\pm 14,26$ ve ölçek toplam puanının $43,24\pm 15,19$ olduğu saptanmıştır.

Oza ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hipertansiyon ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir. Çalışma da yaş, hastalık süresi, semptom sayısı, sistolik kan basıncı ve reçete edilen ilaç sayıları yaşam kalitesi ile istatistiksel olarak anlamlı ($P<0,05$) negatif korelasyon gösterirken, semptom sayısı, sistolik kan basıncı ve hastalık süresi ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon göstermiştir (Oza ve ark, 2014). Çalışma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Kaliyaperumal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yaşam kalitesinin boyutlarından en çok etkilenen boyut zihinsel sağlık boyut olarak belirtilmiştir (Kaliyaperumal, 2016). Çalışma bulgularımız, hipertansiyon varlığının yaşam kalitesini etkilemesi yönünden literatürle benzerlik göstermekte, ancak yaşam kalitesinin etkilenen boyut açısından literatürle farklılık göstermektedir. Bu durumun, çalışmalarda dahil edilme kriterlerinin ve çalışmaların örneklem büyüklüğünün farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir

Çalışmamızda, Akdeniz diyetine uyumunun yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyon hariç, tüm alt boyutlarını ve toplam puanını etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). Galilea-Zabalza ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Akdeniz diyeti ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Galilea-Zabalza ve ark., 2018). Bonaccio ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Akdeniz diyeti ile yaşam kalitesi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Bonaccio, 2013). Henriquez Sanchez ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Akdeniz diyeti ve yaşam kalitesi arasında tüm fiziksel ve zihinsel sağlık alanları arasında bir ilişki olduğunu belirtilmiştir (Henriquez Sanchez ve ark., 2012). Çalışma sonuçlarımız, literatürle benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda, olguların tedaviye uyumunun yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır ($p<0,05$). Erci ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ilaç tedavisine

uyum ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunmuştur (Erci ve ark., 2018). İçyeroğlu ve Yılmaz Karabulutlu'nun yaptığı çalışmada hastaların tedaviye uyumu ile yaşam kalitesi arasında önemli ve pozitif yönde kuvvetli bir ilişki olduğu belirtilmiştir (İçyeroğlu ve Yılmaz Karabulutlu, 2012). Maciel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hipertansif bireylerde yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasında düşük oranda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Maciel ve ark., 2016). Awad ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşam kalitesi ve tedaviye uyum arasında düşük düzeyde anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (Awad, 2015). Mollaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da tedaviye uyum ve yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuş ve uyum ve genel sağlık, fiziksel sağlık ve zihinsel sağlık arasında pozitif bir ilişki olduğu saptanmıştır (Mollaoğlu ve ark., 2015). Souza ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise non farmakolojik tedaviye uyum ve farmakolojik tedaviye uyum ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (Souza ve ark., 2016). Çalışma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir.

Hipertansiyon hastalarında akdeniz tipi beslenme ve ilaç tedavisine uyumun acil servise başvuru sıklığına ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

Yaş ortalamaları $58,90 \pm 11,73$ olan olguların $54,8$ 'ü kadındır. $\%34$ 'ü yaşamının büyük çoğunluğunu il merkezinde geçirmiştir. Hastaların $\%67,2$ 'si evlidir. $\%24$ 'ü ilkokul mezunudur ve $\%31,2$ 'si ev hanımıdır. $\%70,4$ 'ü ailesinin gelir durumunu gelir gidere denk olarak tanımlamıştır.

Olguların hipertansiyon tanı süresi ortalama $12,85 \pm 10,75$ 'dir ve $\%40,8$ 'inin en az bir tane ilave kronik hastalığı vardır. $\%93,6$ 'si HT için ilaç tedavisi kullanmaktadır ve kullandığı ilaç sayısı ortalama $1,11 \pm 0,37$ 'dir. $\%93,6$ 'sı ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ifade etmiştir. Olguların $\%77,2$ 'sinin hekim tarafından verilen diyeti vardır ve bunların $\%87$ 'si verilen diyeteye uyduğunu ifade etmektedir. $\%14$ 'ü sigara ve $\%4$ 'ü alkol kullanmaktadır. $\%4,8$ 'i düzenli olarak egzersiz yapmaktadır. Olguların sistolik kan basıncı ortalaması $177,12 \pm 18,29$, diyastolik kan basıncı ortalaması $102,23 \pm 22,20$, Beden Kütle İndeksi (BKİ) ortalaması $28,75 \pm 4,05$ 'tir.

Son 6 ayda HT acil servise başvuru sayısı ortalama $2,74 \pm 1,86$, genel başvuru sayısı ortalama $4,14 \pm 2,74$ tür. Olguların son 1 yılda HT acil servise başvuru sayısı ortalama $5,12 \pm 3,99$, genel başvuru sayısı ortalama $7,26 \pm 5,29$ dur.

Olguların, KIDMED Ölçeği ortalama puanı $4,86 \pm 2,64$ ve %49,6'sının Akdeniz Diyeti Uyum düzeyinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Olguların Modifiye Morisky Ölçeği ortalama puanı $4,14 \pm 1,45$, bilgi alt boyutu puanı ortalama $2,14 \pm 0,82$, motivasyon alt boyut puanı ortalama $2,00 \pm 0,96$ dur. Olguların %19,2'sinin tedaviye uyum ölçeği alt boyutlarından bilgi düzeyi ve %31,6'sının motivasyon düzeyi düşük seviyededir. Olguların yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından aldıkları en düşük puanın fiziksel rol fonksiyon alt boyutundan ($26,80 \pm 35,23$), en yüksek puanın sosyal fonksiyon alt boyutundan ($59,12 \pm 12,86$) olduğu; fiziksel boyut puanının $39,84 \pm 18,28$, mental boyut puanının $46,65 \pm 14,26$ ve ölçek toplam puanının $43,24 \pm 15,19$ olduğu saptanmıştır.

Olguların sosyodemografik özelliklerinden tedaviye uyum ölçeğinin motivasyon alt boyutunun cinsiyet ve yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yere göre anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$).

Olguların sağlık durumuna ilişkin özelliklerinden ilave tanı varlığının, sigara kullanımının ve diyastolik kan basıncının Akdeniz diyetine uyumu; ilaçları düzenli kullanma durumunun, diyete uyma durumunun ve alkol kullanma durumunun tedaviye uyum ölçeğinin bilgi düzeyini; ilaçları düzenli kullanma durumunun ve diyete uyma durumunun tedaviye uyum ölçeğinin motivasyon düzeyini etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$).

Olguların Akdeniz diyetine uyumunun ve tedaviye uyumunun acil servise başvuru sıklığını etkilemediği saptanmıştır ($p > 0,05$).

Olguların Akdeniz diyetine uyumunun yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyon hariç, tüm alt boyutlarını ve toplam puanını etkilediği saptanmıştır. Olguların tedaviye uyum ölçeğinin bilgi alt boyutunun yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon alt boyutunu etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$).

Tedaviye uyum ölçeğinin motivasyon alt boyutunun yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyon, zindelik, mental rol fonksiyon alt boyutlarını ve mental boyutunu etkilemektedir ($p < 0,05$).

Bu sonuçlar doğrultusundaki önerilerimiz şunlardır;

Hipertansif hastaların mortalite ve morbidite oranlarının azalmasını sağlamak için kan basıncı kontrolünün sağlanması oldukça önemlidir. Hastalara hipertansiyon tanısı, ilaçları, evde kan basıncının nasıl ölçüleceği, kan basıncı kontrolünü yaptırma, beslenme ve fiziksel aktivite ve ilaçlarını düzenli alma konularına yönelik eğitim programı oluşturulmalıdır.

Hipertansiyon hastalarında yaşam kalitesi ve tedaviye uyumu etkileyen faktörler belirlenerek uyumu arttırmaya yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.

Hipertansif bireylerin düzenli eğitim programlarına katılımı sağlanmalıdır.

Bireye özgü konularda programları geliştirmede destek sağlanmalıdır.

Uyumu, yaşam kalitesini ve farkındalığı arttırmak için eğitim programları sık sık düzenlenmelidir,

Risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve bireylerin yönlendirilmesinde ise sağlık profesyonelleri önemli görevler düşmektedir. Sağlık profesyonelleri hipertansif hastaların ilaca uyumları konusunda gereksinimlerini fark etmek, uyumları iyileştirme ve izlem planları hazırlama konusunda eğitilmelidir.

Hipertansiyon hastalarına yönelik yayınların sayısı artırılmalı, sağlık personelinin düzenli hizmet içi eğitimi sağlanmalıdır.

Sağlık bakım ekibinin tüm üyeleri hastalara tam ve doğru bilgi verme sorumluluğu taşınmalı ve ortak bir çalışma sürdürmelidirler.

Acil servise başvuru sıklığı değerlendirilirken diyet ve tedaviye uyum dışındaki faktörlerin ekarte edilmesi daha net sonuçlar elde edilmesinde etkili olacaktır. Bu konuda farklı çalışmalar yapılması önerilmektedir.

6. KAYNAKLAR

Açıköz GK, Altıok M (2014) Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerin hastalık alguları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaç uyumları arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi), Mersin.

Akın S (2013) Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve bakımı. Editör: Durna Z, İç hastalıkları hemşireliği, Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, s: 147-231.

Akyol C, Oktay C, Hakbilir O et al (2006) Acil servise aynı şikâyet ile tekrar başvuran hastaların değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi 6(3):108-116.

Al- Solaiman Y, Jesri A, Mountford WK (2010) DASH lowers blood pressure in obese hypertensives beyond potassium, magnesium and fibre. J Hum Hypertens 24(4): 237-246.

Alan S, Karabulut A (2016) Hipertansiyon. Editör: Alan S. Kardiyolojide pratik bilgiler. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara.

Al-Khaldi YM (2011) Quality of hypertension care in the family practice center, Aseer Region, Saudi Arabia. J Family Community Med. 201;18(2): 45-48.

Alkış E, Dereli Oflaşlı F, Bostancı M et al (2005) Denizli’ de bir tekstil fabrikası çalışanlarında hipertansiyon ve obezite sıklığı. Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi 34-37.

American Society of Hypertension. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community a statement by the american society of hypertension and the international society of hypertension. The Journal of Hypertension 14-26.

Arıcı M, Birdane A, Güler K ve ark. (2015) Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu. Türk Kardiyoloji Derneği 43(4): 402-409.

Aronow WS (2012) Treatment of systemic hypertension. American Journal of Cardiovascular Disease 2(3): 160-170.

Aşit M, Duran S (2019) Yetişkin bireylerde akdeniz diyet skoru ile beslenme alışkanlıkları ve antropometrik ölçümler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi), Edirne.

Awad EY, Gwaied BE, Fouda LM et al (2015) Compliance of Hypertensive Patients with Treatment Regimen and Its Effect on Their Quality Of Life. Journal of Nursing and Health Science 4(2): 26-36.

Ay S, Arpacı P (2017) Hastanede yatan hastaların kronik hastalık bakımının değerlendirilmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 4(1): 527-532.

Aypak C, Önder Ö, Dicle M ve ark. (2013) Hipertansif hastaların kan basıncı kontrol düzeylerinin ve tedavi uyumlarının değerlendirilmesi. Cukurova Medical Journal 38(2): 224-232.

Badır A (2014) Hipertansiyon. Editör: Karadakovan A, Eti Aslan F Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s: 549-563.

Banegas JR (2006) Control of high blood pressure in primary health care. American Journal Of Hypertension (19): 146.

Baran E, Özbarış Bahar Ş (2012) Yaşlılık döneminde sağlığın geliştirilmesi. içinde: yaşlı sağlığı: sorunlar ve çözümler. Eds: Aslan D, Ertem M, Palme Yayıncılık, Ankara, s: 25-31.

Blowey DL (2016) Diuretics in the treatment of hypertension. *Pediatr Nephrol* 31: 2223–2233.

Blumenthal JA, Babyak MA, Hinderliter A et al (2013) Effects of the DASH diet alone and in combination with exercise and weight loss on blood pressure and cardiovascular biomarkers in men and women with high blood pressure. The ENCORE study. *Arch Intern Med* 170(2): 126-135.

Boghossian NS, Yeung EH, Mumford SL et al.(2013) Adherence to the mediterranean diet and body fat distribution in reproductive aged women. *European Journal of Clinical Nutrition* 67:289-294.

Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Bonanni A et al (2013) Adherence to a Mediterranean diet is associated with a better health-related quality of life: a possible role of high dietary antioxidant content. *BMJ Open* 3.

Brandt PA (2011) The impact of a mediterranean diet and healthy lifestyle on premature mortality in men and women. *American Journal of Clinical Nutrition* 94(3): 913-920.

Braunwald E, Zipes BD, Libby P et al (2004) Kalp hastalıkları. Çeviren: Aslanger E, Şirinoğlu (2008). I. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, s: 959-1051.

Briasoulis A, Agarwal V, Messerli, FH (2012) Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Clinical Hypertension* 14(11): 792-798.

Buckland G, Agudo AA (2015) The Mediterranean Diet And Mortality. Editör: Preedy VR, Watson RR. *The Mediterranean Diet An Evidence-Based Approach*, 1. Baskı, St. Louis, Elsevier, s: 47-60.

Carter SJ, Roberts MB, Salter J et al (2010) relationship between mediterranean diet score and atherothrombotic risk: findings from the third national health and nutrition examination survey (NHANES III), 1988-1994. *Atherosclerosis* 210(2): 630-636.

Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALL et al (2013) The influence of hypertension on quality of life. *Arq Bras Cardiol* 100(2): 164-174.

Castro Quezada I, Roman Vinas B, Serra Majem L (2014) “The mediterranean diet and nutritional adequacy: a review” *Nutrients* 6(1): 231–248.

Cebeci SB, Özmen N, Cingözbay YB (2005) Hipertansif hastalarda klinik değerlendirme. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 1(33): 12-15.

Chang C, Green S (2011) Hypertension management in the dominican republic: factors affecting medication adherence. <https://hhidr.org/wp-content/uploads/2012/01/FINAL-Report-Hypertension-Management-Factors-Affecting-Medication-Adherence-2.26.12.pdf>. (06.07.2019).

Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA et al (2005) Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Archives Internal Medicine* 165(10): 1147–1152.

Cingil D, Delen S, Aksuoğlu A (2009) Karaman il merkezinde yaşayan hipertansiyon hastalarının ilaç kullanım durumlarının ve bilgilerinin incelenmesi. *Türk Kardiyol Dern* 37(8): 551-556.

Costa R, Teasdale R, Abreu S et al (2019) Dietary intake, adherence to mediterranean diet and lifestyle-related factors in people with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 24: 1-10.

Çelik B, Demir S (2008) Hipertansiyonlu hastalarda yaşam kalitesi ile ilişkili faktörlerin araştırılması (Yüksek Lisans Tezi), Afyon.

Dağ İ, Kahraman S (2017) Şanlıurfa ilinde hipertansiyon tanısı almış hastaların profilinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi), Şanlıurfa.

Dalak H, Altıok M (2010) Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi), Mersin.

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.

Demirbağ B, Timur M (2012) Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, Cilt 11, Sayı 1.

Dönmez İ, Memioğlu T, Erdem F (2015) Yeni kılavuzların ışığında hipertansiyon tanı ve tedavisi. *Eur J Health Sci* 1(1): 49-53.

Duprez A (2008) Cardiac autonomic imbalance in pre-hypertension and in a family history of hypertension. *Journal of the American College of Cardiology* 51(19): 1902-1903.

Durmaz C, Arslan P (2017) Toplumda hipertansiyon ve kan basıncını etkileyen etmenler. *Bes Diy Derg* 45(3): 278-286.

Eddouks M, Hebi M, El Bouhali et al (2015) Pathophysiologic Aspects of Hypertension. *International Journal of Diabetology & Vascular Disease Research* 3(1): 76-82.

Egan BM, Stevens-Fabry S (2015) Prehypertension—prevalence, health risks, and management strategies. *Nature Reviews Cardiology* 12: 289–300.

Erci B, Elibol M, Aktürk Ü (2018) Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 26(2): 79-92.

Erkoç Balız S, Işıklı B (2013) Eskişehir Mahmudiye’de erişkinlerde hipertansiyon insidansı ve risk faktörleri (Uzmanlık Tezi), Eskişehir.

Eser E (2006) sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin kavramsal temelleri ve ölçümü. *Sağlıkta Birikim Dergisi* 1: 1-5.

ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu (2013) Türk Kardiyol Dern Arş 2014, Suppl. . https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdfV (21.10.18).

Esirgen L, Can G (2018) Hipertansif bireylerin tedaviye uyum ve yaşam değişikliği başarısını değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi (Uzmanlık Tezi), İstanbul.

Fadıloğlu Ç, Tokem Y (2004) Geriatrik rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Türk Geriatri Dergisi* 7: 241-246.

Galilea-Zabalza, Buil-Cosiales P, Salas- Salvado J et al (2018) Mediterranean diet and quality of life: Baseline cross-sectional analysis of the PREDIMED-PLUS trial. *PLoS ONE* 13(6).

Gao M, Wang F, Shen Y et al (2018) Rajectories of mediterranean diet adherence and risk of hypertension in China: Results from the CHNS Study, 1997-2011. *Nutrients* 19;10(12).

Geraci TS, Geraci SA (2013) Considerations in women with hypertension. *Southern Medical Journal* 106(7): 434-438.

Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H ve ark. (2008) Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 50: 172-179.

Grosso G, Marventano S, Yang J et al (2015) A comprehensive meta-analysis on evidence of Mediterranean diet and cardiovascular disease: are individual components equal? *Crit Rev Food Sci Nutr.* 57: 3218–3232.

Guidelines Committee (2007) European Society of Hypertension/European Society of Cardiology Practice Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 25: 1751–1762.

Gün Y, Korkmaz M (2014) Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi* 7 (2): 98-108.

Gürel S (2009) Hipertansiyon ve sağlıklı yaşam. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*: 1–7.

Hacıhasanoğlu Aşlar R (2009) Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *Taf Prev Med Bull* 8(2): 167-172.

Hacıhasanoğlu Aşlar R, Gözüm S, Çapık C ve ark. (2014) Reliability and validity of the turkish form of the eight-item morisky medication adherence scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyoloji Dergisi* 14: 692-700.

Hacıhasanoğlu Aşlar R, İnandı T, Yıldırım A ve ark (2014) Erzincan’da kırk yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavisi ve kontrolü. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 13(5): 357-366.

Hacıhasanoğlu R, Gözüm S (2007) Birinci basamakta hipertansiyon hastalarına yönelik eğitim ve evde izlemin ilaca uyum ve hipertansiyon yönetimine etkisi (Doktora Tezi), Erzurum.

Haroon S, Naveed AK (2014) Effect of hormonal contraceptives on serum electrolytes and blood pressure. *Journal of Postgraduate Medical Institute* 28(4): 409-413.

Henriquez Sanchez P, Ruano C, de Irala J et al (2012) Adherence to the Mediterranean diet and quality of life in the SUN Project. *European Journal of Clinical Nutrition* 66: 360–368.

Hill M, Miller NH (2004) Antihipertansif Tedaviye Uyum. *Primer Hipertansiyon*. Editör: İzzo JL, Black HR. Çeviren: Kazancı G. 3. Baskı, Nobel Kitapevi, İstanbul.

Hipertansiyon (2002) TC. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi s: 1-7, Ankara.

Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu (2018) Obezite, Lipid Metabolizması ve Hipertansiyon Çalışma Grubu, Ankara.

Holt EW, Muntner P, Joyce CJ et al (2010) Health- related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. *Age and Ageing* 1-7.

İçyeroğlu D, Yılmaz Karabulutlu E (2012) Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesi (Yüksek Lisans Tezi), Elazığ.

İncesu E (2013) Acil servis sağlık hizmetlerinde başvuru tekrarı sorunu: seydişehir devlet hastanesi acil servis araştırması, 5. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi'nde Sözel Bildiri.

İncesu E, Beylik U, Küçükkendirci H (2016) Acil servis sağlık hizmetlerinde başvuru tekrarı sorunu: Türkiye'de bir devlet hastanesi acil servis araştırması. Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi: 53 <http://www.akademikbakis.org>

Joint National Committee (2014) Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA 311(5): 507-520.

Kalan MK, Altuntaş Y (2007) Hipertansiyon hastalarında antihipertansif ilaç değişimleri, bu değişimlerin nedenleri ve ilaç değişimleri ile hedef tedavi değerlerine ulaşma oranlarının incelenmesi (Uzmanlık Tezi), İstanbul.

Kaliyaperumal S, Hari BH, Siddela PK et al (2016). Assessment of Quality of Life in Hypertensive Patients. Journal of Applied Pharmaceutical Science 6 (05): 143-147.

Kaplan MN, Viktor GR (2013) Klinik hipertansiyon, Çeviren: Kozan Ö, Güneş Tıp Evleri. Onuncu Baskı. Ankara.

Kapoor A, Zuberi NA, Rathore MI et al (2015) Serum homocysteine level in vegetarians in district Tharparker, Sindh. Pak J Med 31(1): 127-130 1-7.

Kara Söylemez G, Hacıhasanoğlu Aşlar R (2018) Hipertansiyon tanısı alan bireylerin hipertansiyon bakımını değerlendirmeleri ile antihipertansif ilaç tedavisine uyumları arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi), Erzincan.

Kastorini CM, Milionis HJ, Esposito K et al (2011) The effect of Mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. J Am Coll Cardiol 57: 1299–1313.

Kastorini CM, Milionis HJ, Goudevenos JA et al (2010) Mediterranean diet and coronary heart disease: Is obesity a link? A systematic review. Nutr Metabol Cardiovasc Dis 20: 536-551.

Kaya A, Gedik V, Bayram F ve ark. (2009) Hipertansiyon, Obezite ve Lipit Metabolizması Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Ankara, s: 949.

Kılıç T, Üstü Y (2012) Hipertansiyon için birinci basamak kullanımına yönelik kanıta dayalı bir rehber çalışması. Ankara Medical Journal 12: 205–13.

Kokkinos PF, Giannelou A, Manolis A et al (2009) Physical activity in the prevention and management of high blood pressure. Hellenic Journal of Cardiology 50: 52-59.

Kotchen TA (2010) Obesity-Related hypertension: Epidemiology, pathophysiology, and clinical management. *American Journal of Hypertension* 23(11): 1170-1178.

Küçükoğlu S, Yıldız A (2010) Hipertansiyonda diyet tedavisi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Dergisi Özel Sayı 1*: 18–25.

Lackland DT (2014) Racial differences in hypertension: Implications for high blood pressure management. *The American Journal of the Medical Sciences* 348(2): 135-138.

Laurent S (2017) Antihypertensive drugs. *Pharmacological Research* 124: 116–124.

Leone A (2015) Smoking and hypertension. *Journal of Cardiology & Current Research* 2(2): 1-7.

Lip G (2004) Clinical hypertension in practice. Tercüme: Sansoy V. Uygulamada klinik hipertansiyon. *Global Yayın Ajansı, İstanbul*, 1- 103.

Lo SHS, Chau JPC, Woo J, et al (2016) Adherence to antihypertensive medication in older adults with hypertension. *Journal of Cardiovascular Nursing* 31(4): 296-303.

Ma, C. (2016) A Cross-sectional survey of medication adherence and associated factors for rural patients with hypertension. *Applied Nursing Research* 31: 94-99.

Maciel APN, Pimenta HB, Caldeira AP (2016) Quality of life and medication adherence in hypertensive patients. *Acta Paul Enferm* 29(5): 542-8.

MacLaughlin EJ (2005) Assessing medication adherence in the elderly. *Drugs Aging* 22: 231-255.

Mccance KL, Huether SE, Brashers VE et al (2010) Pathophysiology: The biologic basis for disease in adults and children, Mosby.

Miller CA (2009) Seeing older adults through the eyes of wellness. *Lippincott Williams&Wilkins, Philadelphia*.

Mohammad Y, Amaz A, Sanaa A, et al (2016). Evaluation of medication adherence in lebanese hypertensive patients. *Journal of Epidemiology and Global Health* 6: 157- 167.

Mohammadi EASE, Abedi HA, Gofranipour F et al (2002) Partnership caring: A Theory of high blood pressure control in iranian hypertensives. *International Journal Of Nursing Practice* 8: 324-329.

Mollaoğlu M, Solmaz G, Mollaoğlu M (2015) Adherence to therapy and quality of life in hypertensive patients. *Acta Clin Croat* 54: 438-444.

Nandhini S (2014) Essential hypertension-a review article. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research* 6(9): 305-307.

Ndanuko NR, Tapsell LC, Charlton KE et al (2016) Dietary patterns and blood pressure in adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Adv Nutr* 7: 76–89.

Ogedegbe G, Mancus CA, Allegrante JP et al (2003) Development and evaluation of medication adherence self-efficacy scale in hypertensive african-american patients. *Journal Of Clinical Epidemiology* 56: 520-529.

Onat A, Murat SN, Çiçek G ve ark. (2011) Türkiye’de ölüm ve koroner hastalık insidansının bölgesel dağılımları: TEKHARF 2010 taraması sonuçları. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 39(4): 263-268.

Oza BB, Patel BM, Malhotra SD (2014) Health related quality of life in hypertensive patients in a Tertiary Care Teaching Hospital. *Journal of the Association of Physicians of India* 62.

Öksüz E (2004) Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *Sted* 13(3): 99-104.

Özbayram A, Bakırcı N (2008). Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul.

Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H (2016) Geriatrik hipertansif hastaların ilaç tedavisine uyumları. *Bakırköy Tıp Dergisi* 12(4).

Özkan H, Dökmeci İ (2007) Kardiyovasküler klinikte ilaç uygulamalarında sağlık personelinin rolü (Yüksek Lisans Tezi), Edirne.

Özpancar N, Fesci H (2008) Hipertansiyon ve yaşam kalitesi. *Üniversite ve Toplum Dergisi* 8(4): 4–7.

Öztaş D, Güzeldemirci Bozcuk G, Özhasanekler A ve ark. (2016) Sağlık okuryazarlığı perspektifinden mükerrer acil servis başvurularının değerlendirilmesi, *Ankara Med J* (3).

Park H, Kim K (2013) associations between oral contraceptive use and risks of hypertension and prehypertension in a cross-sectional study of korean women. *BMC Women's Health* 13(39).

Pehlivanoğlu M, Altuntaş Y (2009) Hipertansif hastaların metabolik sendrom parametreleri ve ambulatuvar kan basıncı monitörizasyon sonuçları ile ekokardiyografi bulgularının karşılaştırılması (Uzmanlık Tezi), İstanbul.

Pergola G, Alessandro A (2018) Influence of Mediterranean Diet on Blood Pressure. *Nutrients* 10(11): 1700.

Pınar R (1995) Sağlık araştırmalarında yeni bir kavram: Yaşam kalitesi, bir yaşam kalitesi ölçeğinin kronik hastalarda geçerlik ve güvenilirliğinin sınanması. *Hemşirelik Bülteni* 9: 85-95.

Piercefield EW, Howard ME, Robinson MH et al (2017) Antihypertensive medication adherence and blood pressure control among central alabama veterans. *Journal of Clinical Hypertension* 19: 543-549.

Psaltopoulou T, Naska A, Orfanos P et al (2004). Olive oil, the mediterranean diet, and arterial blood pressure: The greek european prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC) study. *Am J Clin Nutr* 80: 1012-1018.

Ren XS, Kazis LE, Lee A et al (2002) Identifying patient and physician characteristics that affect compliance with antihypertensive medications. *J Clin Pharm Ther* 27: 47-56.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı (2011) Türkiye aşırı tuz tüketiminin azaltılması programı (2011-2015), Sağlık Bakanlığı Yayın No: 835, Ankara.

Samur G, Yıldız E (2008) Obezite ve kardiyovasküler hastalıklar / hipertansiyon. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Ankara.

Saneei P, Abargouei AS, Esmailzadeh A et al (2014) Influence of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet On Blood Pressure: A systematic review and meta-analysis on randomized trials. *Nutr Metab Cardiovasc* 24: 1253-1261.

Satar S, Köseoğlu Z, Topal M (2003) Acil serviste hipertansiyon yönetimi. *Arşiv* 12: 20.

Schroder H, Fito M, Estruch R et al (2011) A short screener is valid for assessing mediterranean diet adherence among older spanish men and women. *The Journal of Nutrition* 141(6): 1140-1145.

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.

Selçuk KT, Çevik C, Merca, Y ve ark (2017) Hypertensive patients' adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment methods, in turkey. *International Journal of Community Medicine and Public Health* 4(8): 2648-2657.

Serra-Majem L, Ribas L, Ngo J et al (2004) Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition* 7(07): 931-935.

Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. (2003). The JNC 7 Report. *The Journal of The American Medical Association* 289(19): 2560-72.

Simonyi G (2014) Chronic stress in the development of essential hypertension, role of rilmenidine in the treatment of stress induced hypertension. *American Journal of Internal Medicine* 2(1): 1-5.

Souza ACC, Borges JWP, Moriera TMM (2016) Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis. Rev Saude Pblica 50: 71.

Şarlı Ş, Gün İ (2011) Hipertansiyon Hastalığı Olanlarda Tedaviye Uyum, Etkileyen Faktörler ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi), Kayseri.

Şenol Y, Türkay M (2006) Yaşam kalitesi ölçütlerinde taraf tutma: Cevap kayması. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 5: 382-389.

Şenuzun F, zer S (2012) Hipertansiyon ve bakım. Editör: Durna, Z. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Talas SM (2005) Yaşam kalitesi ve hemşirelik hizmetleri. 139-145.

Taşlıdere B, Avşaroğulları L (2016) Acil serviste hipertansiyonlu hastaya yaklaşım. Derman Tıbbi Yayıncılık; 210-241.

Tiryakioğlu AE, Aycan S, Bumin MA (2012) Bir ilçede aile hekimliği bilgi sistemine göre esansiyel hipertansiyona yönelik tedavi uygulamaları ve tedavi maliyeti (Doktora Tezi), Ankara.

Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M (2013) Hipertansiyon tanısı olan bireylerin evde hastalık yönetimlerinin incelenmesi, Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi 4: 30-40.

Toledo E, Hu FB, Estruch R et al (2013) Effect of the Mediterranean diet on blood pressure in the PREDIMED trial: Results from a randomized controlled trial. BMC Med 11, 207.

Trevisol D, Moreira LB, Kerkhoff A et al (2011) Health-related quality of life and hypertension: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Journal of Hypertension, 29(2): 179-188.

Tsai JC, Yang HY, Wang WH, et al. (2004) The beneficial effect of regular endurance exercise training on blood pressure and quality of life in patients with hypertension. Clin Exp Hypertens 26(3): 255-6.

Tsiantou V, Pantzou P, Pavi E, et al (2010) Factors affecting adherence to antihypertensive medication in Greece: Results from a qualitative study. Patient Preference and Adherence 4: 335- 343.

Tmer A, Suaşı Baybuğa M, Dereli F ve ark. (2016) Hipertansiyon hastalarının ila tedavisine uyum düzeyleri. Journal of Cardiovascular Nursing August 7(13): 105-113.

Türk hipertansiyon uzlaşı raporu (2015) http://www.turkendoktrin.org/files/Turk_hipertansiyon_uzlasi_raporu.pdf. (14.07.2019).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2012. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php (18.05.2019).

Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu (2000) https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_3575c.htm?wbnum=1105. (15.07.2019).

Türköz M, Acar N (2014) T.C. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi acil servisi'ne 10 gün içerisinde tekrar başvuran hastaların sıklığı, tekrar başvuru nedenlerinin incelenmesi:1 yıllık inceleme (Tıpta Uzmanlık Tezi), Eskişehir.

Ünal RN (2015) Hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde beslenme: güncel yaklaşımlar. *Bes Diy Derg* 43(1): 78-86.

Ünal PC, Çifçili S, Uzuner A ve ark. (2005) Hastaların hipertansiyon ve antihipertansifler konusundaki algı ve inanışları. *Türk Aile Hek Derg* 9: 153-8.

Ünsal B, İnci F (2013) Esansiyel hipertansiyonu olan bireylere verilen uyku hijyeni eğitiminin uyku kalitesine etkisi (Yüksek Lisans Tezi), Kayseri.

Varkl LC, Bertrand M, Akkerhuis KM (2012) Angiotensin-converting enzyme inhibitors reduce mortality in hypertension: a meta-analysis of randomized clinical trials of renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors involving 158 998 patients. *European Heart Journal* 33: 2088-2097.

Viera AJ, Neutze DM (2010) Diagnosis of secondary hypertension: an age-based approach. *American Family Physician* 82(12): 1471-1478.

Vural B, Acar ÖT, Topsever P ve ark. (2012) Modifiye morisky ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. *Family Phycian* 3. Cilt, 2.Sayı.

Waeber B (2001) Treatment strategy to control blood pressure optimally in hypertensive patient. *Blood Pressure* 10: 62-73.

Ware JE, Sherburne CD (1992) The MOS 36- item short form health survey (sf-36), I. Conceptual Framework andI tem selection. *Med Care* 30, 473-483.

Whelton SP, Chin A, Xin X et al (2002) Effect of aerobic exercise on blood pressure:A meta-analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 136(7):493-503.

World Health Organization (2003) Adherence to long-term therapies evidence for action. Switzerland, 1-192.

World Health Organization (2013) A global brief on hypertension. www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hyp_ertension/en/ (18.07.2019).

World Health Organization (2014) Global status report on noncommunicable diseases. Geneva, 1-264.

World Health Organization (2018) Ageing and health <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (20.10.2018).

World Health Organization <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> (18.07.2019).

Yıldız H (2017) Vasküler Sistem ve İlişkili Bozukluklar: Editör: Eti Aslan F, Olgun N, Fizyopatoloji, 1. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, s: 215-263.

Youssef G., Tebi IE, Osama D, et al (2016) Familial history of hypertension as a predictor of increased arterial stiffness in normotensive offspring. The Egyptian Heart Journal 69(1): 37-44.

Zungur M, Yıldız A (2004) Hipertansif hastaya yaklaşım. STED 13(8): 297-303.

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

- ACEİ:** Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
ARB: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri
ASH / ISH: America Hipertansiyon Derneği / Uluslararası Hipertansiyon Derneği
BB: Beta Bloker
BKİ: Beden Kitle İndeksi
DKB: Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ: WHO:Dünya Sağlık Örgütü
ESH/ESC: Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği
HT: Hipertansiyon
JNC: Birleşik Ulusal Komite
KA: Kalsiyum Antagonistleri
KB: Kan Basıncı
KD: Kardiyak Debi
KIDMED indeksi: Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi
PVD: periferik vasküler direnç
SKB: Sistolik Kan Basıncı
TD: Tiyazid Diüretikleri
YK: Yaşam Kalitesi

8. EKLER

EK 1

Genel Bilgi Formu

Yaş: Cinsiyet: 1. Kadın 2. Erkek

Memleket: Yerleşim yeriniz: 1. İl merkezi 2. İlçe merkezi 3. Köy 4.

Diğer

Medeni Durum: 1. Evli 2. Bekar 3. Dul 4. Boşanmış

Eğitim Düzeyi: 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6.

Üniversite 7. Lisansüstü

Meslek: 1. İşsiz 2. İşçi 3. Ev Hanımı 4. Emekli 5. Memur 6. Serbest meslek 7.

Diğer:....

Ekonomik Durum: 1. Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

Sigara kullanıyor musunuz? 1. Hayır 2. Bıraktım 3. Evet

Alkol kullanıyor musunuz? 1. Hayır 2. Bıraktım 3. Evet

Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? 1. Hayır 2. Ara sıra 3. Evet

Son 6 ay içinde kaç kez yüksek tansiyon nedeniyle acil servise başvurduunuz?.....

Son 6 ay içinde toplam kaç kez acil servise başvurduunuz?.....

Son 1 yıl içinde kaç kez yüksek tansiyon nedeniyle acil servise başvurduunuz?.....

Son 1 yıl içinde toplam kaç kez acil servise başvurduunuz?.....

Kaç yıldır hipertansiyon hastasıınız?.....

Ailenizde hipertansiyon hastası olan bireyler var mı? 1. Evet 2. Hayır

Hipertansiyon haricinde eşlik eden başka kronik hastalıklarınız var mı? 1. Var 2. Yok

Hipertansiyon (Yüksek tansiyon) hastalığınız için ilaç kullanıyor musunuz?

1. Hayır 2. Evet

Kaç tane farklı ilaç kullanıyorsunuz?.....

İlaçlarınızı düzenli olarak kullanıyor musunuz? 1. Hayır 2. Evet

Yüksek tansiyon için size herhangi bir diyet verildi mi? 1. Evet 2. Hayır

Verilen diyete uyuyor musunuz? 1. Evet 2. Hayır

Sistolik kan basıncı: Diyastolik kan basıncı: Kilo: Boy: Bki:

Modifiye Morisky Ölçeği

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu? Evet Hayır
2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz? Evet Hayır
3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu? Evet Hayır
4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu? Evet Hayır
5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz? Evet Hayır
6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu? Evet Hayır



KIDMED İNDEKSİ

KIDMED indeksi		
<i>İfadeler</i>	<i>EVET</i>	<i>HAYIR</i>
1 Hergün meyve veya taze sıkılmış meyve suyu tüketirim.		
2 Hergün ikinci bir meyve daha tüketirim.		
3 Düzenli olarak günde bir kez taze veya pişmiş sebze tüketirim.		
4 Günde birden fazla taze veya pişmiş sebze tüketirim.		
5 Düzenli olarak balık tüketirim (haftada en az 2-3 kez).		
6 Fast-food tarzı restoranlara (hamburger) haftada bir kereden fazla giderim.		
7 Baklagilleri severim ve haftada bir kereden fazla tüketirim.		
8 Makarna ve pilavı hemen hemen hergün tüketirim (haftada 5 veya daha fazla).		
9 Kahvaltıda tahıl (ekmek) veya tahıl ürünleri (tahıl gevreği) tüketirim.		
10 Düzenli olarak kuruyemiş tüketirim (haftada en az 2-3 kez).		
11 Evde zeytinyağı kullanırım.		
12 Kahvaltı yapmam.		
13 Kahvaltıda süt ve süt ürünleri tüketirim. (süt, yoğurt...)		
14 Kahvaltıda hazır fırın ürünleri veya hamur işleri tüketirim.		
15 Günlük olarak 2 bardak süt/yoğurt ve/veya 1 büyük dilim (40g) peynir tüketirim.		
16 Tatlı, şeker ve şekerlemeleri günde birkaç kez tüketirim		

Yaşam Kalitesi Ölçesi SF36

Hasta Adı Soyadı:

1.Genel olarak sağlığınız için aşağıdakilerden hangisini söyleyebilirsiniz?

- a) Mükemmel
- b) Çok iyi
- c) iyi
- d) Orta
- e) Kötü

2. Bir yıl öncesine karşılaştığınızda, şimdi genel olarak sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?

- a) Bir yıl öncesine göre çok daha iyi b) Bir yıl öncesine göre biraz daha iyi
- c) Bir yıl öncesi ile hemen hemen aynı d) Bir yıl öncesine göre biraz daha kötü
- e) Bir yıl öncesinden çok daha kötü

3. Aşağıdaki maddelerden gün boyunca yaptığınız etkinliklerle ilgilidir. Sağlığınız şimdi bu etkinlikleri kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

A- Koşmak, ağır kaldırmak, ağır sporlara katılmak gibi ağır etkinlikler

- 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
- 2) Evet, biraz kısıtlıyor
- 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor.

B- Bir masayı çekmek, elektrik süpürmesini itmek ve ağır olmayan sporları yapmak gibi orta dereceli etkinlikler

- 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
- 2) Evet, biraz kısıtlıyor
- 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor.

C- Günlük alışverişte alınanları kaldırma ve taşıma

- 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
- 2) Evet, biraz kısıtlıyor
- 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

D- Merdivenle çok sayıda kat çıkma

- 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
- 2) Evet, biraz kısıtlıyor
- 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

E- Merdivenle bir kat çıkma

- 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
- 2) Evet, biraz kısıtlıyor
- 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

F- Eğilme ve diz çökme

- 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
- 2) Evet, biraz kısıtlıyor
- 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

G- Bir iki kilometre yürüme

- 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
- 2) Evet, biraz kısıtlıyor
- 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor

H- Bir kaç sokak öteye yürüme

- 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
- 2) Evet, biraz kısıtlıyor

- 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
- İ- Bir sokak öteye yürüme
- 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
- 2) Evet, biraz kısıtlıyor
- 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
- J- Kendi kendine banyo yapma ve giyinme
- 1) Evet, oldukça kısıtlıyor
- 2) Evet, biraz kısıtlıyor
- 3) Hayır, hiç kısıtlamıyor
4. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınızın sonucu olarak, işiniz veya diğer etkinliklerinizde aşağıdaki sorunlardan biriyle karşılaştınız mı ?
- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zaman azalttınız mı?
- 1) Evet
- 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
- 1) Evet
- 2) Hayır
- C- İş veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama odlumu?
- 1) Evet
- 2) Hayır
- D- İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi? (örneğin daha fazla çaba gerektirmesi)
- 1) Evet
- 2) Hayır
5. Son 4 hafta boyunca duygusal sorunlarınızın (örneğin çökkünlük veya kaygı) sonucu olarak, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizle ilgili aşağıdaki sorunlarla karşılaştınız mı ?
- A- İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?
- 1) Evet
- 2) Hayır
- B- Hedeflediğinizden daha azını mı başardınız?
- 1) Evet
- 2) Hayır
- C- İşiniz veya diğer etkinliklerinizi her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?
- 1) Evet
- 2) Hayır
6. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla olan olağan sosyal etkinliklerinizi ne kadar etkiledi?
- a) Hiç etkilemedi
- b) Biraz etkiledi
- c) Orta derecede etkiledi
- d) Oldukça etkiledi
- e) Aşırı etkiledi
7. Son 4 hafta boyunca ne kadar ağrınız oldu?
- a) Hiç
- b) Çok hafif
- c) Hafif
- d) Orta
- e) Şiddetli
- f) Çok şiddetli

8. Son 4 hafta boyunca ağrınız, normal işinizi (hem ev işlerinizi hem ev dışı işinizi düşününüz) ne kadar etkiledi?

- | | |
|-------------------------|---------------------|
| a) Hiç etkilemedi | b) Biraz etkiledi |
| c) Orta derece etkiledi | d) Oldukça etkiledi |
| e) Aşırı etkiledi | |

9. Aşağıdaki sorular sizi son 4 hafta boyunca neler hissettiğinizle ilgilidir. Her soru için sizin duygularınızı en iyi karşılayan yanıtı, son 4 haftadaki sıklığını göz önüne alarak seçiniz.

A- Kendinizi yaşam dolu hissettiniz mi?

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Her zaman | b) Çoğu zaman |
| c) Oldukça | d) Bazen |
| e) Nadiren | f) Hiçbir zaman |

B- Çok sinirli bir insan oldunuz mu?

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Her zaman | b) Çoğu zaman |
| c) Oldukça | d) Bazen |
| e) Nadiren | f) Hiçbir zaman |

C- Sizi hiçbir şeyin neşelendiremeyeceği kadar kendinizi üzgün hissettiniz mi?

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Her zaman | b) Çoğu zaman |
| c) Oldukça | d) Bazen |
| e) Nadiren | f) Hiçbir zaman |

D- Kendinizi sakin ve uyumlu hissettiniz mi?

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Her zaman | b) Çoğu zaman |
| c) Oldukça | d) Bazen |
| e) Nadiren | f) Hiçbir zaman |

E- Kendinizi enerjik hissettiniz mi?

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Her zaman | b) Çoğu zaman |
| c) Oldukça | d) Bazen |
| e) Nadiren | f) Hiçbir zaman |

F- Kendinizi kederli ve hüzünlü hissettiniz mi?

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Her zaman | b) Çoğu zaman |
| c) Oldukça | d) Bazen |
| e) Nadiren | f) Hiçbir zaman |

G- Kendinizi tükenmiş hissettiniz mi?

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Her zaman | b) Çoğu zaman |
| c) Oldukça | d) Bazen |
| e) Nadiren | f) Hiçbir zaman |

H- Kendinizi mutlu hissettiniz mi?

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Her zaman | b) Çoğu zaman |
| c) Oldukça | d) Bazen |
| e) Nadiren | f) Hiçbir zaman |

İ- Kendinizi yorgun hissettiniz mi?

- | | |
|--------------|-----------------|
| a) Her zaman | b) Çoğu zaman |
| c) Oldukça | d) Bazen |
| e) Nadiren | f) Hiçbir zaman |

10. Son 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinizi (arkadaş veya akrabalarınızı ziyaret etmek gibi) ne sıklıkla etkiledi?

- | | |
|--------------|---------------|
| a) Her zaman | b) Çoğu zaman |
| c) Bazen | d) Nadiren |

e) Hiçbir zaman

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar doğru ve yanlıştır? Her bir ifade için en uygun olanı işaretleyiniz.

A- Diğer insanlarla biraz daha kolay hastalanıyor gibiyim.

- a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

B- Tanıdığım diğer insanlar kadar sağlıklıyım.

- a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

C- Sağlığımın kötüye gideceğini düşünüyorum.

- a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

D- Sağlığım mükemmel.

- a) Kesinlikle doğru b) Çoğunlukla doğru
c) Bilmiyorum d) Çoğunlukla yanlış
e) Kesinlikle yanlış

ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ ETİK KURUL ONAYI



T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Genel Sekreterlik



Sayı: 26468960-044/8106
Konu: Ebru GÜLTEKİN'in Uygulama İzni

01/03/2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 25.01.2019 tarihli ve 48171802-302.14.01/232 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda bahsi geçen Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Hicran YILDIZ danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Ebru GÜLTEKİN'in "Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Tipi Beslenme Ve İlaç Tedavisine Uyumun Acil Servise Başvuru Sıklığına Ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışması Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'nca incelenmiş olup, alınan karar ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Mehmet YÜCE
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek :
Karar Örneği (1 Sayfa)

Bu belge, 5070 sayılı Kanun hükümlerine uygun olarak elektronik imza ile imzalanmıştır.

U.Ü Rektörlüğü Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer/BURSA
Tel: 0224 294 00 38 Faks: 0224 294 00 37
e-posta : uugs@uludag.edu.tr Elektronik Ağ: www.uludag.edu.tr
uludag.rektorluk@hs03.kep.tr

Bilgi için :Özge ABİÇ
Tel: 0224 294 00 86

Bu belge UDOS ile hazırlanmıştır. Teyit için: <https://udos.uludag.edu.tr/teyit/?mMgS2naXNE6Igs6rD7bePw>



BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI

OTURUM TARİHİ
12 Şubat 2019

OTURUM SAYISI
2019-03

KARAR NO 8: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Hicran YILDIZ danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Ebru GÜLTEKİN'in "Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Tipi Beslenme Ve İlaç Tedavisine Uygun Acil Servise Başvuru Sıklığına Ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı araştırma kapsamında uygulanacak anket sorularının değerlendirilmesine geçildi.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç. Dr. Hicran YILDIZ danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Ebru GÜLTEKİN'in "Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Tipi Beslenme Ve İlaç Tedavisine Uygun Acil Servise Başvuru Sıklığına Ve Yaşam Kalitesine Etkisi" başlıklı araştırması kapsamında uygulayacağı anket sorularının, fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metot ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurucuya ait olmak üzere uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.



katılmadı
Prof. Dr. Bahattin HAKYEMEZ
Üye

Prof. Dr. Mustafa OĞAN
Üye

Prof. Dr. İlker ERCAN
Üye

Prof. Dr. Berrin TUNCA
Üye

Prof. Dr. Ülgen GÜNAY
Üye

Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU
Üye

İSTANBUL VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ
13.03.2019 10:40 - 16867222 - 604.01.01 - E.1904



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Ebru GÜLTEKİN'in
Araştırma İzni Hk.

BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)
(Görükle Kampüsü 16059 Nilüfer / Bursa)

İlgi : a) 12/04/2019 tarihli ve 71211201-14449 sayılı yazı.
b) 13/05/2019 tarihli ve 47150177-604.01.01-4225 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Ebru GÜLTEKİN, Doç. Dr. Hicran YILDIZ'ın danışmanlığında yürütülen "Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Tipi Beslenme ve İlaç Tedavisine Uyumun Acil Servise Başvuru Sıklığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışmasını, Tuzla Devlet Hastanesi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Kurumumuza bağlı Tuzla Devlet Hastanesi'nin ilgi b) sayılı yazısında; "hastalardan onam almak şartıyla uygun görülmüştür" denilmekte olup, belirtilen şarta bağlı kalmak koşulu ile Müdürlüğümüz tarafından onaylanmıştır. Konunun çalışmada adı geçen öğrenciniz, Ebru GÜLTEKİN'e tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

EKLER:
1- Hastane Görüş Yazısı.

ÜYETLİ ELEKTRONİK İMZALI
ASLI İLE AYNI DİR
16.05.2019

Permin GÖRECEK
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Birim Sorumlusu

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Telefon: Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evtakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e9399ce6-ce9f-4b1d-8e46-83b808fc7175 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Tuzla Devlet Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TUZLA DEVLET HASTANESİ
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TUZLA DEVLET HASTANESİ
13/05/2019 15:30 - 47150177 - 604.01.01 - E.4725



00093394440

GÜNLÜDÜR

Sayı : 47150177-604.01.01
Konu : Ebru GÖLTEKİN'in
Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İlgi : 08/05/2019 Tarihli ve 16867222-604.01.01-1805 Sayılı Yazı.

İlgi kayıtlı yazı ile Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi **Ebru GÖLTEKİN**, Doç. Dr. Hicran YILDIZ'ın danışmanlığında yürütülen "**Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Tipi Beslenme ve İlaç Tedavisine Uyumun Acil Servise Başvuru Sıklığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi**" konulu tez çalışmasını, hastanemizde yapma talebi hastalardan onam almak şartıyla uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Uz. Dr. Selçuk BOZHALİL
Başhekim

TUZLA DEVLET HASTANESİ

Telefon: 0216 494 09 52 - 3434 Faks No:

e-Posta: elif.cakar2@saglik.gov.tr İnternet Adresi: elifdefnocakar@gmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 963b650e-8738-41ab-8e46-11724c319d1f kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Elif ÇAKAR

HEMŞİRE

Telefon No: 02164940955

9. TEŞEKKÜR

Gerek lisans eğitimim sırasında gerekse yüksek lisans eğitimimin her aşamasında benden yardımlarını esirgemeyen, sabırlı, anlayışlı ve hoşgörölü yaklaşımı ile beni cesaretlendiren, değerli bilgi ve tecrübeleri ile rehberlik eden, danışman hocam Doç. Dr. Sayın Hicran Yıldız'a, verilerin toplanması sırasında yardımcı olan İstanbul Tuzla Devlet hastanesi acil servis çalışanlarına ve Mede ailesine, çalışmamın veri tabanını oluşturan tüm bireylere, eğitimim boyunca sevgi ve destekleriyle yanımda olan, sabrını ve fedakarlığını hiç esirgemeyen aileme ve eşime sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ebru GÜLTEKİN KÖSE

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Ebru GÜLTEKİN KÖSE

Doğum Yılı: 1994

Doğum Yeri: Domaniç

E-mail: ebrugultekin9494@hotmail.com

Eğitim:

2016 – 2019 Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yüksek Lisans), Bursa

2012 – 2016 Uludağ Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Bursa

2008 – 2012 Tavşanlı Anadolu Lisesi, Kütahya

Mesleki Deneyim:

İstanbul Tuzla Devlet Hastanesi Acil Servis Hemşiresi 2017-