T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN 18-50 YAŞ ARASI BİREYLERDE KARDİYOVASKÜLER HASTALIK BİLGİ DÜZEYİ VE SAĞLIK ALGI DÜZEYİNİN HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUM VE DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. ÜMİT YILMAZ

ALİ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. CAHİT ÖZER

HATAY-2025

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN 18-50 YAŞ ARASI BİREYLERDE KARDİYOVASKÜLER HASTALIK BİLGİ DÜZEYİ VE SAĞLIK ALGI DÜZEYİNİN HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUM VE DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. ÜMİT YILMAZ

ALİ HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. CAHİT ÖZER

T.C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN 18-50 YAŞ ARASI BİREYLERDE KARDİYOVASKÜLER HASTALIK BİLGİ DÜZEYİ VE SAĞLIK ALGI DÜZEYİNİN HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUM VE DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. ÜMİT YILMAZ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza)…….

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının "Tıpta Uzmanlık" derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza)…….

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönüyle "Tıpta Uzmanlık" tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza)…….

Prof. Dr. Cahit ÖZER

Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Prof. Dr. Erhan YENGİL
3. Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER iii
IV. TABLOLAR LİSTESİ v
V. ŞEKİLLER LİSTESİ viii
VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ ix
VII. TEŞEKKÜR x
VIII. ÖZET xi
IX. ABSTRACT xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Hipertansiyon Tanımı 4
2.2. Hipertansiyon Etyolojisi 4
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması 5
2.3.1. Etyolojisine Göre 5
2.3.2. Kan Basıncına Göre 5
2.4. Hipertansiyon Epidemiyolojisi 5
2.5. Hipertansiyon Tanısal Değerlendirme 6
2.5.1. Anamnez 6
2.5.2. Fizik Muayene 6
2.5.3. Kan Basıncı Ölçümü 7
2.5.4. Laboratuvar Değerlendirmesi 8
Klinik Gerekçeye Dayalı Ek Testler 9
2.6. Hipertansiyon Risk Faktörleri 9
2.6.1. Önlenebilir Risk Faktörleri 9
2.6.2. Önlemez Risk Faktörleri 14
2.7. Hipertansiyonun Önlenmesi 14
2.8. Hipertansiyon Taranması 15
2.9. Kardiyovasküler Hastalık/Hipertansiyon İlişkisi 15
2.10. Sağlık Algısı 16
3. GEREÇ ve YÖNTEM 18
3.1.Etik Kurul Onayı 18
3.2. Evren ve Örneklem 18

3.3.Verilerin Toplanması 19
3.4 Anket ve Ölçekler 19
3.5. İstatistiksel Analiz 21
4. BULGULAR 22
5. TARTIŞMA 86
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 96
7. KAYNAKLAR 98
8. EKLER 112
9. ÖZGEÇMİŞ 119

IV. TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri 22

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik diğer özellikleri 24

Tablo 3. Katılımcıların ölçeklerden almış oldukları puanların ortancaları 25

Tablo 4. Cinsiyete Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması 26

Tablo 5. Cinsiyete Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları Karşılaştırması .. 26

Tablo 6. Cinsiyete Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları Karşılaştırması..... 27

Tablo 7. Meslek Sınıflarına Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Ortancaları Karşılaştırması 28

Tablo 8. Meslek Sınıflarına Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması.. 29

Tablo 9. Meslek Sınıflarına Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 32

Tablo 10.Eğitim Durumuna Göre Karrıf Ölçeği Toplam Puan Ortancaları Karşılaştırması 34

Tablo 11. Eğitim Durumlarına Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 35

Tablo 12. Eğitim Durumlarına Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 37

Tablo 13. Medeni Duruma Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması..... 38

Tablo 14. Medeni Durumuna Göre HKTÖ ve Alt Ölçekleri Toplam Puan Karşılaştırması 39

Tablo 15. Medeni Durumuna Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması… 40

Tablo 16. Sigara İçme Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması… 41

Tablo 17.Sigara İçme Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 42

Tablo 18.Sigara İçme Durumuna Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 43

Tablo 19. Alkol Kullanma Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması 44

Tablo 20.Alkol Kullanma Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 45

Tablo 21.Alkol Kullanma Durumuna Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 46

Tablo 22. Gelir Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması 47

Tablo 23.Gelir Düzeyi Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 48

Tablo 24.Gelir Düzeyi Durumuna Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 50

Tablo 25. Yaşadığı Yere Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması 51

Tablo 26. Yaşadığı Yere Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması .. 52

Tablo 27. Yaşadığı Yere Göre SAÖ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması. 53

Tablo 28. Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması 54

Tablo 29. Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 55

Tablo 30. Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre SAÖ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 56

Tablo 31. Ailede HT ve KVH Olma Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması 58

Tablo 32. Ailesinde HT Olma Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 59

Tablo 33. Ailede HT Olma Durumuna Göre SAÖ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 60

Tablo 34. Ailesinde KVH Olma Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 62

Tablo 35. Ailede KVH Olma Durumuna Göre SAÖ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 64

Tablo 36. Düzenli Tansiyon Ölçtürme Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması 65

Tablo 37. Düzenli Tansiyon Ölçtürme Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 66

Tablo 38. Düzenli Tansiyon Ölçtürme Durumuna Göre SAÖ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 67

Tablo 39. Daha Önce Ölçülen Tansiyon Sonucuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması 68

Tablo 40. Daha Önce Ölçülen Tansiyon Sonucuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 69

Tablo 41. Daha Önce Ölçülen Tansiyon Sonucuna Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 71

Tablo 42.Tansiyon Ölçüm Sayısına Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması… 72

Tablo 43. Tansiyon Ölçüm Sayısına Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 73

Tablo 44. Tansiyon Ölçüm Sayısına Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması 75

V. ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. SAÖ Toplam Puanın Mesleklerle Arasındaki İlişki 76
Şekil 2. KARRIF Toplam Puanın Mesleklerle Arasındaki İlişki 77
Şekil 3. HKTO Toplam Puanın Mesleklerle Arasındaki İlişki 78
Şekil 4. HKTO toplam puan ile Son 1 yılda tansiyon ölçüm sayısı arasındaki ilişki 79
Şekil 5. SAÖ toplam puan ile Son 1 yılda ölçülen tansiyon sayısı arasındaki ilişki..... 80
Şekil 6. KARRIF toplam puan ile Son 1 yılda ölçülen tansiyon sayısı arasındaki ilişki 81
Şekil 7. HKTO toplam puanının Ailesinde hipertansiyon olup olmama durumuyla ilişkisi.. 82
Şekil 8. KARRIF Toplam Puan Skoru İle HKTÖ Toplam Puan Skoru Arasındaki İlişki..... 83
Şekil 9. SAÖ Toplam Puanı ile HKTO Toplam Puanı Arasındaki İlişki..... 84
Şekil 10. KARRIF Toplam Puan İle SAÖ Toplam Puan Arasındaki İlişki 85

VI. KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ABPM: Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümleri

AH: Ailesel Hiperkolesterolemi

ASKVH: Atero Sklerotik Kardiyo Vasküler Hastalık

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

EKG: Elektrokardiyografi

GFR: Glomeruler Filtrasyon Hızı

HBPM: Ev Ortamında Gerçekleştirilen Ölçümler

HDL: Yüksek Dansiteli Lipoprotein

HKTÖ: Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği

HMKÜ: Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi

HT: Hipertansiyon

HYP: Hastalık Yönetim Platformu

KARRİF-BD: Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi

KVH: Kardiyo Vasküler Hastalık

LDL: Düşük Dansiteli Lipoprotein

OGTT: Oral Glukoz Tolerans Testi

OSA: Obstruktif Uyku Apnesi

OUAS: Obstruktif Uyku Apne Sendromu

PAP: Pozitif Havayolu Basıncı

PATEN T: Türkiye'de hipertansiyonun yaygınlığı, farkındalığı, tedavisi ve kontrolü

PATEN T2: Türkiye'de hipertansiyonun yaygınlığı, farkındalığı, tedavisi ve kontrolü 2.çalışma

SAÖ: Sağlık Algısı Ölçeği

SCORE-2: Sistemik Koroner Risk Tahmini 2

SKB: Sistemik Kan Basıncı

TSH: Tiroid Stimulan Hormon

VII. TEŞEKKÜR

6 yıllık uzun uzmanlık eğitim süreci boyunca kendisinin desteğini hep hissettiğim, aile hekimliğinin bütüncül ve hasta merkezli bakış açısını bize aktarıp ufkumuzu genişleten akademik toplantılarımızda her daim öğretici olan, öğrenmeye her zaman açık olmamızı bize aşılayan, öğretirken kırıcı hiçbir söz söylemeden espriyle hoşgörüyle düşüncelerini aktaran, asistanlık sürecimin her problemli döneminde kendisinin yanına gidip hiçbir zaman çözümsüz dönmediğim, çok yoğun bir tempoyla çalışmasına rağmen tez yazımımın her aşamasında desteğini gördüğüm, çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Cahit ÖZER' e,

Bize her zaman hekimliğin ince noktalarını, dikkatten kaçmaması gereken yerlerini hatırlatan, verdiği eğitimlerle tez yazımı aşamalarında bize yol gösteren, aile hekimliği panelleri, sempozyumları, programlarında her zaman organizasyon planlayıcısı olarak bizlere bu süreçleri kolaylaştıran, desteğini, güleryüzünü hiç esirgemeyen, başımızdan geçen en acı olaylardan sonra ,en zor şartlarda bile hekimliğin, insanlara şifa dağıtabilmenin hem hastalarımıza hem kendimize iyileştirici olduğunu kendisinden öğrendiğimiz çok değerli hocam Prof. Dr. Erhan YENGİL'e,

Uzmanlık eğitim sürecinde her zaman eğitim programlarımızda bizimle olan, aile hekimliğinin danışmanlık ve birincil koruma açısından ne kadar önemli olduğunu hissettiren, hangi konuda destek ve çözüm istesek bizim derdimize çare olan, her zaman güler yüzlü, hoşgörülü, kendisinin yanında kendimizi değerli hissettiğimiz, makale okumak, seminerler düzenlemek, bilimsel araştırmalar yapmak konusunda bize verdiği eğitimlerle kendimizi hekimlik konusunda çağı yakalamak için yeterli düzeye çıkarmaya çalışan çok kıymetli hocam Doç. Dr. Pınar DÖNER GÜNER'e

Uzmanlık eğitim süreci boyunca artık arkadaş, abi, kardeş olduğumuz kendilerinden de çok şey öğrendiğim kıymetli çalışma arkadaşlarıma,

Her zaman desteğini yanımda hissettiğim, zorlukları beraber göğüslediğimiz canım aileme,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Ümit YILMAZ

VIII. ÖZET

BİRİNCİ BASAMAĞA BAŞVURAN 18-50 YAŞ ARASI BİREYLERDE KARDİYOVASKÜLER HASTALIK BİLGİ DÜZEYİ VE SAĞLIK ALGI DÜZEYİNİN HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUM VE DAVRANIŞLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Aile sağlığı merkezine başvuran 18-50 yaş arası hipertansiyon tanısı almamış bireylerde kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlık algı düzeyinin hipertansiyondan korunma tutumları üzerine etkisini incelemek hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma Hatay ili Reyhanlı ilçesinde 70. Yıl 1 nolu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18-50 yaş arası bireylere yapılan kesitsel tip anket çalışmasıdır. Aile sağlığı merkezine başvuran bireylere yüz yüze ve google anket şeklinde uygulanmıştır. Sosyodemografik sorularda kişilere ait veriler, ailelerde kronik hastalık varlığı, bireylerin hipertansiyona dair uygulamaları sorulmuş, bunun yanında kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ölçeği (KARRIF-BD), sağlık algısı ölçeği (SAÖ), hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği (HKTÖ) katılımcılara yöneltilmiştir.

Bulgular: Toplam 994 birey çalışmayı tamamlamıştır. Katılımcıların 566'sı (%56,9) kadın, 428'i (%43,1) erkek idi. Yaş ortalaması 32,24 ±9,02 bulundu. Katılımcıların KARRIF-BD toplam puan ortancası 20 (min. 0, maks. 28), HKTÖ toplam puan ortancası 132 (min. 53, maks. 160), SAÖ toplam puan ortancası ise 49 (min. 15, maks. 75) bulundu. Hipertansiyondan korunma tutumları açısından kadın olmak ($p<0,001$), yükseköğretim mezunu olmak ($p<0,001$), evli olmak ($p<0,001$), geliri giderinden fazla olmak ($p<0,001$), sigara içmemek ($p<0,001$), şehirde yaşamak ($p<0,001$), ailesinde hipertansiyon ve kardiyovaskuler hastalık olması ($p<0,001$), sürekli ilaç kullanmıyor olmak ($p=0,034$), son bir yılda tansiyonunu birden fazla ölçtürmüş olmak ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Katılımcıların HKTÖ toplam puan ortancası ile SAÖ toplam puan ortancası arasında anlamlı zayıf pozitif korelasyon tespit edilirken ($r=0,275$, $p<0,001$), KARRIF toplam puan ortancası arasında anlamlı güçlü pozitif korelasyon tespit edilmiştir ($r=0,522$, $p<0,001$).

Sonuçlar: Birinci basamağa başvuran bireylerin bilgi düzeyleri ve algılanan sağlık düzeyleri arttıkça hipertansiyondan korunma tutumları da artmaktadır. Ailesinde kronik hastalığı olanların hipertansiyondan korunma tutumları da yükselmektedir. Bu bağlamda farkındalık arttıkça tutum da artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, KVH, sağlık algısı, KARRIF-BD, birinci basamak, korunma tutumu

IX. ABSTRACT

THE EFFECT OF CARDIOVASCULAR DISEASE KNOWLEDGE AND HEALTH PERCEPTION ON HYPERTENSION PREVENTION ATTITUDES AND BEHAVIOURS OF ADULTS AGED 18-50 YEARS IN PRIMARY CARE

Aim: The study was aimed to examine the effect of knowledge level of cardiovascular disease risk factors and health perception level on hypertension prevention attitudes in individuals aged 18-50 years who applied to the family health centre and who were not diagnosed with hypertension.

Materials and Methods: This cross-sectional survey study was conducted among individuals aged 18 to 50 who applied to the a family health center located in the Reyhanlı district of Hatay province. The survey was administered both face-to-face and Google Forms to individuals visiting the family health center. Sociodemographic data were collected, including information on the presence of chronic diseases in the family and the participants' practices related to hypertension. In addition, participants were asked to complete the Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level Scale (CARRF-KL), the Health Perception Scale (HPS), and the Hypertension Prevention Attitudes Scale (HPAS).

Findings: A total of 994 individuals completed the study. 566 (56.9%) of the participants were female and 428 (43.1%) were male. The mean age of the participants was 32.24 ± 9.02 years. The median CARRIF-BD total score was 20 (min 0, maks28), the median HCPA total score was 132 (min 53, maks 160), and the median HPS total score was 49 (min 15, maks 75). In terms of hypertension prevention attitudes, being female ($p<0,001$), being a higher education graduate ($p<0,001$), being married ($p<0,001$), having more income than expenses ($p<0,001$), not smoking ($p<0,001$), living in the city ($p<0,001$), having Hypertension and CVD in the family ($p<0,001$), not using any medication regularly ($p=0,034$), having had more than one blood pressure measurement in the last a year ($p<0.001$) were found to be statistically significant. While a significant weak positive correlation was found between the median of the total score of HCPA and the median of the total score of HPS ($r=0.275$, $p<0.001$), a significant strong positive correlation was found between the median of the total score of CARRIF ($r=0.522$, $p<0.001$).

Results: As the level of knowledge and perceived health levels of individuals applying to the primary care centre increase, their attitudes towards hypertension prevention also increase. Attitudes towards hypertension prevention are also higher in those who have chronic diseases in their families. In this context, as awareness increases, attitudes also increase.

Keywords: Hypertension, CVD, health perception, KARRIF-BD, primary care, prevention attitude

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, kronik olması, çok ciddi komplikasyonlara sebep olabilmesi ve en önemlisi dünyada ve ülkemizde çok yüksek oranda olması ile kendini gösteren sağlığı tehdit eden bir hastalıktır(1,2) .

Dünyada yetişkinlerin %31,1'inin (1,39 milyar) hipertansiyon hastası olduğu tahmin edilmektedir. Sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi düşük ve orta olan ülkelerde bu oran (%31.5, 1.04 milyar kişi) iken ; sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelerde ise (%28.5, 349 milyon kişi) olarak bilinmektedir. Tuz tüketiminin yüksek olması, yüksek kilolu olmak, sedanter yaşam biçimi, yeterli sportif aktivite yapmamak bu prevalans farklılığının başlıca nedenlerindendir. Prevalans artmasına karşın, hipertansiyon farkındalığı, tansiyon kontrolü oranları düşük kalmıştır(3).

Türkiye'de, yetişkin bireylerin yaklaşık 1/3 ü hipertansiyon hastasıdır.2003 de yapılan PatenT çalışması sonucu ülkemizde Hipertansiyon prevalansı %31.8 bulunurken;2012 yılında yapılan PatenT2 çalışma sonucunda ise %30,3 olarak bulunmuştur. Toplumumuzda 40 yaş sonrası, hipertansiyon hastalığında yükseliş tespit edilmiştir(4,5)

Hastaların %50'si tansiyon hastalığının farkında değil ve bu hastalıkla ilgili bilgi düzeyi düşüktür. Hastalığının farkında ve hastalık bilgi düzeyleri yüksek olanın bir kısmı ise kontrol altında olmak için herhangi bir şey yapmamaktadırlar(6). Bu farkındalığı artırmak hem hipertansiyonu kontrol altına almada, hem dünya çapında prevalansı düşürmede hem sağlık için harcanan miktarı azaltmak ve refah seviyesini artırmak için değerlidir(3).

Yaşı 20 den küçük ve 50 den büyük olan bireylerde ortaya çıkan tansiyon yüksekliğinde sekonder nedenler ; şiddetli ve bir anda başlayan 180/110 üstü tansiyon ölçümleri, ailede HT öyküsü olması, hedef organlarda hipertansiyona bağlı hasar oluşanlar, tedavi başlanmış ama yanıtı olmayan kişiler, tansiyonu kontrol altındayken tedaviye uyumu bozulanlar ya da kontrolsüz hipertansiyona dönüşenler araştırılmalı, en kısa sürede altta yatan nedene yönelik tedavi başlanmalıdır(1).

Hipertansiyonun erkenden yakalanması ve kontrol altında tutulmaya çalışılmasının nedeni; kardiyovaskuler, nörolojik, renal hasarların riskini düşürüp bu hastalıkların etki edebileceği mortaliteyi azaltmaktır(1).

Sağlık bakımı; bireylerin sağlığının devamını sağlamak için danışmanlık yapmak, sağlığı bozabilecek etmenlere karşı bireyi korumak ve risklerden uzaklaştırmak, riski yüksek bireylerin riskini azaltmak, var olan hastalıkların erken dönemde tanısını koyup tedavisine başlamak, hipertansiyon gibi kronik rahatsızlıkların morbidite ve mortalitesini engellemeye çalışmak olarak adlandırılır(7). Hipertansiyon tedavi edilebilen ama daha öncesi ve önemlisi önlenebilen bir hastalıktır. Buna dayanarak hipertansiyonun sıklığını azaltmak, algı ve farkındalık oluşturmak, kişilere HT için riskli durumları ve davranışları anlatmak böylece tutumlarında pozitif değişiklikler sağlamak birinci basamağın yani aile hekimlerinin asıl görev ve sorumluluklarındandır. Bu sebeple geliştirilen ; Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği (HKTÖ) HT için farkındalık oluşturma ve pozitif tutum geliştirmeye destek olabilir(1).

Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) için en önemli risk faktörlerinden biri hipertansiyondur(8,9). Hipertansiyon; sağlıksız beslenme, diyabet, fiziksel inaktivite , dislipidemi, ve aşırı kilo gibi diğer KVH risk faktörleri ve sağlıklı olamayan yaşam tarzı davranışları ile beraber görülür(10). Hipertansiyondan korunma için öncelikle sebep olabileceği diğer hastalıklar konusunda bireyler bilgilendirilmeli ve bir farkındalık oluşturulmalıdır. Bu çalışmada, Türkiye'de kişilerin KVH risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyini görmede kullanılabilecek, geçerliliği ve güvenilirliği ispat edilmiş ilk ölçek olan KARRİF-BD Ölçeği kullanılmıştır (11).

Bir toplumun algıladığı sağlık durumu, o toplumun sağlık düzeyini değerlendirmeyi olanaklı kılar. Sağlık algısı düzeyi toplumun yaşam kalitesini ve sağlığını kontrol etmede önde gelen göstergelerdendir(11).Toplumdaki bireylerin sağlık tutum ve davranışlarına dair algı düzeyi ve bu davranışların kontrolünün nasıl olduğunun öğrenilmesi bireylere doğru davranış kazandırmada etkilidir. Eğer birey sağlığına dair tutum ve davranışlarındaki yanlışları algılamıyorsa bu durumu düzeltmek için gerekli çabayı sarfetmeyecek, sağlık profesyonellerinden destek istemeyecek, kendisine sunulan sağlık tedbirlerini yerine getirmekte lakayt

kalacaktır(12). Bireyin sağlığını etkileyen tutum ve davranışlarının oluşması , bu tutum ve davranışların nasıl değiştirilebileceğine dair bir çok kavramsal model ortaya atılmıştır(13).Bu modellerde sağlık davranışlarıyla ilişkili faktörler tutumlar, algılar ve inançlar olarak gösterilmektedir. Araştırmamızda kullandığımız Sağlık Algısı Ölçeği de bize bu konuda net bilgiler veren 2007 yılında Diamond ve ark. tarafından geliştirilmiş, bir ölçektir (14) .

Birinci basamak hekimleri olarak en büyük hedeflerimizden birisi de hastalıkları ortaya çıkmadan önlemeye çalışmak insanları bilgilendirmek ve kendilerini hem bedenen hem de ruhen tam sağlıklı hissetmelerine katkıda bulunmaktır. Aile hekimliğinin çekirdek yeterliliklerinden olan kapsamlı yaklaşımın bir dalı olan sağlığın ve iyiliğin teşviği , hem de bütüncül yaklaşımda yer alan kişinin her yönüyle sağlıklı olmasını desteklemek kişiyi bir bütün olarak ele alıp kültürel, sosyal ,varoluşsal değerlendirip çevre şartlarına göre risk taşıyan her türlü hastalık oluşturabilecek etmenlerde korumak ana sorumluluklarımızdandır.

Buna dayanarak birinci basamağa başvuran bireylerin hipertansiyondan korunmak için nasıl bir tutum ve davranış düzeyinde olduğunu ve bu durumun bireylerin kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ve sağlık algı düzeyleriyle ilişkisini araştırmak için bu çalışma yürütülmüştür. Bireylerin hipertansiyondan korunmak için uyguladığı davranış ve tutumu ölçmek aslında birincil korunmanın ne kadar etkili olduğunu ve birinci basamakta bunu geliştirmek için neler yapılabileceği ile ilgili bir veri de sunacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon Tanımı

Tekrarlayan ölçümlerde 140/90 mmHg den yüksek çıkan kan basıncı hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır(15). Bununla birlikte, 'yükselmiş kan basıncı' adı verilen yeni bir kategori literatüre eklenmiş; bu grup, sistolik basıncın 120–139 mmHg veya diyastolik basıncın 70–89 mmHg arasında olduğu durumları kapsamaktadır(16).

2.2. Hipertansiyon Etyolojisi

Nedenlerine göre hipertansiyon primer ve sekonder olarak ikiye ayrılmaktadır:

Primer Hipertansiyon: Nedeni tam olarak saptanamayan hipertansiyon olgularına primer hipertansiyon denir ve bu hastaların %90 ını oluşturur(17). Günümüzde primer hipertansiyon, artan şekilde, bağımsız bir hastalık olarak değil; farklı bireysel rahatsızlıkların ortak yansıması olan bir sendrom biçiminde ele alınmaktadır. Bu sendromun temel göstergesi ise kan basıncının normalin üzerine çıkmasıdır(18).

Sekonder Hipertansiyon: Sekonder hipertansiyon, belirli bir nedene dayandırılabilen arteriyel kan basıncı yüksekliğini tanımlar ve tüm hipertansiyon vakalarının yaklaşık %5 ila %10'unu oluşturur(19).Hipertansiyonun neredeyse tüm sekonder türleri, bir ya da daha fazla endokrin sistemde meydana gelen işlevsel bozukluklarla ilişkilendirilmektedir(20). Hipertansiyonun genetik bir temele sahip olduğu uzun süredir kabul görmektedir; öyle ki genel popülasyonda kalıtımsal etkilerin oranı %25 ile %60 arasında değişmektedir(21). Hem klinik öncesi hem de klinik düzeyde elde edilen önemli bulgular, yükselmiş kan basıncıyla birlikte ortaya çıkan kardiyovasküler risklerin büyük oranda genetik faktörlerle çevresel etkenlerin etkileşimine bağlı olduğunu ortaya koymuştur(21). Obstruktif uyku apne sendromu, Renal parankimal hastalıklar, Renal arter stenozu, Primer aldosteronizm, Tiroid hastalıkları, Cushing sendromu, Feokromasitoma, Aort koarktasyonu başlıca sekonder hipertansiyon nedenleridir(22).

2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

2.3.1. Etyolojisine Göre

Primer ve Sekonder hipertansiyon olarak ikiye ayrılmaktadır. Yaklaşık %90 ı primer %10 kadarı da sekonder olarak nitelendirilmektedir(22).

2.3.2. Kan Basıncına Göre

Yeni kan basıncı sınıflamaları şu şekilde belirlenmiştir:

1) Normal: sistolik <120 mmHg ve diyastolik <80 mmHg,

2) Yüksek: sistolik 120–129 mmHg ve diyastolik <80 mmHg,

3) Evre 1 hipertansiyon: sistolik 130–139 mmHg veya diyastolik 80–89 mmHg,

4) Evre 2 hipertansiyon: sistolik ≥140 mmHg veya diyastolik ≥90 mmHg(23).

Bu sınıflamalar, tek bir ölçüm yerine, en az iki farklı zamanda yapılan ve ortalaması alınan iki veya daha fazla kan basıncı ölçümüne dayanmalıdır. Kişiler, ölçülen en yüksek sistolik ya da diyastolik değere göre uygun kategoriye yerleştirilir. Ayrıca, ofis dışında yapılan kan basıncı ölçümleri (örneğin evde veya ayaktan takip ile) ofis içi ölçümlerle karşılaştırmalı olarak değerlendirilmelidir(23).

2.4. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon prevalansı, sınıflandırma kriterlerine, bu kriterlerin pratikte uygulanma yöntemlerine ve incelenen popülasyona bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Yüksek kan basıncı, sürekli ya da kategorik ölçüm yaklaşımları kullanılarak sınıflandırılabilir(24). Prevalans araştırmalarında dikkat çeken bir özellik, farklı ülkelerde yaş ile kan basıncı arasındaki ilişkinin benzerlik göstermesidir. Hipertansiyon yaşlanmayla beraber prevalansı artan bir hastalıktır(24). 2003 de yapılan PatenT çalışması sonucu Türkiye'de Hipertansiyon prevalansı %31.8 bulunurken;2012 yılında yapılan PatenT2 çalışma sonucunda ise %30,3 olarak bulunmuştur. Toplumumuzda 40 yaş sonrası, hipertansiyon hastalığında yükseliş tespit

edilmiştir(4,5). Hipertansiyon ;ABD de yapılan bir çalışma sonucunda erkeklerde %27 ,kadınlarda ise %30 tespit edilmiştir(25).Ulusal anketler, birçok ülkede hipertansiyon prevalansının Amerika Birleşik Devletleri'nde tespit edilen oranlarla benzer veya daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır(26). Son yapılan bir tahmin, dünya çapında yaklaşık 1 milyar yetişkinin hipertansiyon hastası olduğunu (bunların 333 milyonu ekonomik olarak gelişmiş ülkelerde, 639 milyonu ise gelişmekte olan ülkelerde) ve en yüksek prevalansın Doğu Avrupa ile Latin Amerika/Karayipler bölgesinde görüldüğünü belirtmektedir(27). Yaşa özgü ve yaşa göre ayarlanmış hipertansiyon prevalansındaki zaman içindeki değişim, Çin'de aşamalı bir artış olduğunu göstermektedir. Bu trend, ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde hipertansiyon prevalansının giderek arttığını gösteren daha geniş bir eğilimi yansıtıyor olabilir(27). Dünya nüfusunun %80'inin gelişmekte olan ülkelerde yaşadığı dikkate alındığında, bu bölgelerde hipertansiyon prevalansındaki beklenen artış, gerekli önlemler alınmazsa küresel sağlık yükünü önemli ölçüde artırmaya devam edecektir(24).

2.5. Hipertansiyon Tanısal Değerlendirme

2.5.1. Anamnez

Hastadan alınan anamnezde, tanının ilk konulmasında, mevcut hastalık sürecinin izlenmesinde ve varsa altta yatan nedenlerin belirlenmesinde kritik rol oynar. Hipertansiyon tanısının hastaya ilk kez ne zaman konulduğu, eşlik eden başka hastalıkların bulunup bulunmadığı, geçmişte ve günümüzdeki kan basıncı ölçümleri ile birlikte kullanılan antihipertansif ve diğer ilaçların bilgisi mutlaka edinilmelidir. Yaşam tarzı değerlendirmesi yapılırken; beslenme alışkanlıkları, sigara-alkol kullanımı ve uyku düzeni (özellikle obstrüktif uyku apne sendromu açısından) dikkate alınmalıdır. Ayrıca aile öyküsünde hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, serebrovasküler olaylar ve böbrek hastalıkları gibi durumların olup olmadığı da sorgulanmalıdır(1,15).

2.5.2. Fizik Muayene

Fiziksel muayene sırasında, boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve bel çevresi ölçülmeli; kalp ile akciğer sesleri oskültasyonla değerlendirilmelidir. Ayrıca, periferik nabızlar kontrol edilmeli, tiroid bezleri palpasyonla incelenmeli, böbrek arterleri

boyunca üfürüm varlığı araştırılmalı ve fundus muayenesi gerçekleştirilmelidir. Anamnez sırasında elde edilen bilgilerle birlikte fiziksel değerlendirme sonuçları doğrultusunda, hipertansiyona yol açabilecek ikincil nedenlerin belirlenmesi ve olası komplikasyonların saptanması amacıyla uygun laboratuvar testleri talep edilmelidir(1).

2.5.3. Kan Basıncı Ölçümü

Geleneksel ofis ortamında kan basıncı ölçümleri, genellikle oskültatuvar yöntemle ya da yarı otomatik ve tam otomatik osilometrik cihazlar aracılığıyla gerçekleştirilir. Bu cihazların kullanımı, hekim muayenehanelerinde yaygın olmakla birlikte, ölçümlerin güvenilirliğini sağlamak için ilgili standartlara uygunlukları ve doğrulukları test edilmelidir. Kan basıncı değerlendirmesi yapılırken ilk etapta her iki üst ekstremiteden ölçüm alınmalı, kullanılan manşetin kol çevresine uygun boyutta olması sağlanmalıdır. Eğer kollar arasında belirgin bir sistolik basınç farkı (örneğin 15 mmHg üzerinde) gözlenirse, bu durum muhtemel aterosklerotik damar hastalığına ve artmış kardiyovasküler riske işaret edebilir. Kollar arası fark saptandığında, tercihen aynı anda yapılan ölçümlerle doğrulama yapılmalı ve sonraki takiplerde yüksek değer görülen koldan ölçümler sürdürülmelidir(28).

İleri yaş grubundaki bireylerde, diyabet hastalarında veya ortostatik hipotansiyon gelişimine yatkınlığı olan diğer kişilerde, kan basıncı ölçümleri yalnızca oturur pozisyonda değil, ayağa kalktıktan sonraki 1. ve 3. dakikalarda da tekrarlanmalıdır. Ortostatik hipotansiyon, ayakta durma sonrası ilk 3 dakika içinde sistolik basınçta 20 mmHg'dan fazla ya da diyastolik basınçta 10 mmHg'dan fazla düşüş ile tanımlanır ve bu durum artmış kardiyovasküler olay ve mortalite riski ile ilişkilidir. Kan basıncının yanı sıra, ölçüm sırasında kalp hızı da kaydedilmelidir; çünkü istirahatteki kalp hızı, ölümcül ve ciddi kardiyak olayların bağımsız bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Ancak buna rağmen, kalp hızı mevcut kardiyovasküler risk sınıflandırma algoritmalarının hiçbirine dahil edilmemiştir(28).

Yanlış teknikle elde edilen ofis ölçümleri, kan basıncının olduğundan yüksek algılanmasına, yanlış hipertansiyon tanılarına ve buna bağlı olarak gereksiz tedavilere neden olabilir(28).

Gözetimsiz ofis ortamında yapılan kan basıncı ölçümleri, sonuçların tekrarlanabilirliğini artırmakta ve hasta yalnız başına, herhangi bir gözlem altında olmadan ölçüm alındığında, "beyaz önlük hipertansiyonu" olarak bilinen durumun etkisi önemli ölçüde azalmakta ya da tamamen ortadan kalkabilmektedir. Bu yöntemle elde edilen kan basıncı değerleri, geleneksel yöntemle yapılan ölçümlere kıyasla genellikle daha düşük çıkmakta ve sıklıkla gündüz saatlerinde yapılan ambulatuvar kan basıncı izlemleri (ABPM) ya da ev ortamında gerçekleştirilen ölçümler (HBPM) ile benzerlik göstermektedir; hatta bazı durumlarda bu değerlerden bile daha düşük olabilmektedir(29,30).

2.5.4. Laboratuvar Değerlendirmesi

Hipertansiyon tanısı almış bireylerde, , aşağıdaki laboratuvar ve görüntüleme testleri rutin olarak değerlendirilmelidir:

- Açlık plazma glukoz düzeyi**:** Kan şekeri kontrolünün sağlanabilmesi için temel bir ölçümdür.
- Lipid profili**:** Total kolesterol, LDL, HDL ve trigliserid düzeylerinin analiz edilmesi kardiyovasküler riskin belirlenmesinde önemlidir.
- Serum potasyumu**:** Elektrolit dengesinin izlenmesi, özellikle bazı antihipertansiflerin etkilerini değerlendirme açısından gereklidir.
- Ürik asit düzeyi**:** Hiperürisemi, hipertansiyonla ilişkili olabileceği için takip edilmelidir.
- Böbrek fonksiyon testleri**:** Serum kreatinin düzeyi ile birlikte kreatinin klirensi ya da glomerüler filtrasyon hızı (GFR) değerlendirilmelidir.
- Hemoglobin ve hematokrit değerleri**:** Anemi veya hemokonsantrasyon gibi durumların saptanması açısından önemlidir.
- Tam idrar analizi**:** Proteinüri, hematüri veya başka anomalilerin varlığını gösterebilir.
- Elektrokardiyografi (EKG)**:** Kalp ritmi, hipertrofi bulguları ve iskemik değişiklikler açısından temel bir tarama aracıdır.

- Serum kalsiyum düzeyi**:** Metabolik dengenin korunmasında rol oynayan bu parametre değerlendirilmelidir.
- Diyabetik bireylerde mikroalbüminüri taraması**:** İdrarda albumin varlığı böbrek hasarının erken göstergesi olabilir.
- HbA1c düzeyi**:** Diyabetin uzun dönem glisemik kontrolünü gösteren kritik bir testtir.
- TSH (Tiroid Stimülan Hormon)**:** Hipotiroidi veya hipertiroidi gibi durumlar hipertansiyonla ilişkili olabilir(1).

Klinik Gerekçeye Dayalı Ek Testler

Hastanın klinik durumu doğrultusunda aşağıdaki ileri testlerin uygulanması gerekebilir:

- Oral glukoz tolerans testi (OGTT)**:** Gerekli durumlarda glukoz metabolizmasının daha detaylı incelenmesi için tercih edilebilir.
- İdrarda albumin atılım oranı: GFR düşüklüğü veya albüminüri şüphesi olan hastalarda tekrarlı ölçümler gerekebilir.
- Ekokardiyografi: Sol ventrikül hipertrofisi, miyokardiyal disfonksiyon veya valvüler hastalıkların değerlendirilmesi amacıyla uygulanabilir(1).

2.6. Hipertansiyon Risk Faktörleri

2.6.1. Önlenebilir Risk Faktörleri

Kardiyovasküler risk, Yaşam tarzı, beslenme, obezite, sigara, alkol, psikososyal faktörler, diyabet, hiperlipidemi, O.U.A.S., madde kullanımı/ilaçlar, göçmenlik

2.6.1.1. Kardiyovasküler Risk

Aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların (ASKVH) gelişimini engellemek amacıyla, birçok risk unsuru belirlenmiş ve tanımlanmıştır(31). Kontrol altına alınabilir kardiyovasküler risk etmenleri arasında tütün kullanımı, aşırı kilolu olma durumu, obezite, diyabet, yüksek tansiyon, kan yağlarında dengesizlik, fiziksel

hareketsizlik ve sağlıksız beslenme alışkanlıkları yer almaktadır. Beslenme düzeni ve egzersiz alışkanlıklarını ulusal sağlık rehberlerine uygun şekilde sürdüren bireylerde, bu kurallara uymayanlara kıyasla kardiyovasküler hastalıklara bağlı hastalanma ve ölüm oranları anlamlı derecede daha düşüktür(32). Kardiyovasküler hastalıklarla etkili mücadelede, öncelikli yaklaşım, bu hastalıklara zemin hazırlayan risk etmenlerinin belirlenmesi ve söz konusu risklerin oluşmadan önce engellenmesidir(33).

2.6.1.2. Yaşam Tarzı

Pek çok kronik hastalığın gelişiminde, fiziksel inaktivite ve sedanter yaşam tarzı önemli bir risk unsuru olarak öne çıkmaktadır(34)Düzenli olarak yapılan aerobik egzersizler ve direnç antrenmanları, hipertansiyonun hem önlenmesinde hem de tedavi sürecinde olumlu etkiler göstermektedir. Fiziksel aktivitenin sürdürülebilir bir biçimde uygulanması, hemodinamik, metabolik ve sinirsel yollarla kan basıncı düzeylerini ve kardiyo metabolik risk faktörlerini önemli ölçüde azaltmaktadır. Yapılan çalışmalar, haftada 30 ila 60 dakikalık düzenli egzersiz seanslarının, kan basıncında klinik olarak anlamlı düşüşler sağladığını ortaya koymuştur(35,36).

2.6.1.3. Beslenme

Hipertansiyonun kontrol altına alınmasında, bireyin beslenme geçmişi önemli bir rol oynamaktadır ve modifiye edilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. Özellikle aşırı sodyum tüketimi, yetersiz potasyum ve kalsiyum alımı ile birlikte yeterli süre anne sütüyle beslenmemiş olmak, kan basıncı düzeylerinin artmasına katkı sağlayan etkenlerdendir. Bu nedenle bireyin ayrıntılı bir beslenme öyküsünün alınması büyük önem taşımakta, elde edilen bilgiler doğrultusunda kişiye özel yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir. Literatürde, günlük sodyum alımının 5 gramı aşmasının hipertansiyona neden olabileceği belirtilmiş, bununla birlikte sodyum tüketiminin sınırlandırılmasının kan basıncında anlamlı düşüşlere yol açtığı bulgulanmıştır(37,38).

2.6.1.4. Obezite

Obezite, kardiyovasküler hastalıkların gelişiminde başlı başına etkili olan bağımsız bir risk unsurudur**.** Bu durum; dislipidemi, insülin direnci, arteriyel hipertansiyon ve aterosklerotik süreçler gibi birçok metabolik ve damar sağlığını etkileyen bozuklukla ilişkilendirilmektedir(39). Obezite, sistemik inflamasyonu tetikleyen bir durum olarak değerlendirilmektedir. Artan yağ dokusu miktarı ve buna

eşlik eden düşük adiponektin düzeyleri, bu inflamatuar sürecin temel özellikleri arasındadır. Devam eden bu düşük düzeyli iltihaplanma, insülin direnci gibi metabolik rahatsızlıklara ve endotel disfonksiyonu gibi damar yapısını bozan durumlara zemin hazırlayarak, hipertansiyon gelişme riskini önemli ölçüde artırmaktadır(40,41).

2.6.1.5. Sigara

Sigara kullanımı, önlenebilir ölümlerin yaklaşık yarısından sorumludur ve bu ölümlerin önemli bir kısmı aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Hayatı boyunca sigara içen bireylerin, bu alışkanlık nedeniyle yaşamlarını yitirme riski %50 civarındadır ve bu durum, ortalama olarak 10 yıllık bir yaşam kaybına yol açar(42). Sigara kullanan 50 yaş altı bireylerde kardiyovasküler hastalık gelişme riski, sigara kullanmayanlara kıyasla beş kat artış göstermektedir(31,43). Kadınlarda uzun vadeli sigara kullanımı, sağlık açısından erkeklere kıyasla daha ciddi riskler oluşturabilir(44). Küresel ölçekte, yüksek sistolik kan basıncının ardından sigara kullanımı, yaşam süresi kaybına neden olan en önemli risk etkenlerinden biridir(45).

2.6.1.6. Alkol

Alkol tüketiminde haftalık yaklaşık 100 gram saf alkol, güvenli kabul edilen üst sınır olarak belirlenmiştir. Bu miktarın kaç içkiye denk geleceği, porsiyon büyüklüğüne göre değişir; porsiyonlar ülkeler arasında farklılık gösterse de genellikle bir içki 8 ila 14 gram saf alkol içerir(46). Söz konusu sınır hem kadınlar hem de erkekler için benzerdir. Bu eşiğin üzerinde alkol almak, bireyin yaşam süresini olumsuz yönde etkileyebilir(31). Epidemiyolojik araştırmalar, artan alkol tüketiminin tüm inme türleri, koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği ve daha az rastlanan bazı kardiyovasküler hastalık alt tipleriyle genellikle doğrusal bir risk artışı ilişkisi gösterdiğini ortaya koymaktadır(46). Bulgular, en düşük kardiyovasküler risk düzeylerinin alkol tüketmeyen bireylerde görüldüğünü, alkolün her miktarda kan basıncını benzer şekilde artırdığını ve beden kitle indeksinde yükselmeye neden olduğunu göstermektedir(47,48)

2.6.1.7. Psikososyal Faktörler

Psikososyal stres, geleneksel risk unsurları ve cinsiyet farkı gözetmeksizin, aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların ortaya çıkışı ve ilerleyişiyle doz-tepki

ilişkisi çerçevesinde bağlantılıdır. Bu stres türü; yalnızlık, önemli yaşam olayları ve ruhsal bozukluk belirtileri gibi çeşitli stres kaynaklarını kapsamaktadır(49,50). İyimserlik ve belirgin bir yaşam amacına sahip olmak gibi ruh sağlığı göstergeleri, daha düşük risk seviyeleriyle ilişkilidir(31). Psikososyal stresin direk biyolojik etkileri olduğu gibi, aynı zamanda sigara içme ve düşük bağlılık gibi sosyoekonomik ve davranışsal risk faktörleriyle de yüksek oranda ilişkilidir(51,52). Psikososyal stres, kardiyovasküler sağlık üzerinde güçlü bir etkiye sahip olmasına rağmen, yalnızca yaşamsal tükenme durumunun risk sınıflandırmasında belirgin bir iyileşme sağladığına dair kanıtlar mevcuttur(53). ASKVH hastalarında stres semptomlarının önemi göz önünde bulundurularak, birçok kılavuz ve bilimsel açıklama, bu hastaların psikolojik stres açısından taranmasını önermektedir(31,54,55). Depresyon taramasının majör ASKVH olayları üzerinde olumlu etkileri görülmüştür(31,56).

2.6.1.8. Diyabet

Tip 1 diyabet, tip 2 diyabet ve prediyabet, ASKVH için bağımsız risk faktörleri olup, bu durumlar, popülasyon ve terapötik kontrol seviyelerine bağlı olarak ASKVH riskini yaklaşık iki kat artırmaktadır(57). Tip 2 diyabeti olan kadınların, inme riski açısından özellikle daha yüksek bir tehditle karşı karşıya olduğu gözlemlenmiştir(58). Tip 2 diyabeti olan bireylerin, dislipidemi ve hipertansiyon gibi birden çok ASKVH risk etkenine sahip olma olasılığı yüksektir. Bu faktörlerin her biri, hem ASKVH gelişimine hem de diğer sağlık risklerinin artışına katkı sağlamaktadır(31).

2.6.1.9. Hiperlipidemi

Genetik, gözlemsel ve müdahale temelli araştırmalar, LDL kolesterol ile diğer apo-B taşıyan lipoproteinlerin ASKVH oluşumundaki nedensel etkisini güçlü biçimde ortaya koymuştur(59). Uzun süre boyunca düşük seviyelerde seyreden LDL kolesterol, çalışmalarda değerlendirilen aralık içinde daha düşük ASKVH riski ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca, randomize kontrollü deneylerden elde edilen veriler, LDL düzeyinin düşürülmesinin, çok düşük seviyelerde bile [örneğin <1,4 mmol/L (55 mg/dL)] kardiyovasküler hastalık riskini güvenli biçimde azaltabildiğini ortaya koymaktadır(31,59). HDL kolesterol düzeyleri, kardiyovasküler hastalık riskiyle genellikle ters orantılıdır; ancak, aşırı yüksek HDL seviyeleri artmış risk göstergesi olabilir. Bununla birlikte, yapılan çalışmalar plazma HDL düzeyini artırmanın

kardiyovasküler riski azalttığına dair herhangi bir kanıt sunmamaktadır(60,61). "Bununla birlikte, HDL, SCORE2 algoritmaları aracılığıyla kardiyovasküler risk öngörüsünü geliştirmek amacıyla yararlı bir biyobelirteç olarak değerlendirilmektedir. Ancak, bu algoritma, ailesel hiperkolesterolemi (AH) gibi kalıtsal lipid bozukluklarına sahip bireylerde uygulanabilir değildir. AH ya da diğer nadir ve genetik kökenli lipid düzensizlikleri bulunan kişiler için, tahmini kardiyovasküler risk düzeyinden bağımsız olarak belirli LDL eşik değerleri ve hedef düzeyler önerilmektedir(31).

2.6.1.10. O.U.A.S.

Uyku düzenindeki bozukluklar ya da olağandışı uyku süreleri, artan kardiyovasküler hastalık riskiyle bağlantılıdır(62,63). Uyku süresi açısından değerlendirildiğinde, günde 7 saatlik uyku kardiyovasküler sağlık için en ideal düzey olarak kabul edilmektedir(31,64). Uyku bozuklukları ile psikiyatrik rahatsızlıklar arasında güçlü bir ilişki vardır; bu durumların ortak noktalarından biri de aşırı uyarılma halidir(65,66). "Uyku ile bağlantılı en belirgin solunum problemi, her biri 10 saniyeden uzun süren tekrarlayan apne ataklarıyla tanımlanan obstrüktif uyku apnesidir (OSA). Hipertansiyon, inme, kalp yetersizliği, koroner arter hastalığı ve atriyal fibrilasyon gibi kardiyovasküler durumlarla güçlü biçimde ilişkili olmasına rağmen, OSA'nın pozitif hava yolu basıncı (PAP) ile tedavisi ciddi kardiyovasküler sonuçları iyileştirmede yeterli başarıyı sağlayamamıştır(67,68).

2.6.1.11. Madde Kullanımı/İlaçlar

Steroidler, oral kontraseptifler, immunsupresifler, anti-inflamatuar ilaçlar ve analjezikler, dekonjestanlar, bazı kemoterapötikler, psikiyatri ilaçları, yüksek aktiviteli antiretroviraller, kafein, antiemetikler, meyan kökü, ginseng, rekombinant insan eritropoetini sekonder hipertansiyon nedenleri arasında gösterilmiştir(1).

Amfetamin, kokain, marihuana, 3,4-metilenedioksi-N-metilamfetamin gibi maddelerin kullanımı da sekonder hipertansiyon riskini artıran sebeplerdendir(1).

2.6.1.12. Göçmenlik

Göçmen topluluklar ve mülteciler arasında hipertansiyon, obezite, diyabet ve metabolik sendrom gelişimi açısından temel yatkınlık oluşturan faktörler belirlenmiştir. Bu sendroma olan eğilim büyük ölçüde çevresel etkenlere ve psikolojik

baskıya bağlıdır. Kültürel uyum süreci, özellikle birinci kuşak yetişkin göçmenlerde kardiyovasküler risk unsurlarının ortaya çıkmasına katkı sağlayabilir. Ergen göçmenlerde ise ileri dönemde hipertansiyon ve dislipidemi gelişme riski daha yüksek bulunmuştur. Toplum sağlığını geliştirmeye yönelik stratejiler, farklı etnik gruplarda kardiyovasküler risk unsurları ve metabolik sendrom sıklığında gözlemlenen kayda değer değişkenliklere dayanmaktadır(69).

Göçmen topluluklarda sağlık hizmetlerine erişim, hâlen önemli bir engel olarak varlığını sürdürmektedir. Bu erişim kısıtlılığının altında yatan nedenler arasında, bazı sağlık programlarına uygunluk kriterlerinin karşılanamaması, kültürel açıdan uyumlu sağlık hizmetlerine yönelik yetersiz dil desteği, sağlık sistemine dair bilgi eksiklikleri ve özellikle ABD'de sağlık sistemine duyulan güvensizlik yer almaktadır. Ayrıca, özellikle belgesiz göçmenler arasında, kamu hizmetlerinden yararlanmanın sınır dışı edilme riskini artırabileceğine dair korkular da yaygındır. Bu yapısal ve bireysel düzeydeki faktörler, çoğu zaman göçmenlerin kültürel, dini ya da geleneksel sağlık ve hastalık anlayışlarıyla kesişerek, sağlık hizmeti kullanımında ek engeller oluşturmaktadır. Tüm bu unsurlar, göçmen bireyler arasında hipertansiyon sonuçlarını etkileyen temel belirleyiciler arasında yer almaktadır(70).

2.6.2. Önlemez Risk Faktörleri

Hipertansiyonun değiştirilemez risk faktörleri arasında yaş, etnik köken, cinsiyet ve aile öyküsü yer almaktadır(1).Yaş arttıkça hipertansiyon görülme sıklığı artmaktadır. Erkek cinsiyet hipertansiyon açısından kadın cinsiyete göre daha risklidir. Ailede hipertansiyon hastalığı olması da bireylerin hipertansiyona yatkınlığını arttırmaktadır(71)

2.7. Hipertansiyonun Önlenmesi

Aterosklerotik kardiyovasküler hastalıkların birincil önlenmesi, belirti göstermeyen ancak yüksek risk taşıyan bireylerde yaşam tarzı değişiklikleri ve risk faktörlerinin yönetimi yoluyla hastalığın ortaya çıkmasının engellenmesini hedefler(1).Koruyucu sağlık açısından değerlendirildiğinde, tansiyonu normal seviyelerde olan yetişkin bireylerin %35,8'inin ve 18-29 yaş aralığındaki genç erişkinlerin %14,6'sının normal ya da yüksek-normal kan basıncı değerlerine sahip olduğu bilgisi dikkat çekicidir(71). Hipertansiyon, sürekli izlem gerektiren kronik bir

sağlık problemidir; bu duruma bağlı gelişen kardiyovasküler ve serebrovasküler hastalıkların sıklığını azaltmak ve önüne geçmek amacıyla çoğu zaman uzun süreli ilaç tedavisine ihtiyaç duyulmaktadır(1). Tedaviye uyumu artırmak adına, hastanın ilaçlarını kendi günlük rutinine en uygun zaman diliminde kullanması teşvik edilmelidir(16).Her hastaya hipertansiyondan korunma üzerine yaşam tarzı değişikliği ve egzersiz kesinlikle önerilmelidir(31). Şeker alımının, özellikle şekerle tatlandırılmış içecekler yoluyla olan tüketiminin günlük enerji ihtiyacının en fazla %10'u ile sınırlandırılması önerilmektedir. Bununla birlikte, gazlı içecekler ve meyve suları gibi tatlandırılmış ürünlerin kullanımının erken yaşlardan itibaren kısıtlanması tavsiye edilmektedir(16).

2.8. Hipertansiyon Taranması

Yüksek kan basıncı ve hipertansiyon açısından tarama yapılması önerilmektedir: 40 yaş altındaki yetişkin bireylerde en az üç yılda bir, 40 yaş ve üzerindekilerde ise yılda en az bir kez tarama uygulanmalıdır(16).Anne ya da babasında hipertansiyon öyküsü bulunan bireylerde, geç çocukluk ve ergenlik dönemlerinde ofis tipi kan basıncı ölçümleriyle yapılacak taramalar, erişkin dönemde gelişebilecek hipertansiyonu ve buna bağlı kardiyovasküler riskleri daha isabetli öngörebilmek açısından dikkate alınmalıdır(16). Kan basıncı 140/90 mmHg ve üzerinde ölçülerek hipertansiyon tanısı konulan tüm yetişkin bireylerde, primer aldosteronizmi değerlendirmek amacıyla renin ve aldosteron düzeylerinin incelenmesi dikkate alınmalıdır(16). Tedavi başlamak için yeterli düzeyde görülmeyen ancak yüksek kan basıncı olan bireylerde, bir yıl içinde yeniden kan basıncı ölçümü yapılmalı ve risk değerlendirmesi güncellenmelidir(16). İdeal olarak, tüm yetişkin bireyler hipertansiyon açısından taranmalıdır; ancak çoğu ülkede gerekli kaynaklar ve altyapı eksiktir(72,73). Resmi kılavuzlar, en azından aşırı kilolu olanlar veya ailesinde hipertansiyon geçmişi bulunan gibi risk taşıyan bireylerde fırsatçı taramanın yapılmasını önermektedir(31).

2.9. Kardiyovasküler Hastalık/Hipertansiyon İlişkisi

Boylamsal gözlemler, genetik epidemiyolojik veriler ve randomize kontrollü çalışmalar; yüksek kan basıncının hem aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar hem de aterosklerozla ilişkili olmayan kalp yetmezliği gibi durumlar için belirgin bir neden

olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum, dünya genelinde yaklaşık 9,4 milyon ölüme ve engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yıllarının %7'sine karşılık gelmektedir(74). Artmış kan basıncı; koroner arter hastalığı, kalp yetmezliği, inme, alt ekstremite arter hastalığı, kronik böbrek yetmezliği ve atriyal fibrilasyon gibi pek çok kardiyovasküler ve renal durumun gelişimi için önemli bir risk unsurudur. Sistolik basıncın 90 mmHg ve diyastolik basıncın 75 mmHg seviyesinden itibaren, koroner olaylar ya da inme kaynaklı ölüm riski doğrusal biçimde artış göstermektedir(31,75,76). Sistolik kan basıncını düşürmenin sağladığı mutlak yarar, bireyin başlangıçtaki kardiyovasküler riski ile SKB'de sağlanan toplam düşüşe bağlıdır. Bununla birlikte, hedeflenen en düşük SKB düzeyleri, bireysel tolerans ve güvenlik kriterleri göz önünde bulundurularak belirlenir. Tedavi yaklaşımı; ofis ölçümleri, evde yapılan izlem ya da ambulatuvar takiplerle elde edilen ortalama değerler temel alınarak tanımlanan hipertansiyon sınıflamasına (optimalden evre 3'e kadar) göre şekillendirilir. Ayrıca, mevcut veriler yaşam boyu kan basıncı değişimlerinin kadınlar ve erkekler arasında farklılık gösterdiğini ve bu durumun, kadınlarda daha düşük eşik değerlerinde kardiyovasküler riskin artışına neden olabileceğini ortaya koymaktadır(77,78).

2.10. Sağlık Algısı

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı yalnızca hastalık ya da engellilik durumunun yokluğu olarak değil; bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması şeklinde tanımlamaktadır(79). Nordenfelt, sağlığı bireyin hayati hedeflerine ulaşabilme kapasitesi ve kişisel gelişimi çerçevesinde değerlendirirken; Nussbaum ise sağlığı, insan onurunu eşit düzeyde yansıtan yaşam bileşenleriyle bağlantılı olarak, bireyin belirli eylemleri gerçekleştirebilme potansiyeli üzerinden tanımlamaya odaklanır(80). Pozitif sağlık yaklaşımı, bireyin eksikliklerinden çok sahip olduğu beceri ve yetkinliklere odaklanır; bu da kronik hastalığı ya da engeli bulunan bireylerin doğrudan 'sağlıksız' kabul edilmesini reddeder. Bu anlayış, aynı zamanda bireyin sosyal, fiziksel ve duygusal güçlükler karşısında dayanıklılık geliştirmesi ve kendi sağlığını yönetme kapasitesine vurgu yapar(81,82).

Bireylerin mevcut sağlık durumlarını kavrama biçimlerini yansıtan sağlık algısı, sıkça başvurulan bir kavram olup, kişisel sağlık davranışları ve bu davranışlara ilişkin sorumluluklar üzerinde belirleyici bir rol oynayabilmektedir(83). Sağlık algısı,

bireylerin kendi sağlıklarına ilişkin düşünce, duygu, beklenti ve önyargılarını içeren; sağlığı bütüncül biçimde değerlendirmeye dayalı çok boyutlu bir gösterge olup, aynı zamanda sağlığın önemli bir belirleyicisi olarak kabul edilmektedir(84,85). Bir toplumun sağlık düzeyini daha doğru değerlendirebilmek ve kapsamlı bir biçimde analiz edebilmek için, o toplumda bireylerin algıladıkları sağlık durumunun ölçümlenmesi gereklidir(86). Bireylere sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması, bu davranışların sürdürülebilirliğinin sağlanması ve olumsuz sağlık davranışlarının dönüştürülmesi açısından, mevcut sağlık algısı düzeyinin tespiti büyük önem taşımaktadır(87,88). Olumlu sağlık algısı, bireylerin öz bakım sorumluluklarını üstlenmelerini teşvik etmekte ve sağlığın iyileştirilmesine yönelik motivasyon kazandırmaktadır(12,89).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Etik Kurul Onayı

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (29.04.2024-Karar no:22) izin alınmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Bu araştırma Hatay ili Reyhanlı ilçesinde 70. Yıl 1 nolu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18-50 yaş arası bireylere yapılan kesitsel tip anket çalışmasıdır. Araştırmanın örneklem büyüklüğünü belirlemek amacıyla Tabakalı Örneklem yöntemi uygulanarak hesaplama yapılmıştır. Bu bağlamda Hatay ilinde 400 aile hekimliği birimi bulunmaktadır. Ortalama nüfus her bir birime oranlandığında 3000 civarı çıkmaktadır. Her bir birimde ortalama 18-50 yaş arası birey sayısı 1200 dür. Bu hastaların içinde Hipertansiyon tanısı almış olan ve Türkçe okuryazarlık düzeyi anket sorularını cevaplamaya yetmeyebilecek ortalama 200 kişi bulunmaktadır. Yani birim başına 1000 kişi çalışmaya katılabilir düzeydedir.

Çalışmanın yürütüldüğü Reyhanlı'da ise 27 aile hekimliği birimi bulunmaktadır. Ortalama 3800 birim başına düşen nüfustur. Bu nüfusta 18-50 yaş arası birey sayısı ortalama 1520 tir. Bu hastalardan hipertansiyon tanısı almış olanlar ortalama 40 kişi ,anket uygulayabilecek düzeyde Türk dili bilgisine sahip olmayanlar ise (göçmen nüfus yüksekliği nedeniyle) yaklaşık 200 kişidir. Böylece birim başına anket uygulanabilecek kişi sayısı 1280 olmaktadır. Reyhanlı da 7 aile hekimliği biriminin bir arada olduğu merkez olan 70.Yıl 1 No lu Aile Sağlığı Merkezi'nde ise her birim 4000 nüfuslu toplam 28000 nüfusa hizmet vermektedir.

Reyhanlı son 10 yılda yurtdışından çok fazla göç almıştır ve bu bireylerin bir kısmı Türk vatandaşı olmuştur. Bu aile sağlığı merkezine kayıtlı sonradan vatandaşlık alan yaklaşık 10000 nüfus yer almaktadır. Bu bireyler Türk dili okur yazarlığı açısından anket dışı bırakılmıştır. Kalan 18000 nüfustan 18-50 yaş arasında olan ortalama sayı 7110 kadardır. Bu bireylerden il sağlık müdürlüğü izni alındıktan sonraki 6 ay içerisinde aile sağlığı merkezine başvuran toplam 1030 kişiye anket çalışması uygulanmıştır. Bu bireyler içerisinde 17 kişi 50 yaş üstü, 3 kişi 18 yaş altında

olduğundan ve 16 kişide anketi tamamlamadığından toplam 36 kişi çalışma dışı bırakılmıştır. Yani çalışmamız 994 kişiye uygulanmıştır.

3.3.Verilerin Toplanması

Bu araştırma, Mayıs-Ekim 2024 tarihleri arasında Hatay ili Reyhanlı ilçesi 70. Yıl 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezine başvuran ve araştırmaya gönüllü olarak katılan bireyler ile yürütülmüştür. Araştırmaya gönüllü katılan 550 kişiye Google Anket Formu ve 480 kişiye de yüz yüze olmak üzere toplam 1030 kişiye anket ve ölçekler uygulanmıştır. Ancak 20 kişi yaş kriterini karşılamadığından ve 16 kişi de anketleri tamamlamadığından toplam 36 kişi çalışma dışı bırakılarak 994 kişiyle araştırma tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

1) 18-50 yaş arasında olmak
2) Hipertansiyon tanısı almamış olmak
3) Anket sorularını anlayıp cevaplayabilecek düzeyde Türk diline hakim olmak
4) Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.4 Anket ve Ölçekler

Bu araştırmada verileri toplamak için anket ve ölçekler kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için literatür taraması yapılmıştır. Tarama sonucunda 15 soruluk bir anket oluşturulmuştur. 28 soruluk Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyi ölçeği, 15 soruluk Sağlık Algısı ölçeği, 32 soruluk Hipertansiyondan Korunma Tutumları ölçeği kullanılmıştır. Toplam 90 soru katılımcılara uygulanmıştır.

Bu araştırmada gönüllü katılımcılara Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyi ölçeği, Sağlık Algısı ölçeği, Hipertansiyondan Korunma Tutumları ölçeği olarak 3 ölçek uygulanmıştır. Bu ölçekleri katılımcılara uygulayabilmek için ölçek sahiplerinden mail üzerinden kullanım izinleri alınmıştır.

3.4.1. Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği

Hipertansiyondan Korunma ölçeği Albayrak, Şengezer (2021) tarafından geliştirilen ölçek toplam 32 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 8 madde

Korunma ve Kontrol (13, 21, 11, 6, 1, 27, 28, 12), 6 madde Hastalık ve Risk Bilgisi (15, 14, 9, 32, 5, 23), 6 madde Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite (4, 31, 16, 17, 24, 10), 6 madde Alışkanlık ve Yaşam Şekli (26, 19, 20, 2, 29, 7) ve 6 madde Beslenme Tutumu (25, 3, 30, 18, 8, 22) alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler 5'li Likert şeklinde olup "Kesinlikle Katılıyorum", "Katılıyorum", "Kararsızım", "Katılmıyorum" ve "Hiç Katılmıyorum" şeklindeki yanıtlardan oluşmaktadır. Ölçekten katılımcılar 32/160 arası puan alabilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği katılımcının hipertansiyondan korunma tutumunun yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin güvenilirlik düzeyi için Cronbach alfası değeri 0.91 olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin güvenirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.4.2. Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyleri Ölçeği

Kardiyovasküler Hastalık Bilgi Düzeyi ölçeği Arıkan, Metintaş, Kalyoncu ve Yıldız (2009) tarafından geliştirilen ölçek toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan ilk dört madde (1, 2, 3, 4) kardiyovasküler hastalıkların özelliklerini, 15 madde (5, 6, 9, 12, 14, 18, 20, 23, 25, 27, 28) risk faktörlerini ve 9 madde (7, 8, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 26) ise risk davranışlarında değişimine yöneliktir. Ölçekteki maddeler bilgi sorusu şeklinde olup yanıtlar "Evet", "Hayır" ve "Bilmiyorum" olarak 3'lü likert şeklindedir. Ölçekten katılımcılar 0/28 arası puan alabilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği katılımcının kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyinin yüksekliği ile ilişkilendirilebilir. Ölçeğin ortalama puanı 19.3±3.2 (dağılım 5-27), madde-toplam korelasyonunun ortanca değeri 0.26 (dağılım 0.13-0.51) dır. Ölçeğin iç tutarlılık değeri (Cronbach alfa) 0.768'dir.

3.4.3. Sağlık Algı Ölçeği

Sağlık Algı ölçeği Diamond ve ark. Tarafından 2007 yılında geliştirilmiş ve 2012 yılında Kadıoğlu ve Yıldız tarafından geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak Türkçeye çevrilmiştir. Sağlık Algı ölçeği toplam 15 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 5 madde Kontrol Merkezi (2, 3, 4, 12, 13), 3 madde Öz Farkındalık (5, 10, 14), 4 madde Kesinlik (6, 7, 8, 15) ve 3 madde Sağlığın Önemi (1, 9, 11) alt ölçeklerinden oluşmaktadır.

Ölçekteki maddeler 5'li Likert şeklinde olup "Kesinlikle Katılıyorum", "Katılıyorum", "Kararsızım", "Katılmıyorum" ve "Hiç Katılmıyorum" şeklindeki yanıtlardan oluşmaktadır. Ölçekten katılımcılar 15/75 arası puan alabilmektedir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği katılımcının sağlık algı düzeyinin yüksekliğini göstermektedir. Ölçeğin güvenilirlik düzeyi için Cronbach alfası değeri hemşirelik öğrencilerinde 0,77, öğrencilerin ailelerinde 0,70 olarak bulunmuştur. Bu da ölçeğin güvenirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.5. İstatistiksel Analiz

Bu araştırmada elde edilen veriler, bilgisayar ortamına aktarıldıktan sonra SPSS Statistics 21.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde önce tanımlayıcı istatistikler hesaplanmış; ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler belirlenmiştir.

Normal dağılım gösterip göstermediği, sayısal değişkenler için Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım göstermeyen sürekli değişkenler için tanımlayıcı istatistik olarak ortanca ve çeyrekler arası açıklıklar kullanılmıştır.

İki bağımsız grup arasındaki farkların analizinde Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis H testi uygulanmıştır.

Ölçeklerin iç tutarlılığı, daha önce yapılan geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları ile kanıtlanmış olmakla birlikte, bu çalışmada da ölçek puanlarının Cronbach alfa katsayıları göz önünde bulundurulmuştur. Ayrıca ölçeklerden ortaya çıkan sayısal istatistikler arasındaki ilişkiler için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

İstatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Katılımcılara ait sosyodemografik özellikler Tablo 1 ve Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	566	56,9
	Erkek	428	43,1
Meslek	Eğitimci	231	23,2
	Sağlıkçı	103	10,4
	Zanaatkar	38	3,8
	Memur	95	9,6
	İşçi	107	10,8
	Ev Hanımı	161	16,2
	Çalışmayan	89	9,0
	Öğrenci	97	9,8
	Güvenlik/Hukuk	48	4,8
	Mimar/Mühendis	25	2,5
Eğitim Durumu	Okuryazar	20	2,0
	İlköğretim	67	6,7
	Ortaöğretim	117	11,8
	Lise	216	21,7
	Yükseköğretim	574	57,7
Medeni Durum	Evli	583	58,7
	Bekar	411	41,3
Sigara Kullanımı	Evet	293	29,5
	Hayır	701	70,5
Alkol Kullanımı	Evet	114	11,5
	Hayır	880	88,5

Araştırmaya toplam 994 kişi katılmıştır. Bu katılımcıların yaş ortalaması 32,24 +- 9,02 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların en düşük yaş 18 en yüksek yaş ise 50

olarak bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyet dağılımına bakıldığında 566 (%56,9) Kadın, 428 (%43,1) Erkek olduğu görülmektedir.

Katılımcıların meslek durumlarına bakıldığında 231 (%23,2) Eğitimci, 103 (%10,4) Sağlıkçı, 38 (%3,8) Zanaatkar, 95 (%9,6) Memur, 107 (%10,8) İşçi, 161 (%16,2) Ev Hanımı, 89 (%9) Çalışmayan, 97 (%9,8) Öğrenci, 48 (%4,8) Güvenlik/Hukuk ve 25 (%2,5) Mimar/Mühendis şeklinde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında ise 20 (%2) Okuryazar, 67 (%6,7) İlköğretim, 117 (%11,8) Ortaöğretim, 216 (%21,7) Lise ve 574 (%57,7) Yükseköğretim şeklinde olduğu görülmektedir. Katılımcılar içerisinde evli olanlar 583 (%58,7) bekar olanlar ise 411 (%41,3) olarak tespit edilmiştir.

Katılımcılar içerisinde sigara kullananlar 293 (%29,5) kullanmayanlar ise 701 (%70,5) şeklinde Tablo 1'de görülmektedir. Katılımcıların alkol kullanım durumlarına bakıldığında ise alkol kullananlar 114 (%11,5) iken kullanmayanlar 880 (%88,5) olduğu görülmektedir.

Tablo 2'ye bakıldığında geliri giderinden az olanlar 293 (%29,5), geliri giderine eşit olanlar 499 (%50,2) ve geliri giderinden fazla olanlar ise 202 (%20,3) olduğu görülmektedir. Katılımcılar içerisinde köyde yaşayanlar 136 (%13,7) şehirde yaşayanlar ise 858 (%86,3) olduğu görülmektedir.

Katılımcılar içerisinde sürekli kullandığı bir ilaç olan kişiler 188 (%18,9), düzenli ilaç kullanmak zorunda olmayan kişiler ise 806 (%81,1) olduğu görülmektedir. Katılımcıların ailesinde hipertansiyon tanısı almış olanlar 432 (%43,5) iken ailesinde hipertansiyon tanısı almamış kişiler 562 (%56,5) olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların ailesinde kardiyovasküler hastalık tanısı olan kişiler 354 (%35,6) iken, ailesinde kardiyovasküler hastalık tanısı olmayan kişiler ise 640 (%64,4) olduğu Tablo 2 de görülmektedir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik diğer özellikleri

		n	%
Gelir Düzeyi	Gelirim Giderimden Az	293	29,5
	Gelirim Giderime Eşit	499	50,2
	Gelirim Giderimden Fazla	202	20,3
Yaşadığı Yer	Köy	136	13,7
	Şehir	858	86,3
Sürekli Kullanılan İlaç	Evet	188	18,9
	Hayır	806	81,1
Aile HT Varlığı	Evet	432	43,5
	Hayır	562	56,5
Ailede KVH varlığı	Evet	354	35,6
	Hayır	640	64,4
Düzenli Tansiyon Ölçümü	Evet	223	22,4
	Hayır	771	77,6
Son 1 Yılda yapılan Tansiyon Ölçümü	Hiç	349	35,1
	1-5	449	45,2
	6-12	103	10,4
	12+	93	9,4
Tansiyon Ölçümünde Yüksek Çıkma Durumu	Evet	182	18,3
	Hayır	812	81,7

Katılımcılar içerisinde düzenli aralıklarla tansiyon ölçümü yaptıran kişiler 223 (%22,4) iken düzenli aralıklarla tansiyon ölçümü yaptırmayan kişiler ise 771 (%77,6) olduğu görülmektedir. Katılımcılar arasında son bir yılda tansiyon ölçümü yaptırma sıklığına bakıldığında 349 (%35,1) kişi Hiç yaptırmadığını, 449 (%45,2) kişinin 1 ile

5 defa, 103 (%10,4) kişinin 6 ile 12 defa ve 93 (%9,4) kişinin 12 ve daha fazla tansiyon ölçümü yaptırdığı tespit edilmiştir. Katılımcılar arasında daha önceden ölçülen tansiyonu yüksek çıktığını belirten kişiler 182 (%18,3) iken yüksek çıkmadığını belirten kişiler 812 (%81,7) olarak bulunmuştur.

Tablo 3'te ölçeklerin ortanca, minimum ve maksimum değerleri bulunmaktadır.

Tablo 3. Katılımcıların ölçeklerden almış oldukları puanların ortancaları

	Minimum	**Maximum**	**Median**
KARRIF TOPLAM PUAN	0,0	28,0	20,0
HKTO TOPLAM PUAN	53,0	160,0	132,0
HKTÖ korunma ve kontrol	8,0	40,0	35,0
HKTÖ hastalık ve risk bilgisi	10,0	30,0	24,0
HKTÖ ruhsal durum ve fiziksel aktivite	10,0	30,0	25,0
HKTÖ beslenme tutumu	10,0	30,0	23,0
SAÖ TOPLAM PUAN	15,0	75,0	49,0
SAÖ kontrol merkezi	5,0	25,0	16,0
SAÖ öz farkındalık	3,0	15,0	11,0
SAÖ kesinlik	4,0	20,0	12,0
SAÖ sağlığın önemi	3,0	15,0	11,0

Katılımcıların KARRIF ölçeği toplam puanının ortancası 20 (0-28) bulunmuştur.

Katılımcıların HKTÖ ölçeği toplam puanının ortancası 132 (53-160) olarak tespit edilirken ; Korunma ve Kontrol alt ölçek puanı ortancası 35 (8-40) , Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puanı ortancası 24 (10-30) , Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puanı ortancası 25 (10-30) , Beslenme Tutumu alt ölçek puanı ortancası 23 (10-30) olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların SAÖ ölçeği toplam puanının ortancası 49 (15-75) iken; Kontrol Merkezi alt ölçeği puanı ortancası 16 (5-25) , Öz Farkındalık alt ölçeği puanı ortancası 11 (3-15) ,Kesinlik alt ölçeği puanı ortancası 12 (4-20) , Sağlığın Önemi alt ölçeği puanı ortancası 11 (3-15) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4. Cinsiyete Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Kadın Ortanca (min-maks)	Erkek Ortanca (min-maks)	P
KARRIF Toplam Puan	20 (0-28)	19 (0-27)	<0,001

Mann-Whitney U Test

Tablo 4 e göre kadınların KARRIF toplam puanının ortancası 20 (0-28) erkeklerin 19 (0-27) bulunmuştur. Kadınların kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi erkeklerden yüksektir (p<0,001).

Tablo 5. Cinsiyete Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Kadın Ortanca (min-maks)	Erkek Ortanca (min-maks)	P
HKTÖ Toplam Puan	135(53-160)	127(64-160)	<0,001
Korunma ve Kontrol	35 (8-40)	34(8-40)	0,001
Hastalık ve Risk Bilgisi	25(10-30)	24(10-30)	<0,001
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	26(11-30)	24(10-30)	<0,001
Beslenme Tutumu	24(10-30)	22(10-30)	<0,001
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	26(6-30)	25(6-30)	0,003

Mann-Whitney U Test

Tablo 5 e göre kadınların HKTÖ toplam puanının ortancası 135 (53-160) erkeklerin 127 (64-160)dür. Kadınların hipertansiyondan korunma tutumları erkeklerden yüksektir(p<0,001).

Kadınların Korunma ve Kontrol alt ölçeği puanının ortancası 35 (8-40) erkeklerin 34 (8-40) dür. Kadınların Kontrol ve Koruma alt ölçek puanları erkeklerinden yüksektir (p=0,001).

Kadınların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçeği puanının ortancası 25 (10-30) erkeklerin 24 (10-30) dür. Kadınların Hastalık ve Risk ölçeği puanı erkeklerden yüksek çıkmıştır (p<0,001).

Kadınların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçeği puanının ortancası 26 (11-30) erkeklerin 24 (10-30) dür. Kadınların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçeği puanı erkeklerden yüksektir(p<0,001).

Kadınların Beslenme Tutumu alt ölçeği puanının ortancası 24 (10-30) erkeklerin 22 (10-30) dır. Kadınların Beslenme Tutumu puanı erkeklerden yüksektir (p<0,001).

Kadınların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçeği puanının ortancası 26 (6-30) erkeklerin 25 (6-30).Kadınların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçeği puan ortancası erkeklerden yüksektir (p=0,003).

Tablo 6. Cinsiyete Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçek Puanları Karşılaştırması

Ölçek Puanları	**Kadın Ortanca (min-maks)**	**Erkek Ortanca (min-maks)**	**P**
SAÖ Toplam Puan	50(15-75)	47(20-75)	<0,001
Kontrol Merkezi	17(5-25)	15(5-25)	<0,001
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	<0,001
Kesinlik	12 (4-20)	11 (4-20)	0,094
Sağlığın Önemi	11 (3-15)	11 (3-15)	0,070

Mann-Whitney U Test

Tablo 6 ya göre kadınların SAÖ toplam puanının ortancası 50 (15-75) erkeklerin 47 (20-75) dır. Kadınların sağlık algısı erkeklerden yüksektir (p<0,001).

Kadınların Kontrol Merkezi alt ölçeği puanı ortancası 17 (5-25) erkeklerin 15 (5-25) dır. Kadınların kontrol merkezi puanı erkeklerden yüksektir (p<0,001).

Kadınların Öz Farkındalık alt ölçeği puanı ortancası 11 (3-15) erkeklerin 11(3-15) dır.

Kadınların Kesinlik alt ölçeği puanı ortancası 12 (4-20) erkeklerin 11 (4-20) dır. Kesinlik alt ölçek puanı kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,094).

Kadınların Sağlığın Önemi alt ölçeği puanı ortancası 11 (3-15) erkeklerin 11(3-15) dır. Sağlığın Önemi puanı kadınlar ile erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,070).

Tablo 7. Meslek Sınıflarına Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Ortancaları Karşılaştırması

Meslek Sınıfları	KARRIF Ölçeği Toplam Puan Ortanca (Min-Maks)
Eğitimciler	20 (7-28)
Sağlıkçılar	24 (0-27)
Zanaatkarlar	17 (9-24)
Memurlar	19 (1-26)
İşçiler	18 (6-26)
Ev Hanımları	20 (6-27)
Çalışmayanlar	20 (0-26)
Öğrenciler	18 (0-27)
Güvenlik/Hukuk	19 (0-25)
Mimar/Mühendisler	17 (9-25)
p	<0,001

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 7 ye göre sağlıkçıların KARRIF toplam puanının ortancası 24 (0-27) iken, Eğitimcilerin puan ortancası 20 (7-28), Zanaatkarların puan ortancası 17 (9-24), Memurların puan ortancası 19 (1-26), İşçilerin puan ortancası 18 (6-26), Ev Hanımlarının puan ortancası 20 (6-27), Çalışmayanların puan ortancası 20 (0-26), Öğrencilerin puan ortancası 18 (0-27), Güvenlik/Hukuk mesleğine sahip olanların

puan ortancası 19 (0-25), Mimar/Mühendislerin puan ortancası 17 (9-25) olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre Sağlıkçıların puan ortancası en yüksek bulunmuşken Zanaatkarlar ve Mimar/Mühendislerin puan ortancası en düşük bulunmuştur (p<0,001)

Tablo 8. Meslek Sınıflarına Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Meslek Sınıfları	**HKTÖ Ölçeği Toplam Puan Ortanca (Min-Maks)**	**Korunma ve Kontrol Ortanca (Min-Maks)**	**Hastalık ve Risk Bilgisi Ortanca (Min-Maks)**	**Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite Ortanca (Min-Maks)**	**Beslenme Tutumu Ortanca (Min-Maks)**	**Alışkanlık ve Yaşam Şekli Ortanca (Min-Maks)**
Eğitimciler	140 (53-160)	36 (12-40)	25(11-30)	27(11-30)	25(12-30)	26 (6-30)
Sağlıkçılar	145 (64-160)	37 (8-40)	28 (10-30)	29 (14-30)	25(14-30)	27 (6-30)
Zanaatkarlar	124 (76-157)	33 (14-39)	21 (13-30)	22 (10-30)	20 (14-28)	25 (8-30)
Memurlar	129 (77-160)	34 (18-40)	24 (12-30)	24 (12-30)	22 (11-30)	24 (8-30)
İşçiler	126 (68-155)	33 (11-40)	23 (12-30)	23 (13-30)	21 (10-30)	24 (6-30)
Ev Hanımları	129 (69-156)	34 (11-40)	24 (10-30)	24 (12-30)	23 (14-30)	25 (6-30)
Çalışmayanlar	130 (64-156)	35 (8-40)	25 (10-30)	25 (11-30)	22 (10-30)	26 (6-30)
Öğrenciler	125 (72-158)	33 (9-40)	22 (10-30)	24 (13-30)	22 (12-29)	24 (10-30)
Güvenlik/Hukuk	135 (85-156)	34 (20-40)	24 (15-30)	25 (15-30)	23 (13-29)	25 (10-30)
Mimar/Mühendisler	127 (74-159)	34 (13-40)	25 (11-30)	23 (13-30)	21(16-30)	23 (10-30)
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 8 e göre sağlıkçıların HKTÖ toplam puanının ortancası 145 (64-160) iken, Eğitimcilerin puan ortancası 140 (53-160), Zanaatkarların puan ortancası 124 (76-157), Memurların puan ortancası 129 (77-160), İşçilerin puan ortancası 126 (68-155), Ev Hanımlarının puan ortancası 129 (69-156), Çalışmayanların puan ortancası 130 (64-156), Öğrencilerin puan ortancası 125 (72-158), Güvenlik/Hukuk mesleğine sahip olanların puan ortancası 135 (85-156), Mimar/Mühendislerin puan ortancası 127

(74-159) olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre Sağlıkçıların puan ortancası en yüksek bulunmuşken Zanaatkarların puan ortancası en düşük bulunmuştur ($p<0,001$)

Sağlıkçıların Korunma ve Kontrol alt ölçek puanının ortancası 37 (8-40) iken, Eğitimcilerin puan ortancası 36 (12-40), Zanaatkarların puan ortancası 33 (14-39), Memurların puan ortancası 34 (18-40), İşçilerin puan ortancası 33 (11-40), Ev Hanımlarının puan ortancası 34 (11-40), Çalışmayanların puan ortancası 35 (8-40), Öğrencilerin puan ortancası 33 (9-40), Güvenlik/Hukuk mesleğine sahip olanların puan ortancası 34 (20-40), Mimar/Mühendislerin puan ortancası 34 (13-40) olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre Sağlıkçıların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası en yüksek bulunmuşken Zanaatkarların ,İşçilerin ve Öğrencilerin puan ortancası en düşük bulunmuştur ($p<0,001$)

Sağlıkçıların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puanının ortancası 28 (10-30) iken, Eğitimcilerin puan ortancası 25 (11-30), Zanaatkarların puan ortancası 21 (13-30), Memurların puan ortancası 24 (12-30), İşçilerin puan ortancası 23 (12-30), Ev Hanımlarının puan ortancası 24 (10-30), Çalışmayanların puan ortancası 25 (10-30), Öğrencilerin puan ortancası 22 (10-30), Güvenlik/Hukuk mesleğine sahip olanların puan ortancası 24 (15-30), Mimar/Mühendislerin puan ortancası 25 (11-30) olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre Sağlıkçıların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası en yüksek bulunmuşken Zanaatkarların puan ortancası en düşük bulunmuştur ($p<0,001$)

Sağlıkçıların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puanının ortancası 29 (14-30) iken, Eğitimcilerin puan ortancası 27 (11-30), Zanaatkarların puan ortancası 22 (10-30), Memurların puan ortancası 24 (12-30), İşçilerin puan ortancası 23 (13-30), Ev Hanımlarının puan ortancası 24 (12-30), Çalışmayanların puan ortancası 25 (11-30), Öğrencilerin puan ortancası 24 (13-30), Güvenlik/Hukuk mesleğine sahip olanların puan ortancası 25 (15-30), Mimar/Mühendislerin puan ortancası 23 (13-30) olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre Sağlıkçıların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası en yüksek bulunmuşken Zanaatkarların puan ortancası en düşük bulunmuştur ($p<0,001$)

Sağlıkçıların Beslenme Tutumu alt ölçek puanının ortancası 25 (12-30) iken, Eğitimcilerin puan ortancası 25 (14-30), Zanaatkarların puan ortancası 20 (14-28),

Memurların puan ortancası 22 (11-30), İşçilerin puan ortancası 21 (10-30), Ev Hanımlarının puan ortancası 23 (14-30), Çalışmayanların puan ortancası 22 (10-30), Öğrencilerin puan ortancası 22 (12-29), Güvenlik/Hukuk mesleğine sahip olanların puan ortancası 23 (13-29), Mimar/Mühendislerin puan ortancası 21 (16-30) olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre Eğitimcilerin ve Sağlıkçıların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası en yüksek bulunmuşken Zanaatkarların puan ortancası en düşük bulunmuştur ($p<0,001$)

Sağlıkçıların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puanının ortancası 27 (6-30) iken, Eğitimcilerin puan ortancası 26 (6-30), Zanaatkarların puan ortancası 25 (8-30), Memurların puan ortancası 24 (8-30), İşçilerin puan ortancası 24 (6-30), Ev Hanımlarının puan ortancası 25 (6-30), Çalışmayanların puan ortancası 26 (6-30), Öğrencilerin puan ortancası 24 (10-30), Güvenlik/Hukuk mesleğine sahip olanların puan ortancası 25 (10-30), Mimar/Mühendislerin puan ortancası 23 (10-30) olarak saptanmıştır. Bu sonuca göre Sağlıkçıların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası en yüksek bulunmuşken Mimar ve Mühendislerin puan ortancası en düşük bulunmuştur ($p<0,001$)

Tablo 9. Meslek Sınıflarına Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Meslek Sınıfları	SAÖ Ölçeği Toplam Puan Ortanca (Min-Maks)	Kontrol Merkezi Ortanca (Min-Maks)	Öz Farkındalık Ortanca (Min-Maks)	Kesinlik Ortanca (Min-Maks)	Sağlığın Önemi Ortanca (Min-Maks)
Eğitimciler	53 (15-74)	18(5-25)	11 (3-15)	12 (4-20)	11 (3-15)
Sağlıkçılar	51 (28-71)	18(5-25)	11 (3-15)	13 (4-20)	11 (3-15)
Zanaatkarlar	42 (25-66)	11 (5-25)	11 (3-15)	10 (4-16)	11 (7-15)
Memurlar	48 (21-70)	16 (5-25)	10 (3-15)	12 (4-20)	11 (3-15)
İşçiler	44 (20-67)	13 (5-25)	11 (3-15)	10 (4-20)	11 (3-15)
Ev Hanımları	48 (30-75)	14 (5-25)	11 (4-15)	10 (4-20)	12 (5-15)
Çalışmayanlar	47 (19-71)	16 (5-25)	11 (3-15)	11 (4-20)	11 (3-15)
Öğrenciler	48 (33-70)	15 (5-25)	11 (3-15)	11 (4-20)	11 (4-15)
Güvenlik/Hukuk	51 (32-75)	18 (5-25)	9 (3-15)	12 (5-20)	10 (4-15)
Mimar/Mühendisler	49 (30-65)	15 (8-22)	10 (5-14)	12 (6-18)	12 (5-15)
p	<0,001	<0,001	<0,001	0,094	0,070

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 9 a göre eğitimcilerin SAÖ toplam puanının ortancası 53 (15-74) iken, Sağlıkçıların puan ortancası 51 (28-71), Zanaatkarların puan ortancası 42 (25-66), Memurların puan ortancası 48 (21-70), İşçilerin puan ortancası 44 (20-67), Ev Hanımlarının puan ortancası 48 (30-75), Çalışmayanların puan ortancası 47 (19-71), Öğrencilerin puan ortancası 48 (33-70), Güvenlik/Hukuk meslek sahiplerinin puan ortancası 51 (32-75), Mimar /Mühendislerin puan ortancası 49 (30-65) olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre en yüksek SAÖ toplam puan ortancasına sahip meslek grubu Eğitimciler iken Sağlık algısı en düşük olan meslek grubu Zanaatkarlar olmuştur ($p<0,001$).

Eğitimcilerin Kontrol Merkezi alt ölçek puanının ortancası 18 (5-25) iken, Sağlıkçıların puan ortancası 18 (5-25), Zanaatkarların puan ortancası 11 (5-25), Memurların puan ortancası 16 (5-25), İşçilerin puan ortancası 13 (5-25), Ev Hanımlarının puan ortancası 14 (5-25), Çalışmayanların puan ortancası 16 (5-25) , Öğrencilerin puan ortancası 15 (5-25) ,Güvenlik/Hukuk meslek sahiplerinin puan

ortancası 18 (5-25) , Mimar /Mühendislerin puan ortancası 15 (8-22) olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre en yüksek Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancasına sahip meslek grupları Eğitimciler , Sağlıkçılar ve Güvenlik/Hukukçular iken Sağlık algısı en düşük olan meslek grubu Zanaatkarlar olmuştur ($p<0,001$).

Eğitimcilerin Öz Farkındalık alt ölçek puanının ortancası 11 (3-15) iken, Sağlıkçıların puan ortancası 11 (3-15) ,Zanaatkarların puan ortancası 11 (3-15), Memurların puan ortancası 10 (3-15) , İşçilerin puan ortancası 11 (3-15) , Ev Hanımlarının puan ortancası 11 (4-15) ,Çalışmayanların puan ortancası 11 (4-15), Öğrencilerin puan ortancası 11 (3-25) ,Güvenlik/Hukuk meslek sahiplerinin puan ortancası 9 (3-15) ,Mimar /Mühendislerin puan ortancası 10 (5-14) olarak tespit edilmiştir. Bu sonuçlara göre en yüksek Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancasına sahip meslek grupları Eğitimciler, Sağlıkçılar, Zanaatkarlar, İşçiler, Ev Hanımları, Çalışmayanlar ve Öğrenciler iken en düşük puan ortancasına sahip meslek grubu Güvenlik ve Hukukçular olmuştur ($p<0,001$).

Eğitimcilerin Kesinlik alt ölçek puanının ortancası 12 (4-20) iken, Sağlıkçıların puan ortancası 13 (4-20) ,Zanaatkarların puan ortancası 10 (4-16), Memurların puan ortancası 12 (4-20) , İşçilerin puan ortancası 10 (4-20) , Ev Hanımlarının puan ortancası 10 (4-20) ,Çalışmayanların puan ortancası 11 (4-20) , Öğrencilerin puan ortancası 11 (4-20) ,Güvenlik/Hukuk meslek sahiplerinin puan ortancası 12 (5-20) ,Mimar /Mühendislerin puan ortancası 12 (6-18) olarak tespit edilmiştir. Meslek gruplarına göre Kesinlik alt ölçeği puan ortancaları benzer bulunmuştur ($p=0,094$).

Eğitimcilerin Sağlığın Önemi alt ölçek puanının ortancası 11 (3-15) iken, Sağlıkçıların puan ortancası 11 (3-15) ,Zanaatkarların puan ortancası 11 (7-15), Memurların puan ortancası 11 (3-15) , İşçilerin puan ortancası 11 (3-15) , Ev Hanımlarının puan ortancası 12 (5-15) ,Çalışmayanların puan ortancası 11 (3-15), Öğrencilerin puan ortancası 11 (4-15) ,Güvenlik/Hukuk meslek sahiplerinin puan ortancası 10 (4-15) ,Mimar /Mühendislerin puan ortancası 12 (5-15) olarak tespit edilmiştir. Meslek gruplarına göre Sağlığın Önemi alt ölçeği puan ortancaları benzer bulunmuştur ($p=0,070$)

Tablo 10.Eğitim Durumuna Göre Kârı Ölçeği Toplam Puan Ortancaları Karşılaştırması

Eğitim Durumu	KARRIF Ölçeği Toplam Puan Ortanca (Min-Maks)
Okuryazar	20 (9-25)
İlköğretim	19 (6-27)
Ortaöğretim	18 (6-26)
Lise	18 (0-27)
Yükseköğretim	20 (0-28)
p	<0,001

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 10 a göre okuryazar olanların KARRIF toplam puan ortancası 20 (9-25) iken ; İlköğretim mezunlarının puan ortancası 19 (6-27) , Ortaöğretim mezunların puan ortancası 18 (6-26) , Lise mezunlarının puan ortancası 18 (0-27) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası ise 20 (0-28) bulunmuştur. Okuryazar ve Yükseköğretim mezunlarının Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi Ortaöğretim ve Lise mezunu olanlara göre daha yüksek çıkmıştır($p<0,001$).

Tablo 11. Eğitim Durumlarına Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Eğitim Durumu	HKTÖ Ölçeği Toplam Puan Ortanca (Min-Maks)	Korunma ve Kontrol Ortanca (Min-Maks)	Hastalık ve Risk Bilgisi Ortanca (Min-Maks)	Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite Ortanca (Min-Maks)	Beslenme Tutumu Ortanca (Min-Maks)	Alışkanlık ve Yaşam Şekli Ortanca (Min-Maks)
Okuryazar	122 (69-152)	32 (11-40)	23 (12-29)	24 (11-30)	19 (10-30)	24 (6-30)
İlköğretim	123 (68-156)	32 (12-40)	24 (11-30)	22 (13-30)	21 (14-28)	24 (6-30)
Ortaöğretim	126 (73-156)	33 (11-40)	23 (10-30)	23 (12-30)	22 (14-30)	25 (9-30)
Lise	126 (64-157)	33 (8-40)	22 (10-30)	23 (10-30)	22 (12-30)	24 (6-30)
Yükseköğretim	138 (53-160)	36 (8-40)	25 (10-30)	27 (11-30)	24 (10-30)	26 (6-30)
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 11 e göre okuryazar olanların HKTÖ Toplam puan ortancası 122 (69-152) iken ; İlköğretim mezunlarının puan ortancası 123 (68-156) ,Ortaöğretim mezunlarının puan ortancası 126 (73-156) ,Lise mezunlarının puan ortancası 126 (64-157) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 138 (53-160)'dır. Eğitim düzeyi arttıkça Hipertansiyondan korunma tutumlarının arttığı görülmektedir($p<0,001$).

Okuryazar olanların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası 32 (11-40) iken ; İlköğretim mezunlarının puan ortancası 32(12-40) ,Ortaöğretim mezunlarının puan ortancası 33(11-40) ,Lise mezunlarının puan ortancası 33 (8-40) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 36 (8-40)'dır. Eğitim düzeyi arttıkça Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancalarının arttığı görülmektedir($p<0,001$).

Okuryazar olanların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası 23 (12-29) iken ; İlköğretim mezunlarının puan ortancası 24(11-30) ,Ortaöğretim

mezunlarının puan ortancası 23(10-30) ,Lise mezunlarının puan ortancası 22 (10-30) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 25 (10-30)'dır. Yükseköğretim mezunların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancaları en yüksekken, lise mezunlarının en düşük olduğu görülmektedir($p<0,001$).

Okuryazar olanların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 24 (11-30) iken ; İlköğretim mezunlarının puan ortancası 22 (13-30) ,Ortaöğretim mezunlarının puan ortancası 23(12-30) ,Lise mezunlarının puan ortancası 23 (10-30) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 27 (11-30)'dır. Yükseköğretim mezunların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancaları en yüksekken, İlköğretim mezunlarının en düşük olduğu görülmektedir($p<0,001$).

Okuryazar olanların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 19 (10-30) iken ; İlköğretim mezunlarının puan ortancası 21(14-28) ,Ortaöğretim mezunlarının puan ortancası 22(14-30) ,Lise mezunlarının puan ortancası 22 (12-30), Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 24 (10-30)'dır. . Eğitim düzeyi arttıkça Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancalarının arttığı görülmektedir($p<0,001$).

Okuryazar olanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 24 (6-30) iken ; İlköğretim mezunlarının puan ortancası 24 (6-30) ,Ortaöğretim mezunlarının puan ortancası 25 (9-30) ,Lise mezunlarının puan ortancası 24 (6-30) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 26 (6-30)'dır. Yükseköğretim mezunların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancaları en yüksekken, Okuryazar olanların, İlköğretim ve Lise mezunlarının en düşük olduğu görülmektedir($p<0,001$).

Tablo 12. Eğitim Durumlarına Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Eğitim Durumu	SAÖ Ölçeği Toplam Puan Ortanca (Min-Maks)	Kontrol Merkezi Ortanca (Min-Maks)	Öz Farkındalık Ortanca (Min-Maks)	Kesinlik Ortanca (Min-Maks)	Sağlığın Önemi Ortanca (Min-Maks)
Okuryazar	45 (35-63)	14(5-21)	12 (7-15)	10 (4-16)	12 (4-15)
İlköğretim	47 (30-71)	14(5-25)	11 (3-15)	10 (4-20)	12 (3-15)
Ortaöğretim	44 (25-61)	12 (5-25)	11 (3-15)	10 (4-17)	11 (3-15)
Lise	48 (20-75)	15 (5-25)	11 (3-15)	11 (4-20)	11 (3-15)
Yükseköğretim	51 (15-75)	18 (5-25)	11 (3-15)	12 (4-20)	11 (3-15)
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 12 ye göre okuryazar olanların SAÖ toplam puan ortancası 45 (35-63) iken ; ilköğretim mezunlarının puan ortancası 47 (30-71) ,ortaöğretim mezunlarının puan ortancası 44 (25-61) , Lise mezunlarının puan ortancası 48 (20-75) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 51 (15-75)'dır. Yükseköğretim mezunlarının Sağlık Algısı Ölçeği toplam puan ortancası en yüksekken ortaöğretim mezunlarının en düşük bulunmuştur($p<0,001$).

Okuryazar olanların Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancası 14 (5-21) iken ; ilköğretim mezunlarının puan ortancası 14 (5-25) ,ortaöğretim mezunlarının puan ortancası 12 (5-25) , Lise mezunlarının puan ortancası 15 (5-25) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 18 (5-25)'dır. Yükseköğretim mezunlarının Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancası en yüksekken ortaöğretim mezunlarının en düşük bulunmuştur($p<0,001$).

Okuryazar olanların Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancası 12 (7-15) iken ; ilköğretim mezunlarının puan ortancası 11 (3-15) ,ortaöğretim mezunlarının puan

ortancası 11 (3-15) , Lise mezunlarının puan ortancası 11 (3-15) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 11 (3-15)'dır. Okuryazar olanların Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancası diğer eğitim düzeylerine göre yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Okuryazar olanların Kesinlik alt ölçek puan ortancası 10 (4-16) iken ; ilköğretim mezunlarının puan ortancası 10 (4-20) ,ortaöğretim mezunlarının puan ortancası 10 (3-15) , Lise mezunlarının puan ortancası 11 (4-20) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 12 (4-20)'dır. Yükseköğretim mezunlarının Kesinlik alt ölçek puan ortancası diğer eğitim düzeylerine göre yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Okuryazar olanların Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortancası 12 (4-15) iken ; ilköğretim mezunlarının puan ortancası 12 (3-15) ,ortaöğretim mezunlarının puan ortancası 11 (3-15) , Lise mezunlarının puan ortancası 11 (4-20) , Yükseköğretim mezunlarının puan ortancası 11 (3-15)'dır. Okuryazar olanların ve İlköğretim mezunlarının Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortancası diğer eğitim düzeylerine göre yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 13. Medeni Duruma Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Evli Ortanca (min-maks)	Bekar Ortanca (min-maks)	p
KARRIF Toplam Puan	20 (0-27)	19 (0-28)	<0,001

Mann-Whitney U Test

Tablo 13 e göre evli olanların Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi bekarlara göre daha yüksektir(p<0,001).

Tablo 14. Medeni Durumuna Göre HKTÖ ve Alt Ölçekleri Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Evli Ortanca (min-maks)	Bekar Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	133(64-160)	129(53-160)	<0,001
Korunma ve Kontrol	35 (8-40)	34(8-40)	0,007
Hastalık ve Risk Bilgisi	25(10-30)	24(10-30)	<0,001
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	26(13-30)	25(10-30)	0,067
Beslenme Tutumu	24(14-30)	22(10-30)	<0,001
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	26(6-30)	25(6-30)	0,015

Mann-Whitney U Test

Tablo 14 e göre evli olanların HKTÖ toplam puan ortancası 133 (64-160) iken bekar olanların 129 (53-160) bulunmuştur. Evli olanların hipertansiyondan korunma tutumları bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Evli olanların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası 35 (8-40) iken bekar olanların puan ortancası 34 (8-40) dür. Evli olanların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası bekar olanlardan yüksektir(p=0,007).

Evli olanların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası 25 (10-30) iken bekar olanların puan ortancası 24 (10-30) dür. Evli olanların Hastalık ve Risk Bilgisi bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Evli olanların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 26 (13-30) iken bekar olanların puan ortancası 25 (10-30) dır. Evli olanlar ile bekar olanlar arasında Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası benzerdir (p=0,067).

Evli olanların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 24 (14-30) iken bekar olanların puan ortancası 22 (10-30) dür. Evli olanların Beslenme Tutumu bekar olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Evli olanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 26 (6-30) iken bekar olanların puan ortancası 25 (6-30) dır. Evli olanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puanı bekar olanlardan yüksektir (p=0,015).

Tablo 15. Medeni Durumuna Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Evli Ortanca (min-maks)	Bekar Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	49(15-75)	49(15-75)	0,242
Kontrol Merkezi	16(5-25)	16(5-25)	0,435
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	0,233
Kesinlik	11 (4-20)	12 (4-20)	0,004
Sağlığın Önemi	11 (3-15)	11 (3-15)	0,178

Mann-Whitney U Test

Tablo 15 e göre evli olanların SAÖ toplam puanının ortancası 49 (15-75) iken bekarların puan ortancası 49 (15-75) dır. Evli olanlar ile bekar olanlar arasında sağlık algısı benzerdir (p=0,242).

Evli olanların Kontrol Merkezi alt ölçek puanının ortancası 16 (5-25) iken bekarların puan ortancası 16 (5-25) dır. Evli olanlar ile bekar olanlar arasında kontrol merkezi alt ölçek puan ortancası benzerdir (p=0,435).

Evli olanların Öz Farkındalık alt ölçek puanının ortancası 11 (3-15) iken bekarların puan ortancası 11 (3-15) dır. Evli olanlar ile bekar olanlar arasında Öz Farkındalık benzerdir (p=0,233).

Evli olanların Kesinlik alt ölçek puanının ortancası 11 (4-20) iken bekarların puan ortancası 12 (4-20) dır. Bekar olanların evli olanlardan Kesinlik alt ölçek puan ortancası yüksektir (p=0,004).

Evli olanların Sağlığın Önemi alt ölçek puanının ortancası 11 (3-15) iken bekarların puan ortancası 11 (3-15) dır. Evli olanlar ile bekar olanlar arasında Sağlığın Önemi benzerdir (p=0,178).

Tablo 16. Sigara İçme Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Sigara İçenler Ortanca (min-maks)	Sigara İçmeyenler Ortanca (min-maks)	p
KARRIF Toplam Puan	19 (0-27)	20 (0-28)	0,645

Mann-Whitney U Test

Tablo 16 ya göre sigara içenlerin KARRIF ölçeği toplam puan ortancası 19 (0-27) iken sigara içmeyenlerin puan ortancası 20 (0-28) idi. Sigara içen katılımcıların kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyi ile sigara içmeyenlerin bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,645).

Tablo 17.Sigara İçme Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Sigara içenler Ortanca (min-maks)	Sigara İçmeyenler Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	128(64-160)	134(53-160)	<0,001
Korunma ve Kontrol	34 (8-40)	35(8-40)	0,123
Hastalık ve Risk Bilgisi	24(10-30)	24(10-30)	0,024
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	24(10-30)	26(11-30)	<0,001
Beslenme Tutumu	22(13-30)	23(10-30)	0,004
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	25 (6-30)	25(6-30)	0,008

Mann-Whitney U Test

Tablo 17 e göre sigara içenlerin HKTÖ toplam puan ortancası 128 (64-160) iken sigara içmeyenlerin puan ortancası 134 (53-160) dür. Sigara içmeyenlerin içenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları daha yüksektir (p<0,001).Sigara içmek hipertansiyon için bir risk faktörü iken sigara içen bireylerin hipertansiyondan korunma tutumlarının düşük bulunmuştur.

Sigara içenlerin Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası 34 (8-40) iken sigara içmeyenlerin puan ortancası 35 (8-40) dır. Sigara içmeyenlerle içenler arasında Korunma ve Kontrol alt ölçeği benzer bulunmuştur (p=0,123)

Sigara içenlerin Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası 24 (10-30) iken sigara içmeyenlerin puan ortancası 24 (10-30) dür. Sigara içmeyenlerin Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçeği puan ortancası içenlerden yüksek bulunmuştur (p=0,024).

Sigara içenlerin Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 24 (10-30) iken sigara içmeyenlerin puan ortancası 26 (11-30) dır. Sigara içmeyenlerin içenlere göre Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite ölçek puanı daha yüksektir (p<0,001).

Sigara içenlerin Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 22 (13-30) iken sigara içmeyenlerin puan ortancası 23 (10-30) dür. Sigara içmeyenlerin Beslenme Tutumu alt ölçeği puan ortancası sigara içenlerden yüksektir (p=0,004).

Sigara içenlerin Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 25 (6-30) iken sigara içmeyenlerin puan ortancası 25 (6-30) dır. Sigara içmeyenlerin Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçeği puan ortancası içenlerden yüksektir (p=0,008).

Tablo 18.Sigara İçme Durumuna Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Sigara içenler Ortanca (min-maks)	Sigara içmeyeneler Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	46(15-74)	50(20-75)	<0,001
Kontrol Merkezi	15 (5-25)	17 (5-25)	<0,001
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	0,480
Kesinlik	11 (4-20)	12 (4-20)	0,001
Sağlığın Önemi	11 (3-15)	11 (3-15)	<0,001

Mann-Whitney U Test

Tablo 18 e göre sigara içenlerin SAÖ toplam puan ortancası 46 (15-74) iken sigara içmeyenlerin 50 (20-75) olarak tespit edilmiştir. Sigara içmeyenlerin sağlık algısı sigara içenlerden daha yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Sigara içenlerin Kontrol Merkezi alt ölçeği puan ortancası 15 (5-25) iken sigara içmeyenlerin 17 (5-25) olarak tespit edilmiştir. Sigara içmeyenlerin Kontrol Merkezi alt ölçeği sigara içenlerden daha yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Sigara içenlerin Öz Farkındalık alt ölçeği puan ortancası 11 (3-15) iken sigara içmeyenlerin 11 (3-15) olarak tespit edilmiştir. Sigara içmeyenlerle sigara içenler arasında Öz Farkındalık alt ölçeği benzer bulunmuştur (p=0,480).

Sigara içenlerin Kesinlik alt ölçeği puan ortancası 11 (4-20) iken sigara içmeyenlerin 12 (4-20) olarak tespit edilmiştir. Sigara içmeyenlerin Kesinlik alt ölçeği sigara içenlerden daha yüksek bulunmuştur (p=0,001).

Sigara içenlerin Sağlığın Önemi alt ölçeği puan ortancası 11 (3-15) iken sigara içmeyenlerin 11 (3-15) olarak tespit edilmiştir. Sigara içmeyenlerin Sağlığın Önemi alt ölçeği sigara içenlerden daha yüksek bulunmuştur (p<0,001).

Tablo 19. Alkol Kullanma Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Alkol Kullananlar Ortanca (min-maks)	Alkol kullanmayanlar Ortanca (min-maks)	p
KARRIF Toplam Puan	20 (6-27)	20 (0-28)	0,401

Mann-Whitney U Test

Tablo 19 a göre alkol kullananların KARRIF toplam puanının ortanca 20 (6-27) iken alkol kullanmayanların puan ortanca 20 (0-28) bulunmuştur. Alkol kullananlar ile kullanmayanların kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri benzerdir (p=0,401).

Tablo 20.Alkol Kullanma Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Alkol alanlar Ortanca (min-maks)	Alkol almayanlar Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	131(68-160)	132(53-160)	0,758
Korunma ve Kontrol	34 (12-40)	35(8-40)	0,630
Hastalık ve Risk Bilgisi	24(13-30)	24(10-30)	0,629
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	25(12-30)	25(10-30)	0,380
Beslenme Tutumu	23(12-30)	23(10-30)	0,910
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	26 (6-30)	25(6-30)	0,017

Mann-Whitney U Test

Tablo 20 e göre alkol kullananların HKTÖ toplam puan ortancası 131 (68-160) iken kullanmayanların puan ortancası 132 (53-160) dır. Alkol kullananlar ile kullanmayanların hipertansiyondan korunma tutumu benzerdir (p=0,758).

Alkol kullananların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası 34 (12-40) iken kullanmayanların puan ortancası 35 (8-40) dır. Alkol kullananlar ile kullanmayanların Korunma ve Kontrol alt ölçeği benzerdir (p=0,630).

Alkol kullananların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası 24 (13-30) iken kullanmayanların puan ortancası 24 (10-30) dır. Alkol kullananlar ile kullanmayanların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçeği benzerdir (p=0,629).

Alkol kullananların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 25 (12-30) iken kullanmayanların puan ortancası 25 (10-30) dır. Alkol kullananlar ile kullanmayanların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçeği benzerdir (p=0,380).

Alkol kullananların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 23 (12-30) iken kullanmayanların puan ortancası 23 (10-30) dür. Alkol kullananlar ile kullanmayanların Beslenme Tutumu alt ölçeği benzerdir (p=0,910).

Alkol kullananların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 26 (6-30) iken kullanmayanların puan ortancası 25 (6-30) dır. Alkol kullananların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçeği puan ortancası alkol kullanmayanlardan yüksektir (p=0,017).

Tablo 21.Alkol Kullanma Durumuna Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Alkol alanlar Ortanca (min-maks)	Alkol almayanlar Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	45(25-71)	49(15-75)	0,003
Kontrol Merkezi	15 (5-25)	16 (5-25)	0,250
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	0,398
Kesinlik	11 (4-20)	12 (4-20)	0,100
Sağlığın Önemi	11 (3-15)	11 (3-15)	<0,001

Mann-Whitney U Test

Tablo 21 e göre alkol kullananların SAÖ toplam puan ortancası 45 (25-71) iken alkol kullanmayanların puan ortancası 49 (15-75) olarak bulunmuştur. Alkol kullanmayanların SAÖ toplam puan ortancası alkol kullananlardan yüksek bulunmuştur (p=0,003).

Alkol kullananların Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancası 15 (5-25) iken alkol kullanmayanların puan ortancası 16 (5-25) olarak bulunmuştur. Alkol kullananlar ile kullanmayanlar arasında Kontrol Merkezi alt ölçek puanı benzerdir (p=0,250).

Alkol kullananların Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken alkol kullanmayanların puan ortancası 11 (3-15) olarak bulunmuştur. Alkol kullananlar ile kullanmayanlar arasında Öz Farkındalık alt ölçek puanı benzerdir (p=0,398).

Alkol kullananların Kesinlik alt ölçek puan ortancası 11 (4-20) iken alkol kullanmayanların puan ortancası 12 (4-20) olarak bulunmuştur. Alkol kullananlar ile kullanmayanlar arasında Kesinlik alt ölçeği puanı benzerdir (p=0,100).

Alkol kullananların Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken alkol kullanmayanların puan ortancası 11 (3-15) olarak bulunmuştur. Alkol kullanmayanların Sağlığın Önemi alt ölçek puanı alkol kullananlara göre daha yüksektir(p<0,001).

Tablo 22. Gelir Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Geliri Giderinden Az Ortanca (min-maks)	Geliri Giderine Eşit Ortanca (min-maks)	Geliri Giderinden Fazla Ortanca (min-maks)	p
KARRIF Toplam Puan	19 (0-27)	19 (0-28)	21 (6-27)	0,006

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 22 ye göre geliri giderinden az olanların KARRIF toplam puan ortancası 19 (0-27) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 19 (0-28) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası 21 (6-27) dır. Geliri giderinden fazla olanların kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri diğer gelir düzeyi olanlardan yüksektir (p<0,006).

Tablo 23.Gelir Düzeyi Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Geliri Giderinden Az Ortanca (min-maks)	Geliri Giderine Eşit Ortanca (min-maks)	Geliri Giderinden Fazla Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	130(53-160)	131(64-160)	139 (71-160)	<0,001
Korunma ve Kontrol	34 (8-40)	34(8-40)	36 (15-40)	0,001
Hastalık ve Risk Bilgisi	24(10-30)	24(10-30)	26 (10-30)	<0,001
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	25(11-30)	25(10-30)	26 (12-30)	<0,001
Beslenme Tutumu	22(10-30)	23(13-30)	24 (11-30)	<0,001
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	25 (6-30)	25(6-30)	26 (7-30)	0,031

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 23 e göre geliri giderinden az olanların HKTÖ toplam puan ortancası 130 (53-160) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 131 (64-160) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası ise 139 (71-160) dur. Gelir düzeyi arttıkça hipertansiyondan korunma tutumları artmaktadır(P<0,001).

Geliri giderinden az olanların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası 34(8-40) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 34 (8-40) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası ise 36 (15-40) dır. Gelir düzeyi yüksek olanların geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanlara göre korunma ve kontrol alt ölçek puanları yüksektir(P=0,001).

Geliri giderinden az olanların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası 24(10-30) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 24 (10-30) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası ise 26 (10-30) dır. Gelir düzeyi yüksek olanların geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanlara göre hastalık ve risk bilgisi alt ölçek puanları yüksektir(P<0,001).

Geliri giderinden az olanların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 25(11-30) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 25 (10-30) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası ise 26 (12-30) dır. Gelir düzeyi yüksek olanların geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanlara göre ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçek puanları yüksektir(P<0,001).

Geliri giderinden az olanların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 22 (10-30) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 23 (13-30) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası ise 24 (11-30) dür. Gelir düzeyi yüksek olanların geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanlara göre beslenme tutumu alt ölçek puanları yüksektir(P<0,001).

Geliri giderinden az olanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 25(6-30) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 25 (6-30) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası ise 26 (7-30) dır. Gelir düzeyi yüksek olanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası diğer gelir düzeylerinden yüksektir (p=0,031).

Tablo 24.Gelir Düzeyi Durumuna Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Geliri Giderinden Az Ortanca (min-maks)	Geliri Giderine Eşit Ortanca (min-maks)	Geliri Giderinden Fazla Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	48 (26-74)	49(15-75)	50 (25-75)	0,137
Kontrol Merkezi	16 (5-25)	16 (5-25)	17 (5-25)	0,002
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	10 (3-15)	0,012
Kesinlik	11 (4-20)	12 (4-20)	12 (4-20)	<0,001
Sağlığın Önemi	11 (3-15)	11 (3-15)	11 (3-15)	0,035

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 24 e göre geliri giderinden az olanların SAÖ toplam puan ortancası 48 (26-74) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 49 (15-75) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası 50 (25-75) dır. Gelir düzeyine göre sağlık algısı benzer bulunmuştur (p=0,137).

Geliri giderinden az olanların Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancası 16 (5-25) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 16(5-25) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası 17 (5-25) dır. Gelir düzeyi düşük olanların Kontrol Merkezi alt ölçeği puan ortancası diğerlerinden düşük bulunmuştur (p=0,002).

Geliri giderinden az olanların Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 11(3-15) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası 10 (3-15) dır. Gelir düzeyi yüksek olanların Öz Farkındalık alt ölçeği puan ortancası diğer gelir düzeyinde olanlara göre daha düşük bulunmuştur (p=0,012).

Geliri giderinden az olanların Kesinlik alt ölçek puan ortancası 11 (4-20) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 12 (4-20) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası 12 (4-20) dır. Geliri giderine eşit ve geliri giderinden yüksek olanların Kesinlik alt ölçeği puanı geliri giderinden az olanlara göre yüksektir(p<0,001).

Geliri giderinden az olanların Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken geliri giderine eşit olanların puan ortancası 11(3-15) , geliri giderinden fazla olanların puan ortancası 11 (3-15) dır. Geliri giderinden yüksek olanların Sağlığın Önemi alt ölçeği puan ortancası diğer gelir düzeylerinden yüksek bulunmuştur (p=0,035).

Tablo 25. Yaşadığı Yere Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	**Köyde Yaşayanlar Ortanca (min-maks)**	**Şehirde Yaşayanlar Ortanca (min-maks)**	**p**
KARRIF Toplam Puan	17 (0-26)	20 (0-28)	<0,001

Mann-Whitney U Test

Tablo 25 e göre köyde yaşayan katılımcıların Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi toplam puan ortancası 17 (0-26) iken Şehirde yaşayanların puan ortancası 20 (0-28) dır. Şehirde yaşayanların kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi köyde yaşayanlardan yüksektir (p<0,001).

Tablo 26. Yaşadığı Yere Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Köyde Yaşayanlar Ortanca (min-maks)	Şehirde Yaşayanlar Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	126(69-160)	133(53-160)	<0,001
Korunma ve Kontrol	33 (11-40)	35(8-40)	0,001
Hastalık ve Risk Bilgisi	22(11-30)	24(10-30)	0,001
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	23(11-30)	26(10-30)	<0,001
Beslenme Tutumu	22(12-30)	23(10-30)	<0,001
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	24 (6-30)	26 (6-30)	0,002

Mann-Whitney U Test

Tablo 26 ya göre Köyde yaşayanların HKTÖ toplam puan ortancası 126 (69-160) iken şehirde yaşayanların puan ortancası 133 (53-160) dür. Şehirde yaşayanların hipertansiyondan korunma tutumları köyde yaşayanlardan yüksektir (p<0,001).

Köyde yaşayanların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası 33 (11-40) , şehirde yaşayanların puan ortancası 35 (8-40) dır. Şehirde yaşayanların korunma ve kontrol alt ölçeği köyde yaşayanlardan yüksektir (p=0,001)

Köyde yaşayanların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası 22 (11-30) , şehirde yaşayanların puan ortancası 24 (10-30) dür. Şehirde yaşayanların hastalık ve risk bilgisi alt ölçeği köyde yaşayanlardan yüksektir (p=0,001)

Köyde yaşayanların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 23 (11-30) , şehirde yaşayanların puan ortancası 26 (10-30) dür. Şehirde yaşayanların ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçeği köyde yaşayanlardan yüksektir (p<0,001)

Köyde yaşayanların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 22 (12-30) , şehirde yaşayanların puan ortancası 23 (10-30) dür. Şehirde yaşayanların beslenme tutumu alt ölçeği köyde yaşayanlardan yüksektir (p<0,001).

Köyde yaşayanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 24 (6-30) , şehirde yaşayanların puan ortancası 26 (6-30) dır. Şehirde yaşayanların alışkanlık ve yaşam şekli alt ölçeği köyde yaşayanlardan yüksektir (p=0,002).

Tablo 27. Yaşadığı Yere Göre SAÖ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Köyde Yaşayanlar Ortanca (min-maks)	Şehirde Yaşayanlar Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	47 (30-70)	49(15-75)	0,036
Kontrol Merkezi	14 (5-25)	16 (5-25)	<0,001
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	0,047
Kesinlik	11 (4-20)	12 (4-20)	0,111
Sağlığın Önemi	12 (3-15)	11 (3-15)	0,039

Mann-Whitney U Test

Tablo 27 ye göre köyde yaşayanların SAÖ toplam puan ortancası 47 (30-70) iken şehirde yaşayanların puan ortancası 49 (15-75) dur. Şehirde yaşayanların Sağlık algısı düzeyleri köyde yaşayanlardan yüksektir (p=0,036).

Köyde yaşayanların Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancası 14 (5-25) iken şehirde yaşayanların puan ortancası 16 (5-25) dır. Şehirde yaşayanların kontrol merkezi alt ölçeği köyde yaşayanlardan yüksektir (p<0,001).

Köyde yaşayanların Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken şehirde yaşayanların puan ortancası 11 (3-15) dır. Şehirde yaşayanların öz farkındalığı köyde yaşayanlardan yüksektir (p=0,047).

Köyde yaşayanların Kesinlik alt ölçek puan ortancası 11 (4-20) iken şehirde yaşayanların puan ortancası 12 (4-20) dır. Şehirde yaşayanlar ile köyde yaşayanların kesinlik alt ölçeği benzerdir(p=0,111).

Köyde yaşayanların Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortancası 12 (3-15) iken şehirde yaşayanların puan ortancası 11 (3-15) dır. Köyde yaşayanların sağlığın önemi alt ölçeği şehirde yaşayanlardan yüksektir (p=0,039).

Tablo 28. Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Sürekli İlaç Kullananlar Ortanca (min-maks)	Sürekli İlaç Kullanmayanlar Ortanca (min-maks)	p
KARRIF Toplam Puan	19 (4-27)	20 (0-28)	0,936

Mann-Whitney U Test

Tablo 28 e göre sürekli kullandığı bir ilaç olanların KARRIF toplam puan ortancası 19 (4-27) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 20 (0-28) dır. Sürekli kullandığı bir ilaç olan katılımcılar ile sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri benzerdir (p=0,936)

Tablo 29. Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Sürekli İlaç kullananlar Ortanca (min-maks)	Sürekli İlaç Kullanmayanlar Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	129(53-160)	132(64-160)	0,034
Korunma ve Kontrol	34 (11-40)	35(8-40)	0,229
Hastalık ve Risk Bilgisi	24(11-30)	24(10-30)	0,247
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	24(11-30)	26(10-30)	0,026
Beslenme Tutumu	22(12-30)	23(10-30)	0,031
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	25 (6-30)	26 (6-30)	0,034

Mann-Whitney U Test

Tablo 29 a göre sürekli kullandığı bir ilaç olanların HKTÖ toplam puan ortancası 129 (53-160) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 132 (64-160) dır. Sürekli kullandığı bir ilaç olmayan katılımcıların hipertansiyondan korunma tutumları yüksektir (p=0,034).

Sürekli kullandığı bir ilaç olanların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası 34 (11-40) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 35 (8-40) dır. Sürekli kullandığı bir ilaç olan katılımcılar ile sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların korunma ve kontrol alt ölçeği benzerdir (p=0,229) .

Sürekli kullandığı bir ilaç olanların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası 24 (11-30) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların

ise 24 (10-30) dür. Sürekli kullandığı bir ilaç olan katılımcılar ile sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların hastalık ve risk bilgisi alt ölçeği benzerdir (p=0,247) .

Sürekli kullandığı bir ilaç olanların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 24 (11-30) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 26 (10-30) dır. Sürekli kullandığı bir ilaç olmayan katılımcıların ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçeği daha yüksektir (p=0,026) .

Sürekli kullandığı bir ilaç olanların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 22 (12-30) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 23 (10-30) dür. Sürekli kullandığı bir ilaç olmayan katılımcıların beslenme tutumu alt ölçeği yüksektir (p=0,031) .

Sürekli kullandığı bir ilaç olanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 25 (6-30) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 26 (6-30) dır. Sürekli kullandığı bir ilaç olmayan katılımcıların alışkanlık ve yaşam şekli alt ölçeği puan ortancası yüksektir (p=0,034).

Tablo 30. Sürekli İlaç Kullanma Durumuna Göre SAÖ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Sürekli İlaç Kullananlar Ortanca (min-maks)	Sürekli İlaç Kullanmayanlar Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	48 (30-72)	49 (15-75)	0,210
Kontrol Merkezi	15 (5-25)	16 (5-25)	0,019
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	0,392
Kesinlik	11 (4-20)	12 (4-20)	0,205
Sağlığın Önemi	11 (3-15)	11 (3-15)	0,293

Mann-Whitney U Test

Tablo 30 a göre sürekli kullandığı bir ilaç olanların SAÖ toplam puan ortancası 48 (30-72) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 49 (15-75) dur. Sürekli kullandığı bir ilaç olan katılımcılar ile sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların sağlık algısı benzerdir (p=0,210).

Sürekli kullandığı bir ilaç olanların Kontrol Merkezi alt ölçeği puan ortancası 15 (5-25) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 16 (5-25) dır. Sürekli kullandığı bir ilaç olmayan katılımcıların kontrol merkezi alt ölçeği puanı yüksektir (p=0,019).

Sürekli kullandığı bir ilaç olanların Öz Farkındalık alt ölçeği puan ortancası 11 (3-15) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 11(3-15) dır. Sürekli kullandığı bir ilaç olan katılımcılar ile sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların öz farkındalık alt ölçeği benzerdir (p=0,392).

Sürekli kullandığı bir ilaç olanların Kesinlik alt ölçeği puan ortancası 11 (4-20) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 12 (4-20) dır. Sürekli kullandığı bir ilaç olan katılımcılar ile sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların kesinlik alt ölçeği benzerdir (p=0,205).

Sürekli kullandığı bir ilaç olanların Sağlığın Önemi alt ölçeği puan ortancası 11 (3-15) iken, sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların ise 11 (3-15) dır. Sürekli kullandığı bir ilaç olan katılımcılar ile sürekli ilaç kullanmak durumunda olmayan katılımcıların sağlığın önemi alt ölçeği benzerdir (p=0,293).

Tablo 31. Ailede HT ve KVH Olma Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Ailesinde HT Olanlar Ortanca (min-maks)	Ailesinde HT Olmayanlar Ortanca (min-maks)	Ailesinde KVH Olanlar Ortanca (min-maks)	Ailesinde KVH Olmayanlar Ortanca (min-maks)
KARRIF Toplam Puan	20 (4-27)	19 (0-28)	20 (4-28)	19 (0-27)
p	<0,001		<0,001	

Mann-Whitney U Test

Tablo 31 e göre ailesinde HT hastası olanların KARRIF Toplam puan ortancası 20 (4-27) iken ailesinde HT hastası olmayanların puan ortancası 19 (0-28) dur. Ailesinde HT hastası olanların olmayanlara göre kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi daha yüksektir (p<0,001).

Ailesinde Kardiyovasküler hastalığı olanların KARRIF toplam puan ortancası 20 (4-28) iken ailesinde Kardiyovasküler hastalığı olmayanların puan ortancası19 (0-27) dur. Ailesinde Kardiyovasküler hastalığı olanların olmayanlara göre kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi daha yüksektir (p<0,001).

Tablo 32. Ailesinde HT Olma Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Ailede HT Olanların Ortanca (min-maks)	Ailede HT Olmayanlar Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	137(53-160)	128(64-160)	<0,001
Korunma ve Kontrol	36 (9-40)	34 (8-40)	<0,001
Hastalık ve Risk Bilgisi	25(11-30)	23(10-30)	<0,001
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	26(11-30)	24(10-30)	<0,001
Beslenme Tutumu	24(10-30)	23(10-30)	<0,001
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	26 (6-30)	25 (6-30)	0,001

Mann-Whitney U Test

Tablo 32 e göre ailesinde Hipertansiyon olanların HKTÖ Toplam puan ortancası 137 (53-160) iken Ailesinde Hipertansiyon olmayanların HKTÖ puan ortancası 128 (64-160) dirilesinde hipertansiyon olanların olmayanlara göre hipertansiyondan korunma tutumları çok daha yüksektir (p<0,001).

Ailesinde Hipertansiyon olanların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası 36(9-40) iken Ailesinde Hipertansiyon olmayanların Korunma ve Kontrol puan ortancası 34 (8-40) dür. Ailesinde hipertansiyon olanların olmayanlara göre korunma ve kontrol alt ölçeği daha yüksektir (p<0,001).

Ailesinde Hipertansiyon olanların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası 25 (11-30) iken Ailesinde Hipertansiyon olmayanların Hastalık ve Risk

Bilgisi puan ortancası 23 (10-30) dür. Ailesinde hipertansiyon olanların olmayanlara göre hastalık ve risk bilgisi daha yüksektir (p<0,001).

Ailesinde Hipertansiyon olanların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 26(11-30) iken Ailesinde Hipertansiyon olmayanların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite puan ortancası 24 (10-30) dür. Ailesinde hipertansiyon olanların olmayanlara göre ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçeği daha yüksektir (p<0,001).

Ailesinde Hipertansiyon olanların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 24 (10-30) iken Ailesinde Hipertansiyon olmayanların Beslenme Tutumu puan ortancası 23(10-30) dür. Ailesinde hipertansiyon olanların olmayanlara göre beslenme tutumu daha yüksektir (p<0,001).

Ailesinde Hipertansiyon olanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 26(6-30) iken Ailesinde Hipertansiyon olmayanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli puan ortancası 25 (6-30) dirilesinde hipertansiyon olanların olmayanlara göre alışkanlık ve yaşam şekli alt ölçeği daha yüksektir (p=0,001).

Tablo 33. Ailede HT Olma Durumuna Göre SAÖ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Ailede HT Olanlar Ortanca (min-maks)	Ailede HT Olmayanlar Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	49 (15-75)	48 (19-75)	0,087
Kontrol Merkezi	17 (5-25)	15 (5-25)	0,001
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	0,515
Kesinlik	12 (4-20)	12 (4-20)	0,775
Sağlığın Önemi	11 (3-15)	11 (3-15)	0,022

Mann-Whitney U Test

Tablo 33 e göre ailesinde hipertansiyon hastalığı olanların SAÖ toplam puan ortancası 49 (15-75) iken olmayanların puan ortancası 48 (19-75) dır. Ailesinde hipertansiyon hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında sağlık algısı benzer çıkmıştır (p=0,087).

Ailesinde hipertansiyon hastalığı olanların Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancası 17 (5-25) iken olmayanların puan ortancası 15 (5-25) dır. Ailesinde hipertansiyon hastalığı olanların Kontrol Merkezi alt ölçek puanı olmayanlardan yüksek çıkmıştır (p=0,001).

Ailesinde hipertansiyon hastalığı olanların Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken olmayanların puan ortancası 11 (3-15) dır. Ailesinde hipertansiyon hastalığı olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında Öz Farkındalık alt ölçeği benzerdir(p=0,515).

Ailesinde hipertansiyon hastalığı olanların Kesinlik alt ölçek puan ortancası 12(4-20) iken olmayanların puan ortancası 12 (4-20) dır. Ailesinde hipertansiyon hastalığı olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında Kesinlik alt ölçeği benzerdir(p=0,515).

Ailesinde hipertansiyon hastalığı olanların Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken olmayanların puan ortancası 11 (3-15) dır. Ailesinde hipertansiyon hastalığı olanların Sağlığın Önemi alt ölçek puanı olmayanlardan yüksek çıkmıştır (p=0,022).

Tablo 34. Ailesinde KVH Olma Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Ailede KVH Olanların Ortanca (min-maks)	Ailede KVH Olmayanlar Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	136(68-160)	130(53-160)	<0,001
Korunma ve Kontrol	36 (9-40)	34 (8-40)	<0,001
Hastalık ve Risk Bilgisi	25(10-30)	24(10-30)	<0,001
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	26(10-30)	25(11-30)	0,008
Beslenme Tutumu	24(14-30)	23(10-30)	0,004
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	26 (6-30)	25 (6-30)	0,005

Mann-Whitney U Test

Tablo 34 e göre ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların HKTÖ toplam puan ortancası 136 (68-160) iken ailesinde kardiyovasküler hastalığı olmayanların puan ortancası 130 (53-160) dur. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların olmayanlara göre hipertansiyondan korunma tutumları daha yüksektir ($p<0,001$).

Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası 36 (9-40) iken ailesinde kardiyovasküler hastalığı olmayanların puan ortancası 34 (8-40) dur. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların olmayanlara göre korunma ve kontrol alt ölçeği daha yüksektir ($p<0,001$).

Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası 25 (11-30) iken ailesinde kardiyovasküler hastalığı olmayanların puan

ortancası 24 (10-30) dür. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların olmayanlara göre hastalık ve risk faktörleri alt ölçeği daha yüksektir (p<0,001).

Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 26 (10-30) iken ailesinde kardiyovasküler hastalığı olmayanların puan ortancası 25 (11-30) dır. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların olmayanlara göre ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçeği daha yüksektir (p=0,008).

Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 24 (14-30) iken ailesinde kardiyovasküler hastalığı olmayanların puan ortancası 23 (11-30) dür. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların olmayanlara göre beslenme tutumu alt ölçeği daha yüksektir (p=0,004).

Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 26 (6-30) iken ailesinde kardiyovasküler hastalığı olmayanların puan ortancası 25 (6-30) dır. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların olmayanlara göre alışkanlık ve yaşam şekli alt ölçeği daha yüksektir (p=0,005).

Tablo 35. Ailede KVH Olma Durumuna Göre SAÖ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Ailede KVH Olanlar Ortanca (min-maks)	Ailede KVH Olmayanlar Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	49 (21-75)	49 (15-74)	0,327
Kontrol Merkezi	16 (5-25)	16 (5-25)	0,476
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	0,295
Kesinlik	11 (4-20)	12 (4-20)	0,119
Sağlığın Önemi	11 (4-15)	11 (3-15)	0,015

Mann-Whitney U Test

Tablo 35 e göre ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların SAÖ toplam puan ortancası 49 (21-75) iken olmayanların 49 (15-74) dur. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların sağlık algısı ile olmayanların sağlık algısı benzer çıkmıştır (p=0,327).

Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancası 16 (5-25) iken olmayanların 16 (5-25) dır. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların ile olmayanların kontrol merkezi alt ölçeği benzer çıkmıştır (p=0,476).

Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken olmayanların 11(3-15) dır. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların ile olmayanların öz farkındalık alt ölçeği benzer çıkmıştır (p=0,295).

Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların Kesinlik alt ölçek puan ortancası 11 (4-20) iken olmayanların 12 (4-20) dır. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların ile olmayanların kesinlik alt ölçeği benzer çıkmıştır (p=0,119).

Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortancası 11 (4-15) iken olmayanların 11 (3-15) dır. Ailesinde kardiyovasküler hastalığı olanların sağlığın önemi alt ölçeği daha yüksektir (p=0,015).

Tablo 36. Düzenli Tansiyon Ölçtürme Durumuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Düzenli Tansiyon Ölçtürenler Ortanca (min-maks)	Düzenli Tansiyon Ölçtürmeyenler Ortanca (min-maks)	p
KARRIF Toplam Puan	20 (0-28)	19 (0-27)	0,011

Mann-Whitney U Test

Tablo 36 a göre düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların KARRIF toplam puan ortancası 20 (0-28) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 19 (0-27) dur. Düzenli ölçüm yaptıranların yaptırmayanlardan kardiyovasküler hastalık risk faktörü bilgi düzeyi daha yüksektir (p=0,011).

Tablo 37. Düzenli Tansiyon Ölçtürme Durumuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Düzenli Tansiyon Ölçtürenler Ortanca (min-maks)	Düzenli Ölçüm Yaptırmayanlar Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	132(68-160)	132(53-160)	0,799
Korunma ve Kontrol	35 (9-40)	34 (8-40)	0,283
Hastalık ve Risk Bilgisi	24(10-30)	24(10-30)	0,304
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	25(13-30)	26(10-30)	0,022
Beslenme Tutumu	23 (11-30)	23(10-30)	0,274
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	25 (6-30)	25 (6-30)	0,530

Mann-Whitney U Test

Tablo 37 e göre düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların HKTÖ toplam puan ortancası 132 (68-160) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 132 (53-160) dır. Düzenli ölçüm yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasındaki hipertansiyondan korunma tutumları benzerdir (p=0,799).

Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların Korunma ve Kontrol alt ölçek puan ortancası 35 (9-40) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 34 (8-40) dür. Düzenli ölçüm yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında kontrol koruma alt ölçeği benzerdir (p=0,283).

Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların Hastalık ve Risk Bilgisi puan ortancası 24 (10-30) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 24 (10-30) dür.

Düzenli ölçüm yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçeği benzerdir (p=0,304).

Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 25 (13-30) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 26 (10-30) dır. Düzenli ölçüm yaptırmayanların ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçeği daha yüksektir (p=0,022).

Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 23 (11-30) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 23 (10-30) dür. Düzenli ölçüm yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçeği benzerdir (p=0,274).

Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 25 (6-30) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 25 (6-30) dır. Düzenli ölçüm yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında alışkanlık ve yaşam şekli alt ölçeği benzerdir (p=0,530).

Tablo 38. Düzenli Tansiyon Ölçtürme Durumuna Göre SAÖ Ölçeği Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Düzenli Tansiyon Ölçtüren Ortanca (min-maks)	Düzenli Tansiyon Ölçtürmeyen Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	46 (22-74)	49 (15-75)	0,001
Kontrol Merkezi	14 (5-25)	17 (5-25)	<0,001
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	0,838
Kesinlik	11 (4-20)	12 (4-20)	0,031
Sağlığın Önemi	11 (3-15)	11 (3-15)	0,305

Mann-Whitney U Test

Tablo 38 e göre düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların SAÖ toplam puan ortancası 46 (22-74) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 49 (15-75) dur. Düzenli tansiyon ölçümü yaptırmayanların sağlık algısı yaptıranlardan daha yüksektir (p=0,001).

Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancası 14 (5-25) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 17 (5-25) dur. Düzenli tansiyon ölçümü yaptırmayanların Kontrol Merkezi alt ölçeği puanı yaptıranlardan daha yüksektir (p<0,001).

Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 11 (3-15) dır. Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranlar ile yaptırmayanların öz farkındalık alt ölçeği benzerdir (p=0,838).

Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların Kesinlik alt ölçek puan ortancası 11 (4-20) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 12 (4-20) dır. Düzenli tansiyon ölçümü yaptırmayanların kesinlik alt ölçeği daha yüksektir (p=0,031).

Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken Düzenli ölçüm yaptırmayanların puan ortancası ise 11 (3-15) dır. Düzenli tansiyon ölçümü yaptıranların sağlığın önemi alt ölçeği yaptırmayanlarla benzerdir (p=0,305).

Tablo 39. Daha Önce Ölçülen Tansiyon Sonucuna Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Ölçülen Tansiyonu Yüksek Çıkanlar Ortanca (min-maks)	Ölçülen Tansiyonu Normal Olanlar Ortanca (min-maks)	p
KARRIF Toplam Puan	20 (0-27)	20 (0-28)	0,890

Mann-Whitney U Test

Tablo 39 a göre daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin KARRIF ölçeği toplam puan ortancası 20 (0-27) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 20 (0-28) dır. Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkanlar ile çıkmayanların kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi benzer çıkmıştır (p=0,890).

Tablo 40. Daha Önce Ölçülen Tansiyon Sonucuna Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Ölçülen Tansiyonu Yüksek Çıkanlar Ortanca (min-maks)	Ölçülen Tansiyonu Normal Çıkanlar Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	129(64-160)	132(53-160)	0,223
Korunma ve Kontrol	34 (8-40)	35 (8-40)	0,510
Hastalık ve Risk Bilgisi	24(10-30)	24(10-30)	0,723
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	25(14-30)	25(10-30)	0,303
Beslenme Tutumu	22 (10-30)	23(10-30)	0,012
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	27 (6-30)	25 (6-30)	0,841

Mann-Whitney U Test

Tablo 40 a göre daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin HKTÖ ölçeği toplam puan ortancası 129 (64-160) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 132 (53-160) dır. Daha

önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkanlar ile çıkmayanların Hipertansiyondan korunma tutumları benzer çıkmıştır (p=0,223).

Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin Korunma ve Kontrol alt ölçeği puan ortancası 34 (8-40) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 35 (8-40) dır. Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkanlar ile çıkmayanların Korunma ve kontrol alt ölçekleri benzer çıkmıştır (p=0,510).

Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçeği puan ortancası 24 (10-30) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 24 (10-30) dür. Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkanlar ile çıkmayanların Hastalık ve risk bilgisi alt ölçekleri benzer çıkmıştır (p=0,723).

Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçeği puan ortancası 25 (14-30) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 25 (10-30) dır. Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkanlar ile çıkmayanların Ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçekleri benzer çıkmıştır (p=0,303).

Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin Beslenme Tutumu alt ölçeği puan ortancası 22 (10-30) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 23 (10-30) dür. Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkmayanların Beslenme tutumu daha yüksektir (p=0,012).

Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçeği puan ortancası 27 (6-30) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 25 (6-30) dür. Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkanlar ile çıkmayanların Alışkanlık ve yaşam şekli alt ölçekleri benzer çıkmıştır (p=0,841).

Tablo 41. Daha Önce Ölçülen Tansiyon Sonucuna Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Düzenli Tansiyon Ölçtüren Ortanca (min-maks)	Düzenli Tansiyon Ölçtürmeyen Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	49 (32-71)	49 (15-75)	0,396
Kontrol Merkezi	16 (5-25)	16 (5-25)	0,281
Öz Farkındalık	11 (4-15)	11 (3-15)	0,271
Kesinlik	11 (4-20)	12 (4-20)	0,068
Sağlığın Önemi	11 (4-15)	11 (3-15)	0,541

Mann-Whitney U Test

Tablo 41 e göre daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin SAÖ toplam puan ortancası 49 (32-71) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 49 (15-75) dur. Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkanlar ile çıkmayanların Sağlık algıları benzer çıkmıştır (p=0,396).

Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancası 16 (5-25) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 16(5-25) dır. Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkanlar ile çıkmayanların Kontrol merkezi alt ölçeği benzer çıkmıştır (p=0,281).

Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancası 11 (4-15) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 11(3-15) dır. Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkanlar ile çıkmayanların Öz farkındalık alt ölçeği benzer çıkmıştır (p=0,271).

Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin Kesinlik alt ölçek puan ortancası 11 (4-20) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 12 (4-20) dır. Daha önce ölçülen tansiyonu

yüksek çıkanlar ile çıkmayanların Kontrol merkezi alt ölçeği benzer çıkmıştır (p=0,068).

Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıktığı söylenenlerin Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortancası 11 (4-15) iken daha önce ölçtürdüğü tansiyonu hiç yüksek çıkmayanların toplam puan ortancası 11 (3-15) dır. Daha önce ölçülen tansiyonu yüksek çıkanlar ile çıkmayanların Sağlığın önemi alt ölçeği benzer çıkmıştır (p=0,541).

Tablo 42.Tansiyon Ölçüm Sayısına Göre KARRIF Ölçeği Toplam Puan Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Hiç Ölçtürmeyenler Ortanca (min-maks)	1-5 Ortanca (min-maks)	6-12 Ortanca (min-maks)	>12 Ortanca (min-maks)	p
KARRIF Toplam Puan	18 (0-27)	20 (0-27)	21 (4-27)	21 (7-28)	<0,001

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 42 e göre son bir yılda ölçülen hiç tansiyon ölçtürmeyenlerin KARRIF toplam puan ortancası 18 (0-27) iken son bir yılda tansiyonunu 1-5 arası ölçtürenlerin ortancası 20 (0-27) , 6-12 kez ölçtürenlerin ortancası 21 (4-27) , >12 ölçtürenlerin ortancası ise 21 (7-28) dır.

Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların kardiyovasküler hastalık risk faktörü bilgi düzeyi 1-5 ,6-12 ve ya 12 den fazla ölçüm yaptıranlardan daha düşük çıkmıştır (p<0,001).Son bir yılda 1-5 ,6-12 ve ya 12 den fazla ölçüm yaptıranların bilgi düzeyleri benzerdir (p=0,029).

Tablo 43. Tansiyon Ölçüm Sayısına Göre HKTÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Hiç Ölçtürmeyenler Ortanca (min-maks)	1-5 Ortanca (min-maks)	6-12 Ortanca (min-maks)	>12 Ortanca (min-maks)	p
HKTÖ Toplam Puan	128(64-160)	134(53-160)	134 (74-160)	136 (68-156)	<0,001
Korunma ve Kontrol	34 (8-40)	35 (11-40)	36(12-40)	35(9-40)	<0,001
Hastalık ve Risk Bilgisi	23(10-30)	24(10-30)	26(11-30)	25 (10-30)	<0,001
Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite	24(10-30)	26(11-30)	26 (13-30)	26(15-30)	0,001
Beslenme Tutumu	22 (10-30)	23(12-30)	24(12-30)	24 (10-30)	<0,001
Alışkanlık ve Yaşam Şekli	25 (6-30)	26 (6-30)	26(12-30)	25(6-30)	0,001

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 43 e göre Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların HKTÖ toplam puan ortancası 128 (64-160) iken son bir yılda 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 134 (53-160) ,6-12 ölçüm yaptıranların puan ortancası 134 (74-160) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların puan ortancası ise 136 (68-156) dır. Son bir yılda hiç tansiyon ölçtürmeyenlerin hipertansiyondan korunma tutumları ; 1-5 ,6-12 ve ya 12 den fazla ölçüm yaptıranlara göre daha düşüktür ($p<0,001$).

Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların Korunma ve kontrol alt ölçek puan ortancası 34 (8-40) iken son bir yılda 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 35(11-40) ,6-12 ölçüm yaptıranların puan ortancası 36 (12-40) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların puan ortancası ise 35 (9-40) dır. Son bir yılda hiç tansiyon

ölçtürmeyenlerin Korunma ve kontrol alt ölçek puanı ; 1-5 ,6-12 ve ya 12 den fazla ölçüm yaptıranlara göre daha düşüktür (p<0,001).

Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların Hastalık ve Risk Bilgisi alt ölçek puan ortancası 23 (10-30) iken son bir yılda 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 24(10-30) ,6-12 ölçüm yaptıranların puan ortancası 26 (11-30) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların puan ortancası ise 25 (10-30) dır. Son bir yılda hiç tansiyon ölçtürmeyenlerin Hastalık ve risk bilgisi alt ölçek puanı ; 1-5 ,6-12 ve ya 12 den fazla ölçüm yaptıranlara göre daha düşüktür (p<0,001).

Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların Ruhsal Durum ve Fiziksel Aktivite alt ölçek puan ortancası 24 (10-30) iken son bir yılda 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 26 (11-30) ,6-12 ölçüm yaptıranların puan ortancası 26 (13-30) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların puan ortancası ise 26 (15-30) dır. Son bir yılda hiç tansiyon ölçtürmeyenlerin Ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçek puanı ; 1-5 ,6-12 ve ya 12 den fazla ölçüm yaptıranlara göre daha düşüktür (p=0,001).

Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların Beslenme Tutumu alt ölçek puan ortancası 22 (10-30) iken son bir yılda 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 23(12-30) ,6-12 ölçüm yaptıranların puan ortancası 24 (12-30) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların puan ortancası ise 24 (10-30) dür. Son bir yılda hiç tansiyon ölçtürmeyenlerin Beslenme tutumu alt ölçek puanı ; 1-5 ,6-12 ve ya 12 den fazla ölçüm yaptıranlara göre daha düşüktür (p<0,001).

Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların Alışkanlık ve Yaşam Şekli alt ölçek puan ortancası 26 (6-30) iken son bir yılda 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 26 (6-30) ,6-12 ölçüm yaptıranların puan ortancası 26 (12-30) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların puan ortancası ise 25 (6-30) dır. Son bir yılda hiç tansiyon ölçtürmeyenlerin Korunma ve kontrol alt ölçek puanı ; 1-5 ,6-12 ve ya 12 den fazla ölçüm yaptıranlara göre daha düşüktür (p=0,001).

Tablo 44. Tansiyon Ölçüm Sayısına Göre SAÖ Toplam Puan ve Alt Ölçekleri Karşılaştırması

Ölçek Puanları	Hiç Ölçtürmeyen Ortanca (min-maks)	1-5 Ortanca (min-maks)	6-12 Ortanca (min-maks)	>12 Ortanca (min-maks)	p
SAÖ Toplam Puan	48 (15-71)	49 (21-75)	48(25-72)	50(25-74)	0,110
Kontrol Merkezi	15 (5-25)	17 (5-25)	16(5-25)	17(5-25)	0,029
Öz Farkındalık	11 (3-15)	11 (3-15)	11(3-15)	11(3-15)	0,595
Kesinlik	11 (4-20)	12 (4-20)	11(4-20)	12 (4-20)	0,426
Sağlığın Önemi	11 (3-15)	11 (3-15)	12(4-15)	11(3-15)	0,842

Kruskal Wallis-H testi

Tablo 44 e göre son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların SAÖ toplam puan ortancası 48 (15-71) iken 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 49 (21-75) ,6-12 arası ölçüm yaptıranların 48 (25-72) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların ise 50 (25-74) çıkmıştır. Son bir yılda yaptırılan tansiyon ölçüm sayısına göre Sağlık algıları arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır (p=0,110).

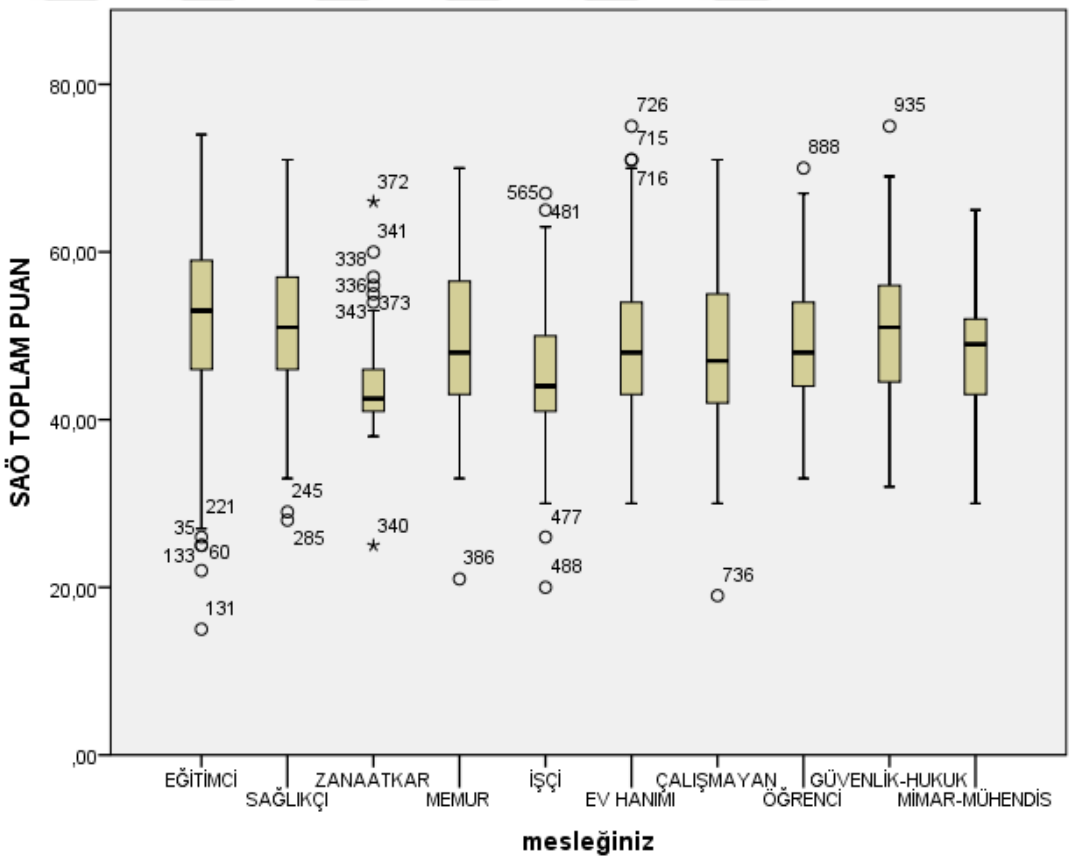
Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların Kontrol Merkezi alt ölçek puan ortancası 15 (5-25) iken 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 17 (5-25) ,6-12 arası ölçüm yaptıranların 16 (5-25) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların ise 17 (5-25) çıkmıştır. Son bir yılda yaptırılan tansiyon ölçüm sayısına göre hiç ölçüm yaptırmayanların Kontrol merkezi alt ölçek puanı daha düşüktür (p=0,029).

Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların Öz Farkındalık alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 11 (3-15) ,6-12 arası ölçüm yaptıranların 11 (3-15) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların ise 11 (3-15) çıkmıştır. Son bir yılda yaptırılan tansiyon ölçüm sayısına göre Öz farkındalık alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır (p=0,595).

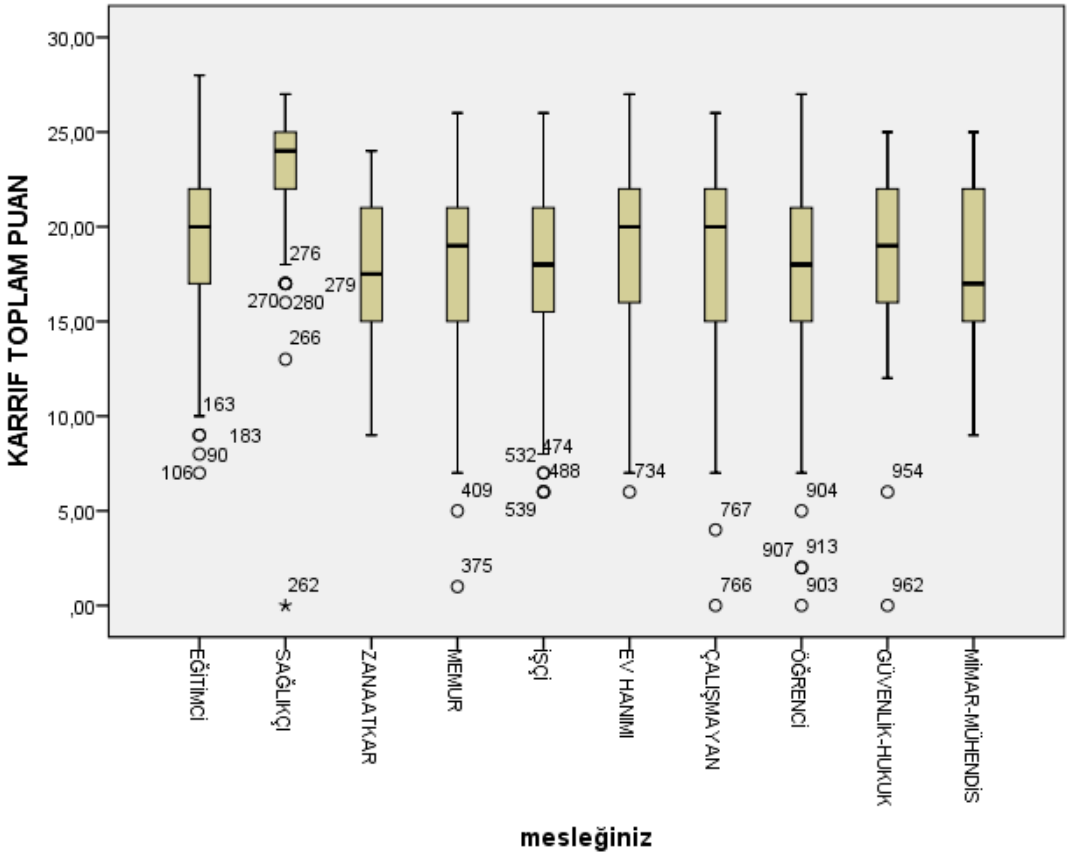
Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların Kesinlik alt ölçek puan ortancası 11 (4-20) iken 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 12 (4-20) ,6-12

arası ölçüm yaptıranların 11 (4-20) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların ise 12 (4-20) çıkmıştır. Son bir yılda yaptırılan tansiyon ölçüm sayısına göre Kesinlik alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır (p=0,426).

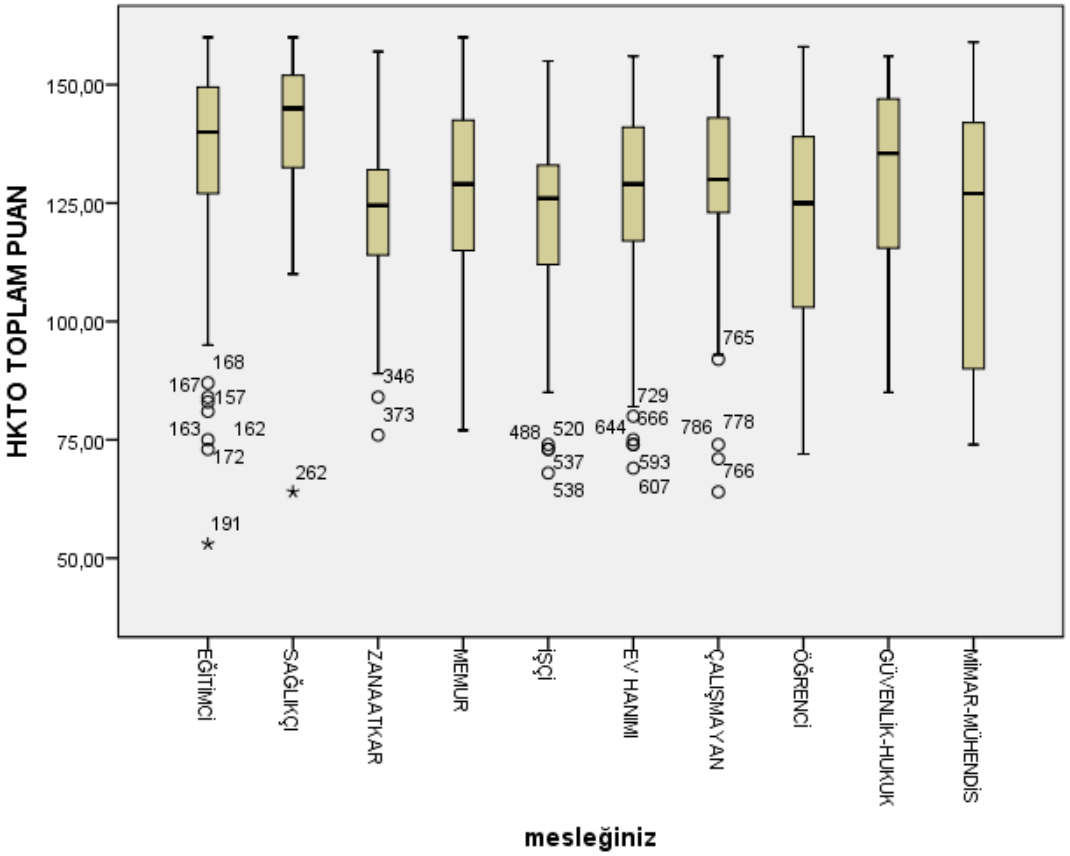
Son bir yılda hiç tansiyon ölçümü yaptırmayanların Sağlığın Önemi alt ölçek puan ortancası 11 (3-15) iken 1-5 arası ölçüm yaptıranların puan ortancası 11 (3-15) ,6-12 arası ölçüm yaptıranların 12 (4-15) , 12 den fazla ölçüm yaptıranların ise 11 (3-15) çıkmıştır. Son bir yılda yaptırılan tansiyon ölçüm sayısına göre Sağlığın önemi alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark çıkmamıştır (p=0,842).



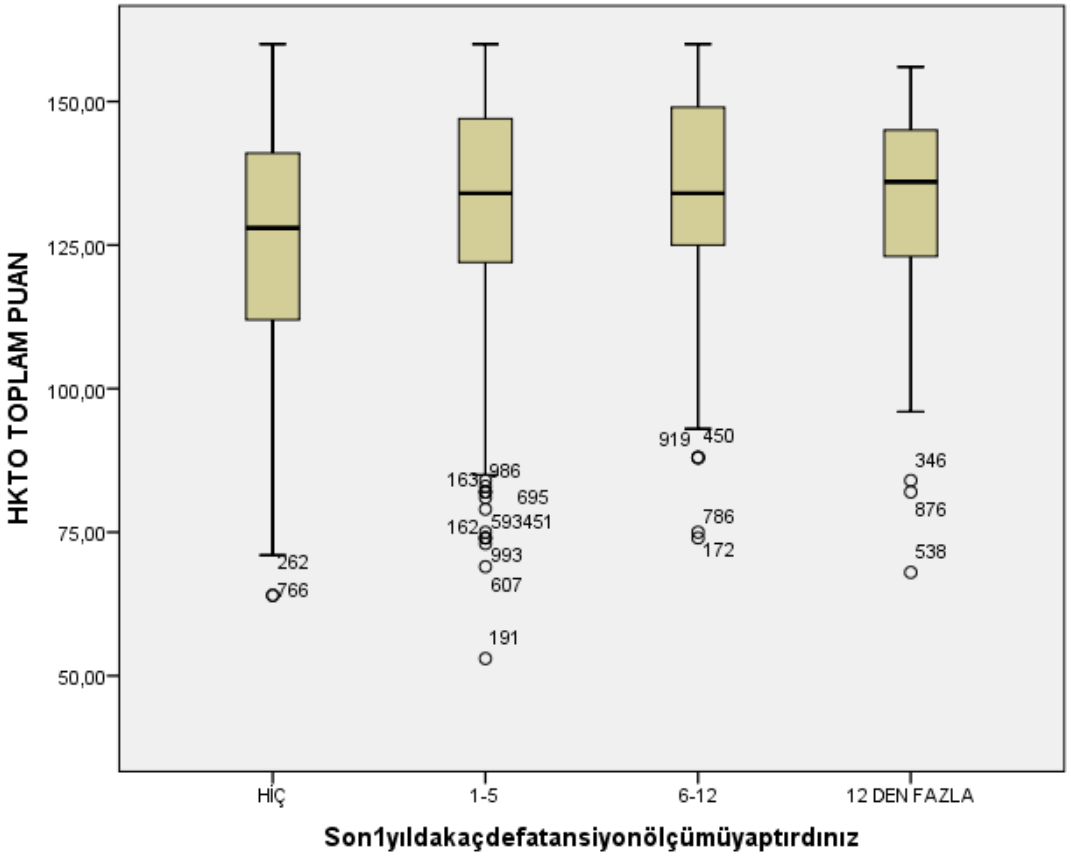
Şekil 1. SAÖ Toplam Puanın Mesleklerle Arasındaki İlişki



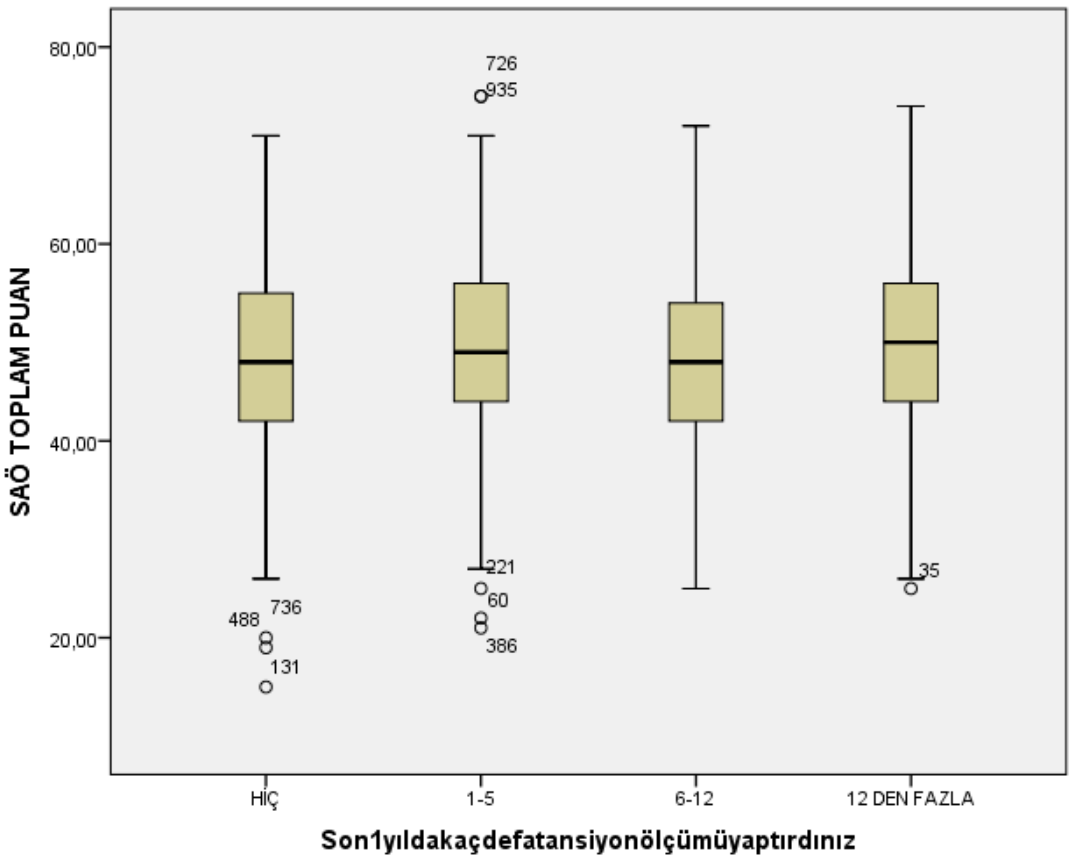
Şekil 2. KARRIF Toplam Puanın Mesleklerle Arasındaki İlişki



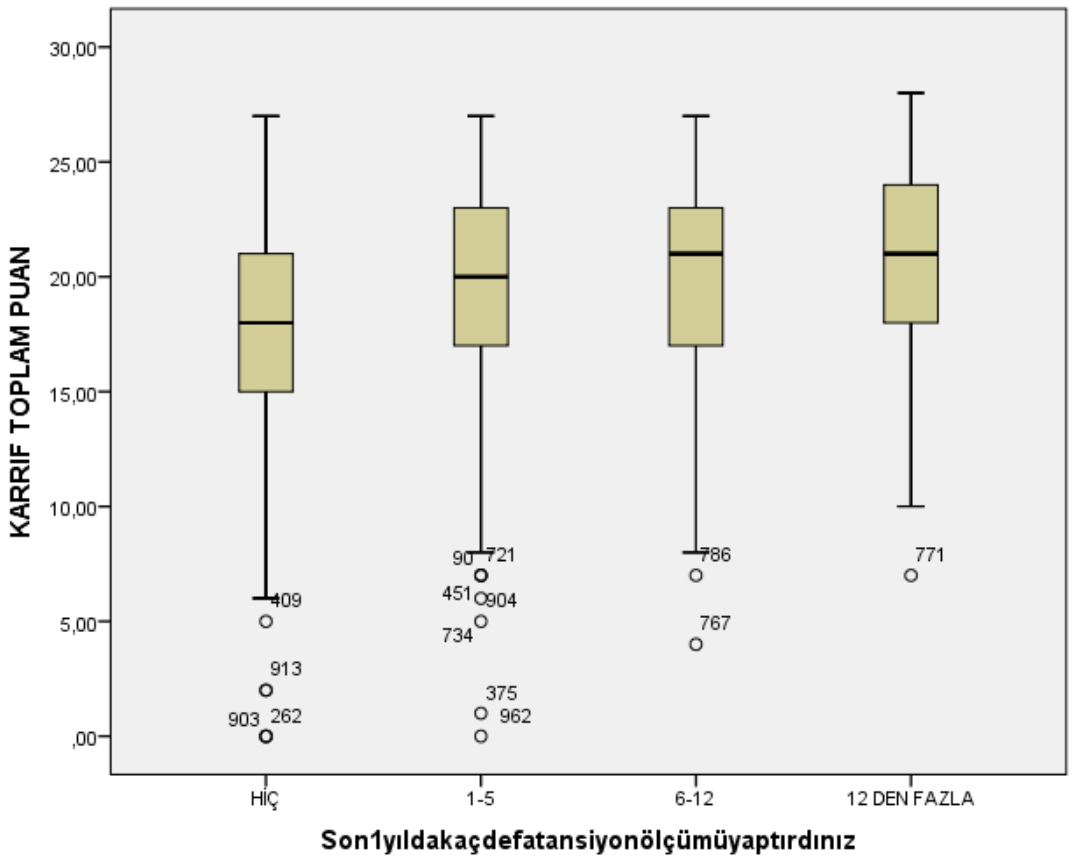
Şekil 3. HKTO Toplam Puanın Mesleklerle Arasındaki İlişki



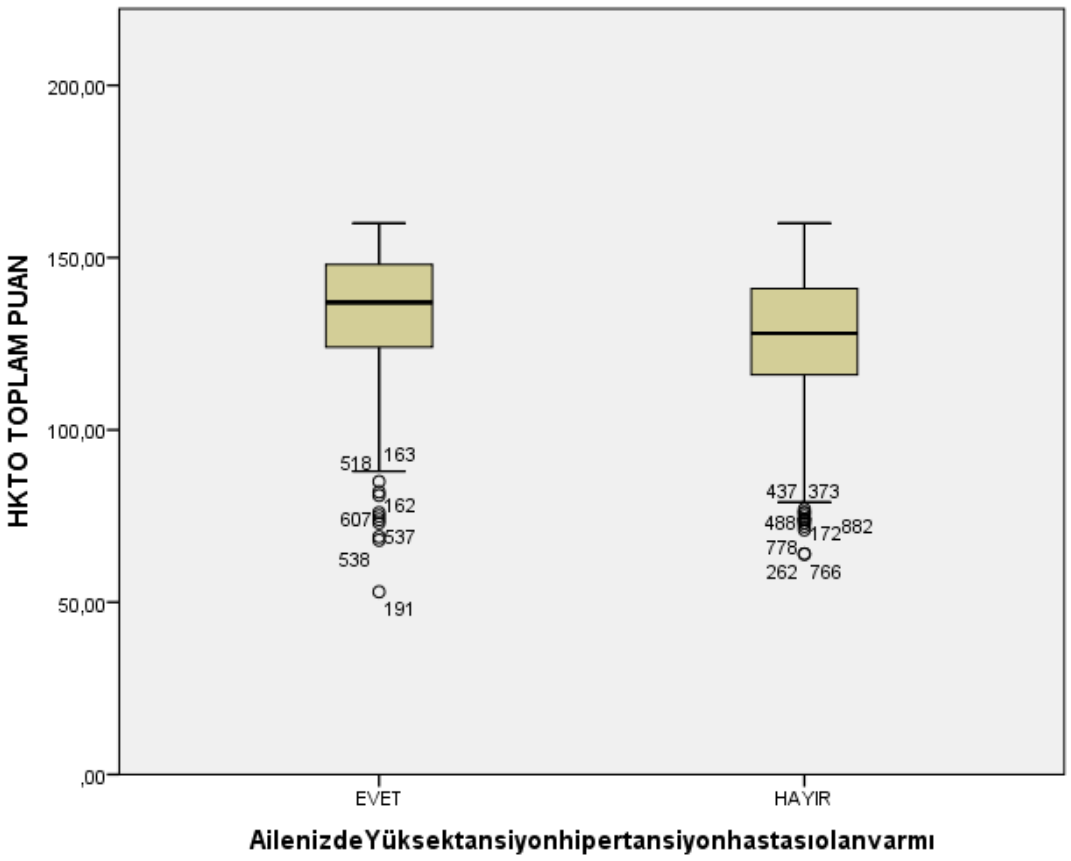
Şekil 4. HKTO toplam puan ile yıllık kan basıncı ölçüm sayısı arasındaki ilişki



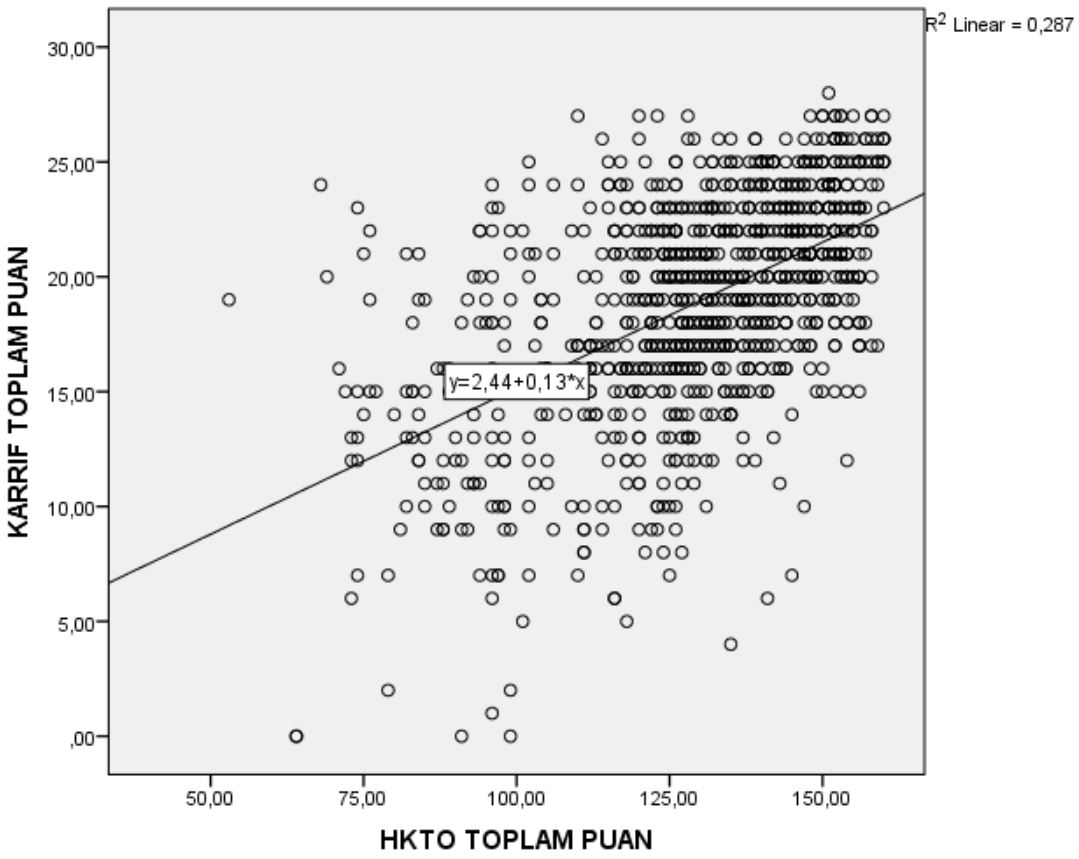
Şekil 5. SAÖ toplam puan ile yıllık kan basıncı ölçüm sayısı arasındaki ilişki



Şekil 6. KARRIF toplam puan ile yıllık kan basıncı ölçüm sayısı arasındaki ilişki

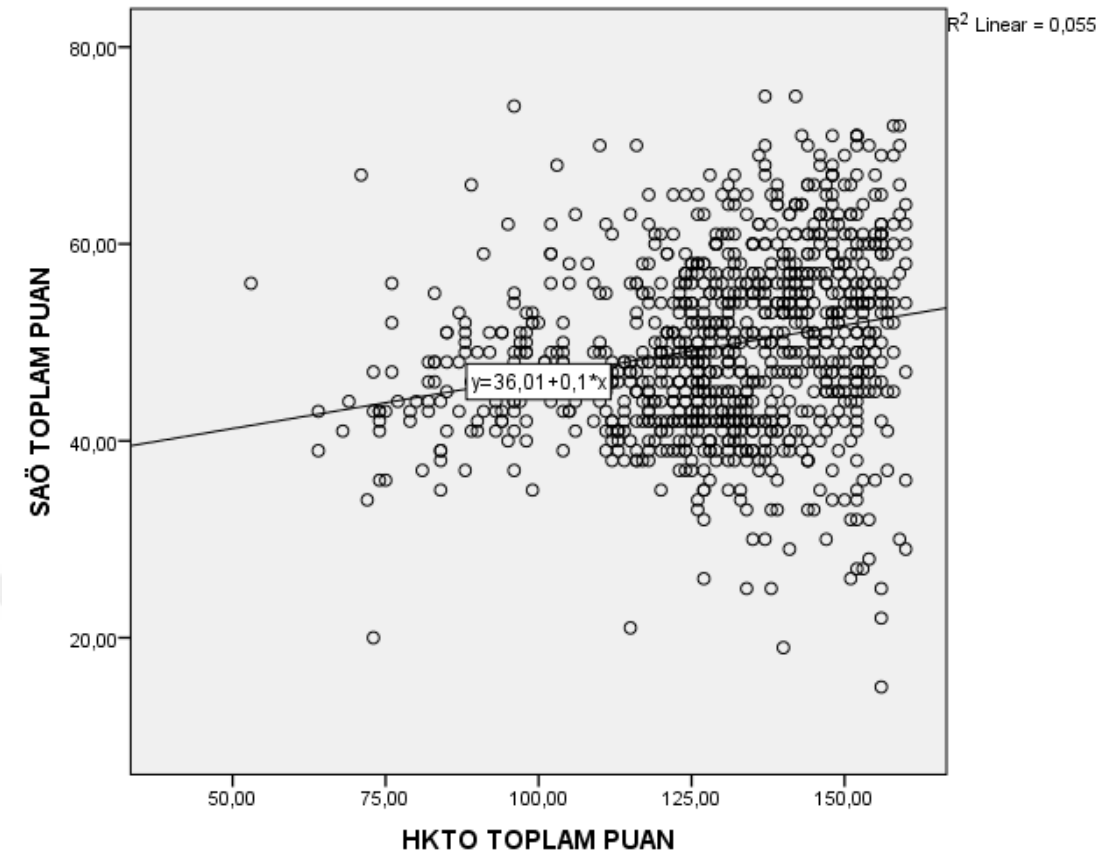


Şekil 7. HKTO toplam puanının Ailede hipertansiyon öyküsüyle ilişkisi



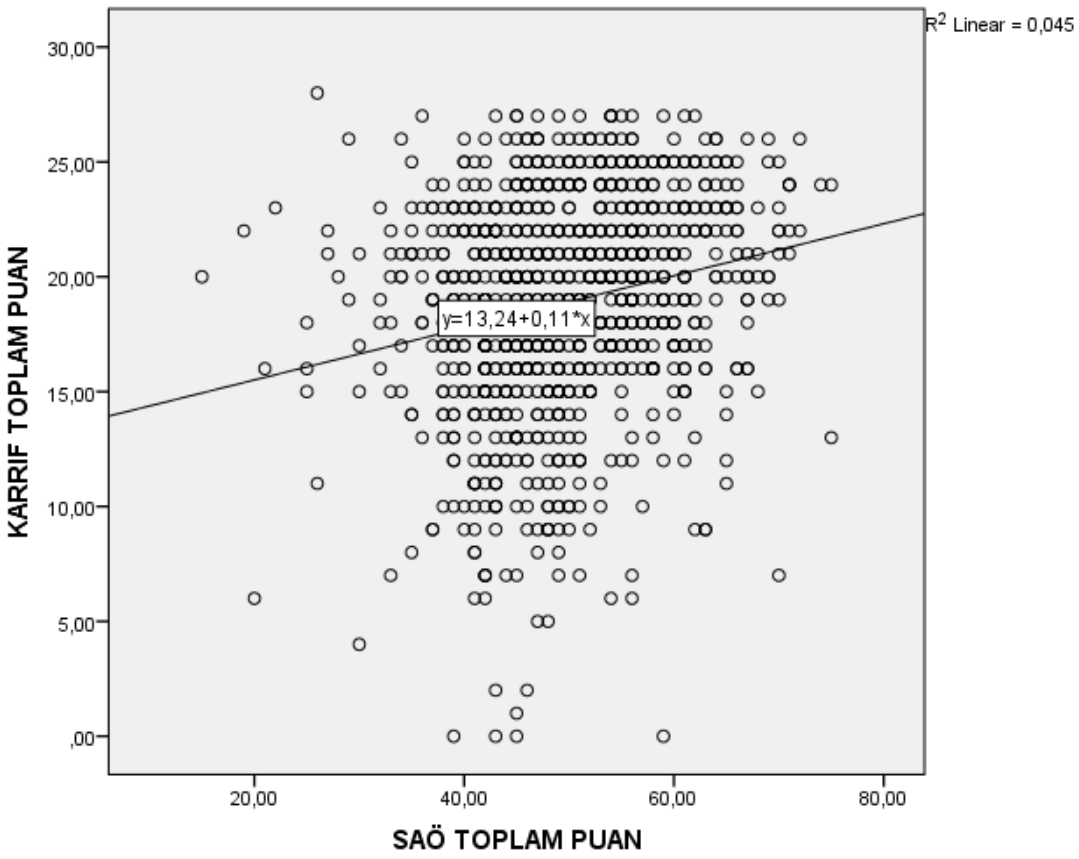
Şekil 8. KARRIF Toplam Puan Skoru İle HKTÖ Toplam Puan Skoru Arasındaki İlişki

Katılımcıların KARRIF toplam skoru ile HKTÖ toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı güçlü pozitif korelasyon saptanmıştır (r=0,522; p<0,001; Şekil 1).



Şekil 9. SAÖ Toplam Puanı ile HKTO Toplam Puanı Arasındaki İlişki

SAÖ toplam puan ile HKTO toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır ($r=0,275;p<0,001$; Şekil 2).



Şekil 10. KARRIF Toplam Puan İle SAÖ Toplam Puan Arasındaki İlişki

KARRIF toplam puan ile SAÖ toplam puan arasında istatiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır (r=0,229; p<0,001 Şekil 3).

5. TARTIŞMA

Hipertansiyon ile ilgili yapılan araştırmaların çoğunluğu tanı, tedavi ile ilgiliyken birincil koruma ile ilgili çok fazla çalışma yoktur ve toplumun bu konudaki farkındalığı düşüktür. Bu sebeple de hipertansiyondan korunmada tutum geliştirme ve bunu davranışa dönüştürme halkı bu konuda bilinçlendirme birinci basamak hekimlerinin en önemli görevlerinden biridir.

Birinci basamakta yaklaşık bin kişiyle yapılan bu çalışma hipertansiyondan korunma tutumlarını ölçme, halkın bu konuya dikkatini çekme ve farkındalığını artırma açısından değerli ve Hatay ilinde yapılan bu konudaki ilk çalışma olması bakımından da önemlidir.

Çalışmamızın yaş ortalamasına bakıldığında diğer çalışmalara göre daha genç bireyler olduğu bulunmuştur. Jeong ve arkadaşlarının, Cook ve arkadaşlarının, Hu ve arkadaşlarının çalışmalarında ise katılımcıların yaş ortalaması daha yüksek bulunmuştur.(90–92).Bu durumu hipertansiyon hastalığının daha ileri yaşlarda görülmesi üzerine orta yaş popülasyonunun hipertansiyondan korunma ölçütlerini değerlendirmek için daha uygun yaşta olmasından kaynaklanması ile açıklayabiliriz. Bizim çalışmamamız birinci basamağa başvuran ve hipertansiyon tanısı almamış bireylere yapıldığı için yaş ortalamasının daha düşük çıktığı kanaatindeyiz. Bu durum daha genç yaştaki bireylerde farkındalık oluşturma ve hipertansiyondan korunma tutumlarını ölçme açısından değerlidir.

Çalışmamızda kadın katılımcıların oranı erkek katılımcılardan yüksek bulunmuştur. Bai ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kadın katılımcıların oranı erkeklerden fazla bulunmuştur.(93) Rebholz ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadın erkek oranı yaklaşık yarı yarıya bulunmuştur.(94).Asm ye başvuran bireylerin ve anketi tamamlayan bireylerin daha çok kadınlar olmasından dolayı bizim çalışmamızda kadınların oranı daha yüksek gelmiştir. Bu da çalışmanın sonucunu etkilemiştir.

Çalışmamızda katılımcıların %23 ünün eğitimci , %16 sının ise ev hanımı olduğu bulunmuştur. Nguyen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ev hanımları %13,8 ,serbest meslek %15 , emekli ise %20 bulunmuştur.(95) Appel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışanların oranı %88 çalışmayanlar %12 bulunmuştur.(96) Colosımo ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ev hanımı %40 , serbest meslek %35 , emekli ise %10 bulunmuştur. Aekplakorn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada işi olmayanlar katılımcıların yarısından fazlasını oluşturmuştur(97).Yapılan çalışmalar meslek grupları açısından çeşitlidir. Bizim çalışmamızda ilçe merkezinde olan bir aile sağlığı merkezinde yapıldığından ve Asm çevresinde okulların bulunmasından dolayı ev hanımı ve eğitimcilerin oranı daha yüksektir. Bu da çalışmamızın sonucunu etkilemiştir.

Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlasının eğitim durumu yükseköğretim mezunu idi. Hunt ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise %39 yüksek öğretim ve üstü idi.(98) Eng ve arkadaşlarının çalışmasında ise %25 oranında yüksek öğretim ve üstü katılımcı vardı(99).Moreıra-Rosarıo ve arkadaşlarının çalışmasında ise üniversite mezunları çoğunluktaydı(100)Bizim çalışmamızda meslek grubunun daha çok yüksek eğitimli çıkması Asm nin çevresinde okul, emniyet gibi devlet binalarının çokluğu ve buradaki personelin katılımının daha yüksek olması ve anket çalışmasını tamamlayanların çoğunun daha yüksek eğitim düzeyine sahip olması ile açıklanabilir bu da çalışmamızın sonucunu etkilemiştir. Çalışmamızda katılımcıların çoğunluğu evliydi. Kisioğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da evliler bekarların iki katı idi(101).Landry ve arkadaşlarının çalışmasında ise bekarların sayısı daha fazlaydı(102).Literatürde medeni durum çalışmaya göre farklı olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda birinci basamağı daha aktif kullanan vatandaşların daha çok evliler olmasından kaynaklı evli oranları daha yüksek çıkmıştır.

Çalışmamızda sigara içmeyenler içenlere göre çok daha yüksek orandadır. McManus ve arkadaşlarının çalışmasında da sigara içmeyenlerin oranı yüksektir(103).Toledo ve arkadaşlarının çalışmasında sigara içmeyenler içenlerden çok daha fazladır(104).Banegas ve arkadaşlarının çalışmasında farklı ülkelerden katılımcıların sonuçlarında da sigara içmeyenler yüksek orandadır(105).Bizim çalışmamızdaki sonuçlar literatür ile benzerdir.

Bu çalışmada alkol kullanmayanlar kullananlardan daha fazlaydı, alkol kullanım oranı düşüktü. Joshi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kullanmayanların oranı yüksek bulunmuştur(106).Strandberg ve arkadaşlarının çalışmasında da alkol kullanmayanlar kullananlara göre daha fazla bulunmuştur(107).Dıaz ve arkadaşlarının çalışmasında ise yine alkol kullanmayanların oranı daha yüksektir(108).Bu durum kültürel, dini ,çevresel şartlarla ilgilidir ve çalışmamızın bulguları literatür ile benzerdir.

Çalışmamızda geliri giderine eşit olanlar katılımcıların yarısını oluşturmuştur. Hoppe ve arkadaşlarının çalışmasında büyük çoğunluğun gelirinin giderinden az olduğu görülmüştür(109). Hinderliter ve arkadaşlarının çalışmasında ise geliri giderinden fazla olanlar katılımcıların yarısından fazlasını oluşturmuştur(110).Cooper ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun gelirinin giderinden az olduğu görülmüştür(111).Bizim çalışmamızda gelir gider dengesinin daha çok olmasının nedenlerinden biri aile sağlığı merkezine daha çok düzenli bir iş sahibi olan ailelerin ve memurların daha fazla gelmesinden kaynaklanmaktadır. Çalışmadan çalışmaya gelir dengesi değişmektedir; bu sonuçlar çalışmanın yapıldığı yer ,çalışmanın katılımcılarının özellikleri , çalışma yapılan bölgenin özellikleriyle ilgisi yüksektir. Bu durum çalışmanın sonucunu etkilemiştir.

Bizim çalışmamızda şehirde yaşayanlar köyde yaşayanlardan belirgin ölçüde daha yüksekti. Gyamfi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada köyde ve şehirde yaşayanların sayısı eşit çıkmıştır(112). Praveen ve arkadaşları çalışmasını kırsal alanda yapmış tüm katılımcılarını köyden seçmiştir(113). Stewart ve arkadaşlarının çalışmasında ise şehirde yaşayanlar yüksek oranda olduğu görülmüştür(114). Çalışmanın yapıldığı aile sağlığı merkezi şehirde olduğu için bizim çalışmamızdaki katılımcıların büyük çoğunluğu şehirde oturmaktadır. Bu da çalışmanın sonucunu etkilemiştir.

Bizim çalışmamızda sürekli kullandığı bir ilaç olmayan yani kronik hastalığı olmayan katılımcılar çok yüksek orandaydı. Coles ve Clifton arkadaşlarının yaptığı çalışmada sürekli ilaç kullanmayanların oranı kullananlara göre yine yüksektir(115). Dye ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sürekli ilaç kullanmak zorunda olmayan katılımcılar daha yüksek çıkmıştır(116). Berglund ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

ilaç kullanamayanlar ile kullananlar birbirine yakın çıkmıştır(117).Bizim çalışmamızda katılımcılar daha çok genç nüfusu oluşturduğu için katılımcıların kronik hastalık sayısı ve dolayısıyla sürekli kullanılmak zorunda olunan ilaç sayısı oldukça az çıkmıştır. Literatür ile bu sonuç benzerdir.

Çalışmamızda ailesinde Hipertansiyon olan katılımcıların sayısı olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur. Neupane ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ailesinde hipertansiyon olanların sayısı daha az çıkmıştır(118).Lin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ailesinde hipertansiyon olan ile olmayanlar birbirine çok yakın oranda bulunmuştur(119). Zou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise çoğunluğu ailesinde hipertansiyon öyküsü olanlar oluşturmuştur(120). Gong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ailesinde hipertansiyonu olanların sayısı daha yüksek çıkmıştır(121).Görüldüğü üzere literatürde ailede tansiyon hastalığı bulunanların oranı çeşitli çıkmıştır. Bizim çalışmamızda ailesinde hipertansiyonu yüksek olanların sayısının fazla olması ;kültürel ve gastronomik geleneklere bağlı olarak tuz tüketiminin ve yiyecek kültürünün ayrıca hareketsizliğin fazlalığından kaynaklı yaş ortalamasının artması ile katılımcıların ailelerinde hipertansiyon oranının yüksek olduğunu düşündürmektedir. Bu da çalışmamızın sonucunu etkilemiştir.

Çalışmamızda ailesinde kardiyovasküler hastalık öyküsü olan katılımcıların sayısı olmayanlara göre daha düşük çıkmıştır. Fahey ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ailesinde KVH olanların oranı daha düşüktür(122). Gong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yine ailesinde KVH olanların oranı düşüktür(121). Robson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da aynı şekilde ailesinde KVH olanların sayısı daha azdır.(123). Chatzikyrkou ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da aynı şekilde ailesinde KVH olanların sayısı daha azdır(124).Çalışmamız literatür ile benzerdir.

Çalışmamızda düzenli aralıklarla tansiyon ölçümü yaptırmayan katılımcılar yaptıranlardan oldukça fazlaydı. Montasser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli aralıklarla tansiyon ölçümü yaptıranların sayısı yaptırmayanlardan daha fazla bulunmuştur(125). Nwankwo ve Gu arkadaşlarının yaptığı çalışmada da düzenli ölçüm yaptıran katılımcılar yine ağırlıktaydılar(126).Alam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da aynı şekilde en az 1 defa da olsa hekim ziyareti yapıp tansiyon ölçümü

kontrolü yapılanların sayısı daha fazlaydı(127).Bizim çalışmamızda literatüre bakıldığında tansiyon ölçümü yaptırmayanlar daha yüksek orandadır. Bu durum ülkemizde aile sağlığı merkezine başvuran her hastanın en az yılda bir kez tansiyon ölçümü yaptırması gerekliliği ile ters düşmektedir bu da hem hekim hem de hasta kaynaklı bir çok faktöre bağlıdır. Yeni başlayan HYP sistemi ile bu durumun değişeceği kanaatindeyiz.

Çalışmamızda son 1 yılda tansiyon ölçümü 1-5 arası yaptıranlar ve hiç ölçüm yaptırmayanların oranı yüksektir. Montasser ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yılda 5 ten fazla ölçüm yaptıranların sayısı daha yüksek bulunmuştur(125).Alam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yine katılımcıların çoğunluğunun yılda birden fazla kez birinci basamak ziyareti yaptığı tespit edilmiştir(127).Bizim çalışmamızda sağlıklı bireylerin tansiyon ölçümü yaptırmak için başvuru sayısı literatürdeki çalışmalara göre diğer ülkelerdeki bireylerden daha düşük çıkmıştır. Bunun HYP sisteminin tüm ülkede birinci basamakta uygulanmasıyla değişeceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda daha önce ölçülen tansiyonunun yüksek çıktığı söylenenlerin sayısının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Rakesh ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların çoğunun daha önce ölçülen tansiyonu normal gelmiştir(128).Fritz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yine katılımcıların çoğunun ölçülen tansiyonu normal bulunmuştur.

Sengul ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da katılımcıların çoğunun daha önce ölçülen tansiyonları normotansif bulunmuştur(71).Bizim çalışmamız literatür ile benzer çıkmıştır hatta bizim çalışmamızda daha önce tansiyon ölçümü normal gelenlerin oranı literatüre göre daha yüksektir .Bu durumun çalışmanın yapıldığı popülasyonun birinci basamakta ve katılımcıların yaş ortalamasının düşüklüğü ile alakalı olduğunu düşünmekteyiz.

Amadi ve arkadaşlarının çalışmasında Kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi ölçek toplam puan ortancası 22,1 dır(129). Çağal Kayar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kardiyovasküler hastalık risk faktörleri toplam puan ortancası 19,07dir(130).Ermiş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kardiyovasküler haslık risk faktörleri bilgi düzeyi ortancası 18,77 dır(131).Bizim çalışmamızda KARRIF toplam puan ortancası ise 20.0 bulunmuştur ve literatür ile benzerdir.

Birinci basamağa başvuran hipertansiyon hastalığı olmayan 18-50 yaş arası bireylerde yapılan çalışmamızda hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam puan ortancası 132, korunma ve kontrol alt ölçek puan ortancası 35,hastalık ve risk bilgisi alt ölçek puan ortancası 24, ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçek puan ortancası 25, beslenme tutumu alt ölçek puan ortancası da 23 bulunmuştur. Aytaç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam puan ortancası 107, korunma ve kontrol alt ölçek puan ortancası 33,hastalık ve risk bilgisi alt ölçek puan ortancası 21, ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçek puan ortancası 13, beslenme tutumu alt ölçek puan ortancası da 16 tespit edilmiştir(132).Budak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hipertansiyondan korunma tutumları ölçeği toplam puan ortancası 102, korunma ve kontrol alt ölçek puan ortancası 32, hastalık ve risk bilgisi alt ölçek puan ortancası 20, ruhsal durum ve fiziksel aktivite alt ölçek puan ortancası 13, beslenme tutumu alt ölçek puan ortancası da 15 bulunmuştur (133).Çalışmamızda puan ortancaları literatürden daha yüksek bulunmuştur bunun nedeni olarak ölçeğe geçerlilik aşamasında sonradan eklenen soruların puanlarının olmasının neden olduğunu düşünmekteyiz.

Tuncer ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık algısı toplam puan ortancası 49,kontrol merkezi alt ölçek puan ortancası 16, öz farkındalık alt ölçek ortancası 10.5, kesinlik alt ölçek ortancası 12, sağlığın önemi alt ölçek ortancası 10.2 bulunmuştur(134). Bizim çalışmamızda ise sağlık algısı toplam puan ortancası 49,kontrol merkezi alt ölçek puan ortancası 16, öz farkındalık alt ölçek ortancası 11, kesinlik alt ölçek ortancası 12, sağlığın önemi alt ölçek ortancası 11 dır. Gür ve Sunal ın yaptığı çalışmada sağlık algısı toplam puan ortancası 47,kontrol merkezi alt ölçek puan ortancası 15, öz farkındalık alt ölçek ortancası 9.8 , kesinlik alt ölçek ortancası 10.8, sağlığın önemi alt ölçek ortancası 11.3 bulunmuştur(135). Çalışmamızın sonuçları literatür ile benzerdir.

Çalışmamızda kadınların hipertansiyondan korunma tutumları erkeklerden yüksek çıkmıştır. Demaıo ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların hipertansiyondan korunma tutumları erkeklere göre daha yüksek çıkmıştır(136).Gong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kadınlar ve erkekler arasında kadınların tutumu daha yüksek olmasına rağmen anlamlı bir fark görülmemiştir(137).Çalışmamız bu konuda literatür ile benzerdir.

Çalışmamızda sağlıkçıların hipertansiyondan korunma tutumları diğer mesleklere göre daha yüksektir. Paulose ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada çalışıyor olmak ev hanımı, emekli ya da işçi olmaya kıyasla daha yüksek hipertansiyondan korunma tutumunu göstermiştir(138). Bashaar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise çalışıyor olmak ve olmamak arasında hipertansiyondan korunma tutumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır(139).

Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça hipertansiyondan korunma tutumları artmaktadır. Zhang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça hipertansiyondan korunma tutumlarının arttığı görülmüştür(140).Demaio ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim düzeyi arttıkça hipertansiyondan korunma tutumlarının arttığı görülmüştür(136).Gong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyleri arasında hipertansiyondan korunma tutumları benzer çıkmıştır(137).Sadeq ve Lafta arkadaşlarının yaptığı çalışmada yine eğitim düzeyi arttıkça hipertansiyondan korunma tutumlarının arttığı görülmüştür(141).Çalışmamız literatür ile benzer sonuçlara ulaşmıştır.

Çalışmamızda evli olanların hipertansiyondan korunma tutumları bekarlardan daha yüksek çıkmıştır. Zhang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da evlilerin hipertansiyondan korunma tutumlarının bekarlardan daha yüksek olduğu görülmüştür(140). Paulose ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evli olmak boşanmış ya da dul olmaya kıyasla daha yüksek hipertansiyondan korunma tutumu ile sonuçlanmışken bekar olanlarla anlamlı bir fark bulunmamıştır(138). Mengqın ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise evli ya da bekar olmanın hipertansiyondan korunma tutumları arasında anlamlı bir fark tespit edilememiştir(142).

Çalışmamızda sigara içmeyenlerin hipertansiyondan korunma tutumları içenlere göre daha yüksektir. Zhang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sigara içmeyenlerin içenlere göre hipertansiyondan korunma tutumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür(140).Gong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sigara içmeyenlerin içenlere göre hipertansiyondan korunma tutumları daha yüksek çıkmıştır(137).Çalışmamız literatür ile benzerdir.

Çalışmamızda gelir düzeyi arttıkça hipertansiyondan korunma tutumları arttığı görülmüştür. Zhang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da gelir düzeyi arttıkça hipertansiyondan korunma tutumlarının arttığı bulunmuştur(140).Gong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gelir düzeyleri arasında hipertansiyondan korunma tutumları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır(137).Paulose ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da maddi durum arttıkça hipertansiyondan korunma tutum seviyeleri artmaktadır(138). Buang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da çalışıyor olmak ve olmamak arasında hipertansiyondan korunma tutumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır(143).

Çalışmamızda şehirde yaşayanların köyde yaşayanlara göre hipertansiyondan korunma tutumları daha yüksek bulunmuştur. Zhang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kentte yaşayanların hipertansiyondan korunma tutumlarının köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür(140).Paulose ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kentte ve köyde yaşamak arasında hipertansiyondan korunma tutumları bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır(138).Zhang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da kentte yaşayanlar kırsalda yaşayanlara göre hipertansiyondan korunma tutumları daha olumlu bulunmuştur(144).

Çalışmamızda ailesinde hipertansiyon hastası olanların olmayanlara göre hipertansiyondan korunma tutumları daha yüksek bulunmuştur. Sadeq ve Lafta arkadaşlarının da yaptığı çalışmada ailesinde hipertansiyonu olan birey bulunanların olmayanlara göre hipertansiyondan korunma tutumları daha yüksek çıkmıştır(141).Paulose ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ailede hipertansiyon öyküsü olanlar ile olmayanlar arasında hipertansiyondan korunma tutumları açısından anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir(138). Malahayati ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ailesinde hipertansiyon öyküsü olan ve olmayanlar arasında hipertansiyondan korunma tutumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır(145).

Gong ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli tansiyon ölçümü yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında hipertansiyondan korunma tutumları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır(137).Bizim çalışmamızda da düzenli tansiyon ölçümü yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında hipertansiyondan korunma tutumları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Mashuri ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada düzenli tansiyon

ölçümü yaptıranlar ile yaptırmayanlar arasında hipertansiyondan korunma tutumu açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır(146).Çalışmamız literatür ile benzerdir.

Bizim çalışmamızda katılımcıların KARRIF toplam skoru ile HKTÖ toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı güçlü pozitif korelasyon saptanmıştır.

Çalışmamızda SAÖ toplam puan ile HKTO toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır. Semir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da SAÖ toplam ve HKTÖ toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı zayıf pozitif korelasyon saptanmıştır(144)

Bizim çalışmamızda katılımcıların KARRIF toplam skoru ile HKTÖ toplam skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı güçlü pozitif korelasyon saptanmıştır.

Çalışmamızın Güçlü Yönleri:

Çalışmamızda yaklaşık 1000 (n=994) kişiye ulaşmamız yani örneklem büyüklüğümüzün genişliği çalışmamızın en güçlü yönlerinden biridir. Bu sayıda bireye ulaşmak verilerimizin genel topluma uyarlanabilmesini sağlamış ve çok çeşitli grupların arasında yapılan bulguların güvenilirliğini ve istatistiksel anlamlılığını arttırmıştır. Çalışmamızın sahada aile sağlığı merkezinde yapılması da çok fazla birinci basamak çalışması olmaması ve toplumun genelini yansıtması adına değerlidir. Bu sayede elde edilen sonuçlar, birinci basamakta çalışan sağlık profesyonellerine yönelik pratik çıkarımlar yapılmasına olanak tanımaktadır. Çalışmada kullandığımız ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış ve literatürde yerini almıştır ve bu da bulduğumuz verilerin güvenilirliğini ve doğruluğunu, bilimsel niteliğini güçlendirmektedir.

Topladığımız verilerin sosyodemografik sorular , kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyi , sağlık algı düzeyi , hipertansiyondan korunma tutumlarını içermesi bakımından katılımcıların oldukça geniş verilerinin bulunması çalışmanın genişliği ve kapsamlılığı açısından da güçlüdür. Bu sosyodemografik çeşitlilik toplumun genel yapısını yansıtacak nitelikte olup sonuçların temsiliyet gücünü arttırmıştır. Bunla beraber birinci basamakta çalışma yapılması sağlık çalışanlarının birincil korumaya yönelmesi , aile sağlığı merkezine başvuran bireylerde de farkındalık oluşturması açısından örnek teşkil etmektedir.

Çalışmamızın Kısıtlılıkları:

Çalışmamız kesitsel tipte olduğu için yapıldığı zamanı kapsamaktadır ve neden sonuç ilişkilerinin kurulmasını engellemektedir. Bu yüzden bireylerin hipertansiyondan korunma tutumlarının sonuçlarının nedenleri açısından farklı çalışmalar yapılması uygundur. Katılımcılara yüz yüze anket uygulanmıştır ancak bazı katılımcılar anketleri geç teslim etmişlerdir bu da sorulara verilen cevapların yanlılığını arttırabilir. Bireylerin anket sorularına cevap verirken bulunduğu toplumun örf adetini kültürünü yansıtabileceği ayrıca çalışmanın Hatay ili Reyhanlı ilçesinde bir aile sağlığı merkezinde yapılmasından dolayı ülkeye genellenemeyeceği söylenebilir.

Özellikle bölgenin göçmen yoğunluğu göz önüne alındığında, Türkçe yeterliliği olmayan bireylerin çalışmaya dahil edilmemesi, toplumun önemli bir kesiminin araştırma dışında kalmasına neden olmuştur. Bu durum, sağlık algısı ve bilgi düzeyi gibi değişkenlerde potansiyel kültürel etkilerin göz ardı edilmesine yol açabilmektedir. Ayrıca Hatay ilinde yaşanan deprem travması sonrası bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları etkilenmiş yaşam koşulları değişmiş dolayısıyla hipertansiyondan korunma tutumları etkilenmiş olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran bireylerde kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi, sağlık algısı ve hipertansiyondan korunma tutumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Geniş çaplı katılımcıyla yürütülen bu kesitsel çalışmada elde edilen bulgular, bireylerin hipertansiyona ilişkin bilgi ve farkındalık düzeylerinin, sağlık algılarının ve koruyucu sağlık davranışlarının farklı demografik özellikler temelinde değişiklik gösterdiğini ortaya koymuştur.

Araştırmada, kadınların hem kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeylerinin hem de hipertansiyondan korunma tutumlarının erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, kadınların sağlıkla ilgili konularda daha duyarlı olduklarını ve koruyucu sağlık davranışlarını benimsemeye daha yatkın olduklarını göstermektedir. Aynı şekilde sağlık algısı puanlarının da kadınlarda daha yüksek olması, öz bakım davranışlarının gelişmişliği açısından önemli bir bulgudur.

Katılımcıların genel olarak hipertansiyonla ilgili bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu, hipertansiyondan korunma konusundaki tutumlarının ise görece yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak, düzenli tansiyon ölçümü yaptırma oranının düşük olması (%22,4) ve katılımcıların önemli bir kısmının son bir yıl içinde hiç tansiyon ölçtürmemiş olması (%35,1), farkındalık ile davranış arasında bir kopukluk olduğunu düşündürmektedir. Bu durum, bilgi sahibi olmanın her zaman doğru sağlık davranışıyla sonuçlanmadığını göstermektedir.

Araştırmada kullanılan Sağlık Algısı Ölçeği sonuçları, bireylerin kendilerine ilişkin sağlık değerlendirmelerinde orta düzeyde farkındalığa sahip olduklarını göstermiştir. Bu durum, koruyucu sağlık davranışlarının sürdürülebilirliği açısından kritik öneme sahiptir. Sağlık algısı düzeyinin yüksek olması, bireyin yaşam tarzı seçimlerini olumlu yönde etkileyebilmekte ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde etkin rol oynamaktadır.

Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerinde bireylerin hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalık risk faktörleri hakkında bilgilendirilmesine yönelik eğitim programları yaygınlaştırılmalıdır. Eğitimlerde özellikle kadınların mevcut duyarlılığından faydalanılarak toplum tabanlı bilinçlendirme çalışmaları teşvik edilebilir. Sağlık okuryazarlığı düzeyini artırmak için toplumun farklı sosyoekonomik kesimlerine hitap edecek, anlaşılır sağlık eğitimi materyalleri hazırlanmalıdır.

Düzenli tansiyon ölçümü alışkanlığının kazandırılması amacıyla aile hekimleri tarafından bireylerle bire bir danışmanlık hizmeti sunulmalı ve tarama programları sistematik hale getirilmelidir. Yeni performansa eklenen HYP programı ile düzenli tansiyon ölçümü yapılan birey sayısının kademeli olarak yükseleceği kanaatindeyiz. Göçmen bireylerin de kapsanacağı çok dilli ve kültürel uyarlamalı sağlık bilgilendirme uygulamaları geliştirilmelidir**.** Sağlık algısını geliştirmeye yönelik toplumsal farkındalık kampanyaları oluşturulmalı, özellikle genç erişkin bireyler için görsel etkinlikler sosyal medya ve dijital platformlar aktif şekilde kullanılmalıdır.

Sonuç olarak bu çalışma, bireylerin sağlık bilgisi, algısı ve tutumları arasında önemli ilişkiler olduğunu ve bu parametrelerin halk sağlığı müdahalelerinde dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Hipertansiyon gibi sessiz seyreden ancak ciddi komplikasyonlara yol açabilen kronik hastalıklarda erken farkındalık ve davranışsal müdahaleler, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde sağlığı iyileştirmede anahtar rol oynamaktadır.

7. KAYNAKLAR

1. Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf [İnternet]. [a.yer 18 Aralık 2024]. Erişim adresi:https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf

2. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 15 Ocak 2005;365(9455):217-23.

3. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. Nat Rev Nephrol. Nisan 2020;16(4):223-37.

4. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, et al. Changes in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012. Journal of Hypertension. Haziran 2016;34(6):1208-17.

5. Altun B, Arici M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. J Hypertens. Ekim 2005;23(10):1817-23.

6. 17 Mayıs 2023 Dünya Hipertansiyon Günü [İnternet]. [a.yer 18 Aralık 2024]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler-16/tr-kronikhastaliklar-haberler-17-mayis-2023-dunya-hipertansiyon-gunu.html

7. Ersoy E, Saatçi E. Periodic Health Examinations: An overview. tahd. 15 Haziran 2017;21(2):82-9. Türk Aile Hek Derg 2017; 21 (2): 82-89 © TAHUD 2017

8. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. JAMA. 10 Ocak 2017;317(2):165-82.

9. van Oort S, Beulens JWJ, van Ballegooijen AJ, Grobbee DE, Larsson SC. Association of Cardiovascular Risk Factors and Lifestyle Behaviors With Hypertension. Hypertension. Aralık 2020;76(6):1971-9.

10. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines | Hypertension [İnternet]. [a.yer 26 Aralık 2024]. Erişim adresi:https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/HYP.0000000000000066?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org

11. Efteli AGE, Khorshtd DL. İki Farklı Bölüm Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 32 (2): 1-10,2016

12. Tuğut N, Bekar M. Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 3

13. Ödek Ö, Savaş M, ZiNciR H. Validity and reliability of the Turkish version of Health Protective Behavior Scale. Journal of Basic and Clinical Health Sciences. 27 Ocak 2022;6(1):95-104.

14. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: Preliminary findings. Journal Community Psychology. Temmuz 2007;35(5):557-61.

15. ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension [İnternet]. [a.yer 20 Nisan 2025]. Erişim adresi: https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Elevated-Blood-Pressure-and-Hypertension

16. Altay DS. ESC 2024 Artmış Kan Basıncı ve Hipertansiyon Yönetim Kılavuzu: Genel Bakış. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı https://tkd.org.tr/HTbulteni/?makale=48

17. Rossier BC, Bochud M, Devuyst O. The Hypertension Pandemic: An Evolutionary Perspective. Physiology (Bethesda). Mart 2017;32(2):112-25.

18. Manosroi W, Williams GH. Genetics of Human Primary Hypertension: Focus on Hormonal Mechanisms. Endocr Rev. 01 Haziran 2019;40(3):825-56.

19. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? Eur Heart J. 14 Mayıs 2014;35(19):1245-54.

20. Agarwal A, Williams GH, Fisher NDL. Genetics of human hypertension. Trends Endocrinol Metab. Nisan 2005;16(3):127-33.

21. Knight BS, Sunn N, Pennell CE, Adamson SL, Lye SJ. Developmental regulation of cardiovascular function is dependent on both genotype and environment. American Journal of Physiology-Heart and Circulatory Physiology. Aralık 2009;297(6):H2234-41.

22. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? European Heart Journal. 01 Mayıs 2014;35(19):1245-54.

23. Flack JM, Adekola B. Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. Trends Cardiovasc Med. Nisan 2020;30(3):160-4.

24. Whelton PK. Epidemiology and the Prevention of Hypertension. J Clin Hypertens (Greenwich). 25 Mayıs 2007;6(11):636-42.

25. Hajjar I, Kotchen TA. Trends in prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the United States, 1988-2000. JAMA. 09 Temmuz 2003;290(2):199-206.

26. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Whelton PK, He J. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. Journal of Hypertension. Ocak 2004;22(1):11.

27. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet. 15 Ocak 2005;365(9455):217-23.

28. Mancia G, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension.

29. Noninvaziv Kan Basıncı İzlemesi Sırasında Aralıklı Manşet Şişmelerine Karşı Uyarı Reaksiyonlarının Olmaması. | Hipertansiyon [İnternet]. [a.yer 23 Nisan 2025].Erişim adresi: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.hyp.7.4.597?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed

30. Myers MG. A Short History of Automated Office Blood Pressure – 15 Years to Sprınt. J Clin Hypertens (Greenwich). 01 Nisan 2016;18(8):721-4.

31. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 07 Eylül 2021;42(34):3227-337.

32. US Preventive Services Task Force, Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 24 Kasım 2020;324(20):2069-75.

33. Akman M, Civek S. Dünyada Ve Türkiye'de Kardiyovasküler Hastalıkların Sıklığı Ve Riskin Değerlendirilmesi. The Journal of Turkish Family Physician. 30 Mart 2022;13(1):21-8.

34. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A Comparative Risk Assessment Of Burden Of Disease And İnjury Attributable To 67 Risk Factors And Risk Factor Clusters İn 21 Regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 15 Aralık 2012;380(9859):2224-60.

35. Hu G, Barengo NC, Tuomilehto J, Lakka TA, Nissinen A, Jousilahti P. Relationship Of Physical Activity And Body Mass İndex To The Risk Of Hypertension: A Prospective Study İn Finland. Hypertension. Ocak 2004;43(1):25-30.

36. Sharman JE, La Gerche A, Coombes JS. Exercise and cardiovascular risk in patients with hypertension. Am J Hypertens. Şubat 2015;28(2):147-58.

37. Rosner B, Cook NR, Daniels S, Falkner B. Childhood blood pressure trends and risk factors for high blood pressure: the NHANES experience 1988-2008. Hypertension. Ağustos 2013;62(2):247-54.

38. Edward D. Freıs, M.D.Tuz, hacim ve hipertansiyonun önlenmesi.. [a.yer 10 Aralık 2024]. Erişim adresi: https://www.ahajournals.org/doi/epdf/10.1161/01.CIR.53.4.589

39. Akil L, Ahmad HA. Relationships Between Obesity And Cardiovascular Diseases İn Four Southern States And Colorado. J Health Care Poor Underserved. 2011;22(4 Suppl):61-72.

40. Aprahamian TR, Sam F. Adiponectin İn Cardiovascular İnflammation And Obesity. Int J Inflam. 2011;2011:376909.

41. Unamuno X, Gómez-Ambrosi J, Rodríguez A, Becerril S, Frühbeck G, Catalán V. Adipokine Dysregulation And Adipose Tissue İnflammation İn Human Obesity. Eur J Clin Invest. Eylül 2018;48(9):e12997.

42. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality İn Relation To Smoking: 50 Years' Observations On Male British Doctors. BMJ. 26 Haziran 2004;328(7455):1519.

43. Prescott E, Hippe M, Schnohr P, Hein HO, Vestbo J. Smoking And Risk Of Myocardial İnfarction İn Women And Men: Longitudinal Population Study. BMJ. 04 Nisan 1998;316(7137):1043-7.

44. Huxley RR, Woodward M. Cigarette Smoking As A Risk Factor For Coronary Heart Disease İn Women Compared With Men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Lancet. 08 Ekim 2011;378(9799):1297-305.

45. Jeffrey D Stanaway, Ashkan Afshin, Emmanuela Gakidou, et al. Risk Factor Collaborators. Global, Regional, And National Comparative Risk Assessment Of 84 Behavioural, Environmental And Occupational, And Metabolic Risks Or Clusters Of Risks For 195 Countries And Territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 10 Kasım 2018;392(10159):1923-94.

46. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS, Willeit P, Warnakula S, Bolton T, et al. Risk Thresholds For Alcohol Consumption: Combined Analysis Of İndividual-Participant Data For 599 912 Current Drinkers İn 83 Prospective Studies. Lancet. 14 Nisan 2018;391(10129):1513-23.

47. Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, Silverwood RJ, Guo Y, Ye Z, et al. Association Between Alcohol And Cardiovascular Disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. BMJ. 10 Temmuz 2014;349:g4164.

48. Millwood IY, Walters RG, Mei XW, Guo Y, Yang L, Bian Z, et al. Conventional And Genetic Evidence On Alcohol And Vascular Disease Aetiology: A Prospective Study Of 500 000 Men And Women İn China. Lancet. 04 Mayıs 2019;393(10183):1831-42.

49. Rozanski A. Behavioral cardiology: Current Advances And Future Directions. J Am Coll Cardiol. 08 Temmuz 2014;64(1):100-10.

50. Kivimäki M, Steptoe A. Effects Of Stress On The Development And Progression Of Cardiovascular Disease. Nat Rev Cardiol. Nisan 2018;15(4):215-29.

51. Albus C, Waller C, Fritzsche K, Gunold H, Haass M, Hamann B, et al. Significance Of Psychosocial Factors İn Cardiology: Update 2018 : Position Paper Of The German Cardiac Society. Clin Res Cardiol. Kasım 2019;108(11):1175-96.

52. Vaccarino V, Badimon L, Bremner JD, Cenko E, Cubedo J, Dorobantu M, et al. Depression And Coronary Heart Disease: 2018 Position Paper Of The ESC Working Group On Coronary Pathophysiology And Microcirculation. Eur Heart J. 01 Mayıs 2020;41(17):1687-96.

53. Schnohr P, Marott JL, Kristensen TS, Gyntelberg F, Grønbæk M, Lange P, et al. Ranking Of Psychosocial And Traditional Risk Factors By İmportance For Coronary Heart Disease: the Copenhagen City Heart Study. Eur Heart J. 07 Haziran 2015;36(22):1385-93.

54. Wong ND, Budoff MJ, Ferdinand K, Graham IM, Michos ED, Reddy T, et al. Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk Assessment: An American Society For Preventive Cardiology Clinical Practice Statement. Am J Prev Cardiol. 15 Mart 2022;10:100335.

55. Jha MK, Qamar A, Vaduganathan M, Charney DS, Murrough JW. Screening and Management of Depression in Patients With Cardiovascular Disease: JACC State-of-the-Art Review. J Am Coll Cardiol. 16 Nisan 2019;73(14):1827-45.

56. Kim JM, Stewart R, Kang HJ, Kim SY, Kim JW, Lee HJ, et al. Long-Term Cardiac Outcomes Of Depression Screening, Diagnosis And Treatment İn Patients With Acute Coronary Syndrome: the DEPACS study. Psychol Med. Nisan 2021;51(6):964-74.

57. Sarwar N, Gao P, Seshasai SRK, Gobin R, Kaptoge S, et al. Diabetes Mellitus, Fasting Blood Glucose Concentration, And Risk Of Vascular Disease: a collaborative meta-analysis of 102 prospective studies. Lancet. 26 Haziran 2010;375(9733):2215-22.

58. Peters SAE, Huxley RR, Woodward M. Diabetes As A Risk Factor For Stroke İn Women Compared With Men: A Systematic Review And Meta-Analysis Of 64 Cohorts, İncluding 775,385 İndividuals And 12,539 Strokes. Lancet. 07 Haziran 2014;383(9933):1973-80.

59. Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, Packard CJ, Bruckert E, et al. Low-Density Lipoproteins Cause Atherosclerotic Cardiovascular Disease. 1. Evidence From Genetic, Epidemiologic, And Clinical Studies. A Consensus Statement From The European Atherosclerosis Society Consensus Panel. Eur Heart J. 21 Ağustos 2017;38(32):2459-72.

60. Holmes MV, Asselbergs FW, Palmer TM, Drenos F, Lanktree MB, Nelson CP, et al. Mendelian Randomization Of Blood Lipids For Coronary Heart Disease. Eur Heart J. 01 Mart 2015;36(9):539-50.

61. Bowman L, Chen F, Sammons E, Hopewell JC, Wallendszus K, et al. Randomized Evaluation of the Effects of Anacetrapib through Lipid-modification (REVEAL)-A Large-Scale, Randomized, Placebo-Controlled Trial Of The Clinical Effects Of Anacetrapib Among People With Established Vascular Disease: Trial Design, Recruitment, And Baseline Characteristics. Am Heart J. Mayıs 2017;187:182-90.

62. Badran M, Yassin BA, Fox N, Laher I, Ayas N. Epidemiology of Sleep Disturbances and Cardiovascular Consequences. Can J Cardiol. Temmuz 2015;31(7):873-9.

63. Ge L, Guyatt G, Tian J, Pan B, Chang Y, Chen Y, et al. Insomnia And Risk Of Mortality From All-Cause, Cardiovascular Disease, And Cancer: Systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Sleep Med Rev. Aralık 2019;48:101215.

64. Yin J, Jin X, Shan Z, Li S, Huang H, Li P, et al. Relationship of Sleep Duration With All-Cause Mortality and Cardiovascular Events: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. J Am Heart Assoc. 09 Eylül 2017;6(9):e005947.

65. Sleep-Related Disorders in Neurology and Psychiatry - PubMed [İnternet]. [a.yer 23 Nisan 2025]. Erişim adresi: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31709972/

66. Kalmbach DA, Cuamatzi-Castelan AS, Tonnu CV, Tran KM, Anderson JR, Roth T, et al. Hyperarousal And Sleep Reactivity İn İnsomnia: Current İnsights. Nat Sci Sleep. 2018;10:193-201.

67. Tietjens JR, Claman D, Kezirian EJ, De Marco T, Mirzayan A, Sadroonri B, et al. Obstructive Sleep Apnea in Cardiovascular Disease: A Review of the Literature and Proposed Multidisciplinary Clinical Management Strategy. J Am Heart Assoc. 08 Ocak 2019;8(1):e010440.

68. Collen J, Lettieri C, Wickwire E, Holley A. Obstructive Sleep Apnea And Cardiovascular Disease, A Story Of Confounders! Sleep Breath. Aralık 2020;24(4):1299-313.

69. Rosenthal T, Touyz RM, Oparil S. Migrating Populations and Health: Risk Factors for Cardiovascular Disease and Metabolic Syndrome. Curr Hypertens Rep. Eylül 2022;24(9):325-40.

70. Ali SH, Islam NS, Commodore-Mensah Y, Yi SS. Implementing Hypertension Management Interventions in Immigrant Communities in the U.S.: a Narrative Review of Recent Developments and Suggestions for Programmatic Efforts. Curr Hypertens Rep. 22 Ocak 2021;23(1):5.

71. Sengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arici M, Sindel S, et al. Changes İn Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, And Control Rates İn Turkey From 2003 To 2012. J Hypertens. Haziran 2016;34(6):1208-17.

72. Siu AL, U.S. Preventive Services Task Force. Screening For High Blood Pressure İn Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 17 Kasım 2015;163(10):778-86.

73. Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, Avezum A, et al. Prevalence, Awareness, Treatment, And Control Of Hypertension İn Rural And Urban Communities İn High-, Middle-, And Low-İncome Countries. JAMA. 04 Eylül 2013;310(9):959-68.

74. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A Comparative Risk Assessment Of Burden Of Disease And İnjury Attributable To 67 Risk Factors And Risk Factor Clusters İn 21 Regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 15 Aralık 2012;380(9859):2224-60.

75. Fuchs FD, Whelton PK. High Blood Pressure and Cardiovascular Disease. Hypertension. Şubat 2020;75(2):285-92.

76. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, Prospective Studies Collaboration. Age-Specific Relevance Of Usual Blood Pressure To Vascular Mortality: A Meta-Analysis Of İndividual Data For One Million Adults İn 61 Prospective Studies. Lancet. 14 Aralık 2002;360(9349):1903-13.

77. Wills AK, Lawlor DA, Matthews FE, Sayer AA, Bakra E, Ben-Shlomo Y, et al. Life Course Trajectories Of Systolic Blood Pressure Using Longitudinal Data From Eight UK Cohorts. PLoS Med. Haziran 2011;8(6):e1000440.

78. Ji H, Kim A, Ebinger JE, Niiranen TJ, Claggett BL, Bairey Merz CN, et al. Sex Differences in Blood Pressure Trajectories Over the Life Course. JAMA Cardiol. 01 Mart 2020;5(3):19-26.

79. WHO's Emergency Response [Internet]. [a.yer 25 Nisan 2025]. Erişim adresi: https://donate.who.foundation/

80. Bickenbach J. Reconciling The Capability Approach and the ICF. Alter. 01 Ocak 2014;8(1):10-23.

81. Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ. 26 Temmuz 2011;343:d4163.

82. Huber M, van Vliet M, Giezenberg M, Winkens B, Heerkens Y, Dagnelie PC, et al. Towards A "Patient-Centred" Operationalisation Of The New Dynamic Concept Of Health: a mixed methods study. BMJ Open. 12 Ocak 2016;6(1):e010091.

83. Çaka SY, Topal S, Suzan ÖK, Çınar N, Altınkaynak S. Hemşirelik Öğrencilerin Sağlık Algısı İle Özgüvenleri Arasındaki İlişki. Journal of Human Rhythm. 28 Aralık 2017;3(4):198-203.

84. Ferrer R, Klein WM. Risk Perceptions And Health Behavior. Curr Opin Psychol. 01 Ekim 2015;5:85-9.

85. Del Sueldo M, Martell-Claros N, Abad-Cardiel M, Zilberman JM, Marchegiani R, Fernández-Pérez C. Health Perception İn Menopausal Women. Int J Womens Health. 2018;10:655-61.

86. Bowling A. Measuring Health: A Review Of Quality Of Life Measurement Scales. Milton Keynes: Open University [İnternet]. 01 Ocak 1991 [a.yer 25 Nisan 2025]; Erişim adresi: https://www.academia.edu/2869893/Measuring_health_a_review_of_quality_of_life_measurement_scales

87. Yılmaz MÇ. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algıları İle Fiziksel Aktivite Düzeyleri Arasındaki İlişki. Journal of Human Rhythm. 30 Aralık 2019;5(4):323-38.

88. Öztürk G, Kolcu M. Covıd-19 Pandemisinde 20-64 Yaş Arası Bireylerin Sağlık Algısı. JHVS. 20 Haziran 2022;10(2):681-92.

89. Kadioğlu H, Yildiz A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. Turkiye Klinikleri J Med Sci. 2012;32(1):47-53.

90. Cook NR, Appel LJ, Whelton PK. Weight Change And Mortality: Long-Term Results From The Trials Of Hypertension Prevention. J Clin Hypertens (Greenwich). 02 Kasım 2018;20(12):1666-73.

91. Jeong SY, Wee CC, Kovell LC, Plante TB, Miller ER, Appel LJ, et al. Effects of Diet on 10-Year Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk (from the DASH Trial). Am J Cardiol. 15 Ocak 2023;187:10-7.

92. Hu Z, Wang X, Hong C, Zheng C, Zhang L, Chen Z, et al. Workplace-Based Primary Prevention İntervention Reduces İncidence Of Hypertension: a post hoc analysis of cluster randomized controlled study. BMC Med. 14 Haziran 2023;21(1):214.

93. Bai Y, Zhao Y, Wang G, Wang H, Liu K, Zhao W. Cost-Effectiveness of a Hypertension Control Intervention in Three Community Health Centers in China. J Prim Care Community Health. 01 Temmuz 2013;4(3):195-201.

94. Rebholz CM, Lichtenstein AH, Zheng Z, Appel LJ, Coresh J. Serum Untargeted Metabolomic Profile Of The Dietary Approaches To Stop Hypertension (DASH) Dietary Pattern. Am J Clin Nutr. Ağustos 2018;108(2):243-55.

95. Nguyen HL, Ha DA, Goldberg RJ, Kiefe CI, Chiriboga G, Ly HN, et al. Culturally Adaptive Storytelling İntervention Versus Didactic İntervention To İmprove Hypertension Control İn Vietnam- 12 Month Follow Up Results: A cluster randomized controlled feasibility trial. PLoS One. 31 Aralık 2018;13(12):e0209912.

96. Appel J, Hebert R, Cohen JD, Obarzanek E, Buring J, Kirchner K. Baseiine Characteristics of Participants in Phase II of the Trarfs of Hypertension Prevention (TOHP II). 5(2).

97. Aekplakorn W, Suriyawongpaisal P, Tansirisithikul R, Sakulpipat T, Charoensuk P. Effectiveness of Self-Monitoring Blood Pressure in Primary Care. J Prim Care Community Health. Nisan 2016;7(2):58-64.

98. Hunt JS, Siemienczuk J, TouchetteDan D, Payne N. Impact of Educational Mailing on the Blood Pressure of Primary Care Patients with Mild Hypertension. J Gen Intern Med. Eylül 2004;19(9):925-30.

99. Eng JY, Moy FM, Bulgiba A. Impact of a Workplace Health Promotion Program on Employees' Blood Pressure in a Public University. PLoS One. 03 Şubat 2016;11(2):e0148307.

100. Moreira-Rosário A, Ismael S, Barreiros-Mota I, Morais J, Rodrigues C, Castela I, et al. Empowerment-Based Nutrition İnterventions On Blood Pressure: A Randomized Comparative Effectiveness Trial. Front Public Health. 13 Kasım 2023;11:1277355.

101. Kisioglu AN, Aslan B, Ozturk M, Aykut M, Ilhan I. Improving Control Of High Blood Pressure Among Middle-Aged Turkish Women Of Low Socio-Economic Status Through Public Health Training. Croat Med J. Ağustos 2004;45(4):477-82.

102. Landry AS, Thomson JL, Madson MB, Zoellner JM, Mohn RS, Noble J, et al. Psychosocial Constructs and Postintervention Changes in Physical Activity and Dietary Outcomes in a Lifestyle Intervention, Hub City Steps, 2010. Prev Chronic Dis. 21 Mayıs 2015;12:E79.

103. McManus RJ, Mant J, Roalfe A, Oakes RA, Bryan S, Pattison HM, et al. Targets And Self Monitoring İn Hypertension: Randomised Controlled Trial And Cost Effectiveness Analysis. BMJ. 03 Eylül 2005;331(7515):493.

104. Toledo E, Hu FB, Estruch R, Buil-Cosiales P, Corella D, Salas-Salvadó J, et al. Effect Of The Mediterranean Diet On Blood Pressure İn The PREDIMED Trial: results from a randomized controlled trial. BMC Med. 19 Eylül 2013;11:207.

105. Banegas JR, López-García E, Dallongeville J, Guallar E, Halcox JP, Borghi C, et al. Achievement Of Treatment Goals For Primary Prevention Of Cardiovascular Disease İn Clinical Practice Across Europe: the EURIKA study. Eur Heart J. Eylül 2011;32(17):2143-52.

106. Joshi R, Agarwal T, Fathima F, T U, Thomas T, Misquith D, et al. Cardiovascular Risk Factor reduction by Community Health Workers in Rural India: A Cluster Randomized Trial. Am Heart J. Ekim 2019;216:9-19.

107. Strandberg TE, RÃikkÃnen K, Salomaa V, Strandberg A, Kautiainen H, KivimÃki M, et al. Increased Mortality Despite Successful Multifactorial Cardiovascular Risk Reduction in Healthy Men: 40-Year Follow-Up of the Helsinki Businessmen Study Intervention Trial. The Journal of nutrition, health and aging. 01 Ekim 2018;22(8):885-91.

108. Dıaz Km, Muntner P, Levıtan Eb, Brown Md, Babbıtt Dm, Shımbo D. The Effects Of Weıght Loss And Salt Reductıon On Vısıt-To-Vısıt Blood Pressure Varıabılıty: Results From A Multıcenter Randomızed Controlled Trıal. J Hypertens. Nisan 2014;32(4):840-8.

109. Hoppe KK, Smith M, Birstler J, Kim K, Sullivan-Vedder L, LaMantia JN, et al. Effect of a Telephone Health Coaching Intervention on Hypertension Control in Young Adults. JAMA Netw Open. 03 Şubat 2023;6(2):e2255618.

110. Hinderliter AL, Sherwood A, Craighead LW, Lin PH, Watkins L, Babyak MA, et al. The Long-Term Effects of Lifestyle Change on Blood Pressure: One-Year Follow-Up of the ENCORE Study. Am J Hypertens. Mayıs 2014;27(5):734-41.

111. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER, et al. A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients. J Gen Intern Med. Kasım 2011;26(11):1297-304.

112. Gyamfi J, Plange-Rhule J, Iwelunmor J, Lee D, Blackstone SR, Mitchell A, et al. Training Nurses İn Task-Shifting Strategies For The Management And Control Of Hypertension İn Ghana: a mixed-methods study. BMC Health Serv Res. 02 Şubat 2017;17:104.

113. Praveen D, Peiris D, MacMahon S, Mogulluru K, Raghu A, Rodgers A, et al. Cardiovascular Disease Risk And Comparison Of Different Strategies For Blood Pressure Management İn Rural India. BMC Public Health. 15 Kasım 2018;18:1264.

114. Stewart S, Carrington MJ, Swemmer CH, Kurstjens NP, Brown A, Burrell LM, et al. Determinants of Achieving Early Blood Pressure Control with Monotherapy in a Primary Care Setting. J Clin Hypertens (Greenwich). 16 Temmuz 2013;15(9):674-80.

115. Coles LT, Clifton PM. Effect Of Beetroot Juice On Lowering Blood Pressure İn Free-Living, Disease-Free Adults: a randomized, placebo-controlled trial. Nutr J. 11 Aralık 2012;11:106.

116. Dye CJ, Williams JE, Evatt JH. Activating Patients for Sustained Chronic Disease Self-Management. J Prim Care Community Health. Nisan 2016;7(2):107-12.

117. Berglund E, Westerling R, Sundström J, Lytsy P. Treatment Effect Expressed As The Novel Delay Of Event Measure İs Associated With High Willingness To İnitiate Preventive Treatment − A randomized survey experiment comparing effect measures. Patient Education and Counseling. 01 Aralık 2016;99(12):2005-11.

118. Neupane D, McLachlan CS, Mishra SR, Olsen MH, Perry HB, Karki A, et al. Effectiveness Of A Lifestyle İntervention Led By Female Community Health Volunteers Versus Usual Care İn Blood Pressure Reduction (COBIN): an open-label, cluster-randomised trial. The Lancet Global Health. 01 Ocak 2018;6(1):e66-73.

119. Lin A, Zhang G, Liu Z, Gu J, Chen W, Luo F. Community-Based Lifestyle Intervention for Reducing Blood Pressure and Glucose among Middle-Aged and Older Adults in China: A Pilot Study. Int J Environ Res Public Health. Kasım 2014;11(11):11645-63.

120. Zou P, Dennis CL, Lee R, Parry M. Dietary Approach To Stop Hypertension With Sodium Reduction For Chinese Canadians (Dashna-CC): A pilot randomized controlled trial. The Journal Of Nutrition, Health And Aging. 01 Aralık 2017;21(10):1225-32.

121. Gong J, Chen X, Li S. Efficacy of a Community-Based Physical Activity Program KM2H2 for Stroke and Heart Attack Prevention among Senior Hypertensive Patients: A Cluster Randomized Controlled Phase-II Trial. PLoS One. 01 Ekim 2015;10(10):e0139442.

122. Fahey T, Montgomery AA, Peters TJ. Randomized Trial Evaluating The Framing Of Cardiovascular Risk And İts İmpact On Blood Pressure Control [ISRCTN87597585]. BMC Health Serv Res. 12 Ekim 2001;1:10.

123. Robson J, Boomla K, Fitzpatrick S, Jewell AJ, Taylor J, Self J, et al. Using Nurses For Preventive Activities With Computer Assisted Follow Up: a randomised controlled trial. BMJ. 18 Şubat 1989;298(6671):433-6.

124. Chatzikyrkou C, Scurt FG, Menne J, Korda A, Mertens PR, Haller H. Influence Of Pre-Treatment Blood Pressure Levels On Antihypertensive Drug Benefits İn Diabetics: The Roadmap Experience. Blood Press. Ağustos 2020;29(4):247-55.

125. Montasser ME, Douglas JA, Roy-Gagnon M, Van Hout CV, Weir MR, Vogel R, et al. Determinants of Blood Pressure Response to Low-Salt Intake in a Healthy Adult Population. J Clin Hypertens (Greenwich). 24 Ağustos 2011;13(11):795-800.

126. Nwankwo T, Gu Q. Hypertension Among Adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011–2012. 2013;(133).

127. Alam DS, Chowdhury MAH, Siddiquee AT, Ahmed S, Niessen LW. Awareness And Control Of Hypertension İn Bangladesh: follow-up of a hypertensive cohort. BMJ Open. 23 Aralık 2014;4(12):e004983.

128. Rakesh PS, Renjini BA, Mohandas S, Menon J, Numpelil M, Sreedevi A, et al. Hypertension İn Urban Slums Of Southern India: Burden, Awareness, Health Seeking, Control And Risk Factor Profile. Indian Heart J. 2023;75(4):258-62.

129. Amadi CE, Lawal FO, Mbakwem AC, Ajuluchukwu JN, Oke DA. Knowledge Of Cardiovascular Disease Riskfactors And Practice Of Primary Prevention Of Cardiovascular Disease By Communitypharmacists İn Nigeria: a cross-sectional study. Int J Clin Pharm. 01 Aralık 2018;40(6):1587-95.

130. B. Çağal Kayar,a, M. K. Şahin, M. F. Dikici, Erişkinlerin Kardiyovasküler Hastalık Risk Faktörleri Bilgisinin ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışlarının Değerlendirilmesi Fırat Tıp Dergisi 2004;9(2):

131. Ermiş Z. Bireylerin Kardiyovasküler Hastalıklar Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Davranışlarının Saptanması. MAS Journal of Applied Sciences. 01 Eylül 2024;9(3):618-26.

132. E.S.Aytaç Ailede Hipertansiyon Öyküsü Olma Durumuna Göre 18-35 Yaş Arası Bireylerde Hipertansiyondan Korunma Tutumlarının Değerlendirilmesi. 2024; T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi.Tıpta Uzmanlık Tezi. https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp 870017

133. Budak SK. Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ve Riskli Davranışlarının İncelenmesi. Avrasya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı.Trabzon2024 https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.895470

134. Tuncer DA. Koroner Arter Hastalığı Olanlarda Sağlık Algısı Ve Sigara Bırakma Yorgunluğunun Değerlendirilmesi. T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp.846717

135. Gur G, Sunal N, Dr. Ogr. Uyesi Istanbul Medipol Universitesi, Hemsirelik Fakultesi. Determination of Health Perception and Healthy Lifestyle Behaviors in Patients with Coronary Artery Disease. The Journal of Health Sciences and Professions. 10 Eylül 2019;6(2):209-19.

136. Demaio AR, Otgontuya D, De Courten M, Bygbjerg IC, Enkhtuya P, Meyrowitsch DW, et al. Hypertension And Hypertension-Related Disease İn Mongolia; Findings Of A National Knowledge, Attitudes And Practices Study. BMC Public Health. Aralık 2013;13(1):194.

137. Gong D, Yuan H, Zhang Y, Li H, Zhang D, Liu X, et al. Hypertension-Related Knowledge, Attitudes, and Behaviors among Community-Dwellers at Risk for High Blood Pressure in Shanghai, China. International Journal of Environmental Research and Public Health. Ocak 2020;17(10):3683.

138. Paulose T, Nkosi ZZ, Endriyas M. Factors Associated With Positive Attitude Towards Hypertension İn Hawassa City Administration: Community based cross-sectional study. Health Science Reports. 2022;5(5):e779.

139. Bashaar M, Saleem F, Thawani V, Azmi Hassali M, Hashemi T. Evaluation Of Hypertension Related Knowledge, Attitudes And Practices At Community Level İn Kabul. PPIJ [Internet]. 08 Mayıs 2019 [a.yer 16 Nisan 2025];7(3). Erişim adresi: https://medcraveonline.com/PPIJ/evaluation-of-hypertension-related-knowledge-attitudes-and-practices-at-community-level-in-kabulnbsp.html

140. Zhang Z, Xuan Z, Fu Y, Zhao H, Zhan P, Yang C, et al. Knowledge, Attitudes, And Practices Regarding Hypertension Diet Among Patients With Hypertension. Sci Rep. 07 Nisan 2025;15(1):11915.

141. Sadeq R, Lafta RK. Knowledge, Attitude And Practice About Hypertension İn Hypertensive Patients Attending Hospitals İn Baghdad, Iraq. South East Asia Journal of Public Health. 31 Aralık 2017;7(1):29-34.

142. Mengqin W, Huilin C, Yuyan GUO, Jingjuan REN, Ruifeng L. Knowledge, Attitude, And Practice Of Hypertension Prevention And Control Among Rural Residents İn Shanxi Province. Journal of Preventive Medicine. 10 Temmuz 2023;35(7):563-9.

143. Buang NFB, Rahman NAA, Haque M. Knowledge, Attitude And Practice Regarding Hypertension Among Residents İn A Housing Area İn Selangor, Malaysia. Med Pharm Rep. Nisan 2019;92(2):145-52.

144. Zhang J, Xu A qiang, Ma J xiang, Shi X ming, Guo X lei, Engelgau M, et al.Dietary Sodium Intake: Knowledge, Attitudes and Practices in Shandong Province, China, 2011. PLOS ONE. 18 Mart 2013;8(3):e58973.

145. Malahayati K, Supriyadi R, Sastramihardja HS. Knowledge And Attitude Towards Prevention And Management Of Hypertension İn Jatinangor Sub-District. Althea Medical Journal. 29 Haziran 2016;3(2):222-9.

146. Mashuri YA, Widyaningsih V, Premanawasti A, Koot J, Pardoel Z, Landsman-Dijkstra J, et al. Differences İn Knowledge, Attitude, And Practice Regarding Hypertension By Access To A Community-Based Screening Program (POSBINDU): A Cross-Sectional Study From Four Districts İn Indonesia. PLOS ONE. 14 Mayıs 2024;19(5):e0303503.

8. EKLER

EK-A. Onam Formu

EK-B. Sosyodemografik Anket Formu

EK-C. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRIF)

EK-D. Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği (HKTÖ)

EK-E. Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

EK-F. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi

EK-A. Onam Formu

T.C.

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Olur / (Rıza) Formu

Araştırmanın Konusu: Birinci Basamağa Başvuran 18-50 Yaş Arası Bireylerde Kardiyovasküler hastalık bilgi ve sağlık algı düzeylerinin hipertansiyondan korunma tutum ve davranışları üzerindeki etkisi

Araştırmanın Amacı: Kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve sağlık algı düzeyinin Hipertansiyondan korunma tutum ve davranışları üzerine etkisi var mı, bilgi düzeyinin artması insanların hastalıktan korunma davranışlarına yansıyor mu araştırmak

Araştırmaya Katılma Süresi: 6 ay

Araştırmaya Katılacak Yaklaşık Gönüllü Sayısı: 1000

Sayın Gönüllü:

Bu tez çalışmasında Birinci Basamağa Başvuran 18-50 Yaş Arası Bireylerde Kardiyovasküler hastalık bilgi ve sağlık algı düzeylerinin hipertansiyondan korunma tutum ve davranışları üzerindeki etkisi araştırılacaktır.' Bu kapsamda size 15 Soruluk Sosyodemografik Bilgi Formu, 28 Soruluk Kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi,15 soruluk Sağlık algı düzeyi ile 32 Soruluk Hipertansiyondan korunma tutum ve davranışları Ölçeğinden oluşan toplamda 90 soru sorulmuştur. Anket sorularının 20 dakika içinde yanıtlanması beklenmektedir.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar, gizli tutulacak ve yalnız araştırmacı tarafından değerlendirilecektir. Araştırmanın güvenilir olması için her soruyu içtenlikle ve doğru olarak cevaplamanızı rica eder, gösterdiğiniz ilgi ve yardımlar için şimdiden teşekkür ederim.

Yukarıdaki, araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum. Bana, tanık huzurunda aşağıda konusu belirtilen araştırmayla ilgili yazılı ve sözlü açıklama yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve katılmama hakkımın olduğunu, araştırma başladıktan sonra devam etmeyi istememe hakkına sahip olduğum gibi kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızam ile katılmayı kabul ediyorum.

GÖNÜLLÜ	
Adı Soyadı: Adresi: Bilgi Verebilecek Kişi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
ARAŞTIRMACI	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
GEREKTİĞİNDE GÖNÜLLÜ VEYA YAKININ BAŞVURABİLECEĞİ KİŞİ:	
Adı Soyadı: Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza
TANIK:	
Adı Soyadı: Görevi Adresi:	Telefon : (0) Faks : (0) İmza

EK-B. Sosyodemografik Anket Formu

1) Yaş ……
2) Cinsiyetiniz A) Kadın B) Erkek
3) Mesleğiniz …….
4) Eğitim Durumunuz

   A) Okur yazar B) İlköğretim C) Ortaöğretim D) Lise E) Yükseköğrenim
5) Medeni durum

   A) Evli B) Bekar
6) Sigara içiyor musunuz?

   A) Evet B) Hayır
7) Alkol kullanıyor musunuz?

   A) Evet B) Hayır
8) Gelir düzeyiniz nedir?

   A) Gelirim giderimden az B) Gelirim giderime eşit C) Gelirim giderimden fazla
9) Nerede yaşıyorsunuz?

   A) Köy B) Şehir
10) Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?

   A) Evet B) Hayır
11) Ailenizde hipertansiyon hastası olan var mı?

   A) Evet B) Hayır
12) Ailenizde kardiyovasküler (kalp) hastalığı olan var mı?

   A) Evet B) Hayır
13) Düzenli aralıklarla tansiyon ölçümü yaptırır mısınız?

   A) Evet B) Hayır
14) Son bir yılda kaç kere tansiyon ölçümü yaptırdınız?

   A) Hiç B) 1-5 C) 6-12 D) 12 den fazla
15) Daha önce ölçülen tansiyonunuzun yüksek çıktığı söylendi mi?

   A) Evet B) Hayır

EK-C. Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRIF)

KARDİYOVASKÜLER HASTALIKLAR RİSK FAKTÖRLERİ BİLGİ DÜZEY ÖLÇEĞİ

Kalp hastalığı hakkında neler biliyorsunuz?	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1.Bir kişi kalp hastası olduğunu her zaman anlar.			
2.Ailenizde kalp hastalığı olması sizin kalp hastası olma riskinizi artırır.			
3.Yaşlılar kalp hastalığı için daha fazla risk taşır			
4. Koroner kalp hastalığı önlenebilir.			
5.Ülkemizdeki ölüm ve hastalıkların önlenebilir en önemli nedeni sigaradır.			
6. Sigara içmek kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
7. Kişi sigara içmeyi bırakırsa kalp hastalığı oluşma riski azalır.			
8. Her gün 2-3 adet meyve ve 2 tabak sebze yemeği yemek faydalıdır.			
9. Haftada 3 öğünden fazla kırmızı et yemeği tüketmek zararlıdır.			
10. Tuzlu yemek yüksek tansiyon yapar.			
11.Yağlı yiyecekler kandaki kolesterol seviyesini artırmaz.			
12. Oda sıcaklığında katı olan yağlar kalp sağlığı için faydalıdır.			
13.Yağdan ve karbonhidrattan düşük diyet ile beslenmek kalp için faydalıdır.			
14. Kilolu insanların kalp hastalığı riski artar.			
15. Düzenli egzersiz kalp hastalığı riskini azaltır.			
16. Sadece spor salonunda yapılan egzersizle risk azalır.			
17. Yavaş yürümek ve gezmekte egzersiz sayılır.			
18. Stres, kahır, üzüntü kalp hastalığı riskini artırır.			
19. İnsan vücudu, stresli durumlarda kan basıncını yükseltir.			
20. Yüksek tansiyon kalp hastalığı için bir risk faktörüdür.			
21. Tansiyonu kontrol altında tutmak kalp hastalığı oluşma riskini azaltır.			
22. Tansiyon hastasının ilacını ömür boyu kullanması gerekir.			
23. Yüksek kolesterol kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
24. İyi kolesterol (HDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
25. Kötü kolesterol (LDL) yüksek ise kalp hastalığı riski vardır.			
26. Kolesterolü yüksek olan herkese ilaç verilir.			
27. Diyabet kalp hastalığı için risk faktörüdür.			
28. Diyabet hastalarının şeker kontrolü sağlanırsa risk azalır.			

EK-D.Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği (HKTÖ)

EK 4. HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ(HKTÖ)

HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ(HKTÖ)

Açıklama: Aşağıda hipertansiyondan korunma hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifade için katılım durumunuzu "hiç katılmıyorum/katılmıyorum/kararsızım/katılıyorum/kesinlikle katılıyorum" seçeneklerinden birini (X) ile işaretleyerek belirtiniz.

No	Hiç katılmıyorumdan kesinlikle katılıyoruma doğru derecelendirecek olursanız aşağıdaki ifadelere katılım durumunuz ne olur?	1.Hiç katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Kararsızım	4. Katılıyorum	5.kesinlikle katılıyorum
1	Meyve ve Sebzeden zengin beslenmek hipertansiyon gelişimini önler					
2	Hayata pozitif bakabilmek, hipertansiyon gibi hastalıklardan korunma sağlar					
3	Beslenmede turşu gibi tuzlu gıdaları tüketmeliyim					
4	Psikolojik sıkıntılar, hipertansiyona yol açmaz					
5	Ailesinde hipertansiyon olan kişiler bu hastalığa daha yatkındır					
6	Hastalıklardan korunmak için kişi belli aralıklarla sağlık kontrolü yaptırmalıdır					
7	Yemeklerimde katı yağlar yerine zeytinyağı gibi sıvı yağları tercih etmeliyim					
8	Bir dirhem et bin ayıp örter					
9	Ailesinde hipertansiyon olması kişinin bu hastalığa yakalanması için risk teşkil etmez					
10	Aşırı kilo zararlı değildir					
11	Hipertansiyondan korunmak için kilo verilmelidir					
12	Düzenli sağlık kontrolü, herkes için gereklidir					
13	Ailesinde hipertansiyon olan kişiler düzenli olarak tansiyon, şeker, kolesterol takibi yaptırmalıdır					
14	Hipertansiyon, böbrek, kalp-damar, göz gibi organlara zararı olan bir hastalıktır					
15	Şişman insanlar hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklara daha kolay yakalanır					
16	Stres, hipertansiyona zemin hazırlar					
17	Stres gibi Psikolojik hastalıklar hipertansiyon gelişimini tetikler					
18	Peynir, zeytin gibi gıdaları alırken tuzsuz olanları tercih etmeliyim					
19	Sigara, hipertansiyon gelişmesi için risk faktörüdür					
20	Hareketsiz kalmamalıyım					
21	İnsanlar, özellikle orta yaştan sonra düzenli sağlık kontrolü yaptırmalıdır					
22	Kızartma ve Kırmızı eti aşırı tüketmemeliyim					
23	Hipertansiyon, beyinde hasara sebep olur					
24	Kilo vermek hipertansiyondan korunmada gerekli değildir					
25	Geceleri ağır gıdalar tüketmemeye özen göstermeliyim					
26	Sigara içmek, hipertansiyonu tetikler					
27	Ailesinde hipertansiyon olan kişiler belli zamanlarda çek-up yaptırmalıdır					
28	Şişmanlık, hipertansiyona zemin oluşturur					
29	Beslenmede yağsız süt gibi Kalsiyumdan ve magnezyumdan zengin gıdaları tercih etmeliyim					
30	Yemekte yağ kullanırken daha çok margarin gibi katı yağları tercih etmeliyim					
31	Yürüyüş gibi fiziksel aktivitelerin faydası yoktur					
32	Aşırı kilolu kişiler hipertansiyona meyillidir					

EK-E.Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

		Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum
1.	Sağlığımı çok düşünürüm	1	2	3	4	5
2.	Sağlıklı olmak büyük ölçüde şans işidir.	1	2	3	4	5
3.	Ben ne yaparsam yapayım, sağlıklı ya da hasta olacaksam zaten olan olur.	1	2	3	4	5
4.	Sağlıklıysam bu Allahın bir lütfüdur.	1	2	3	4	5
5.	Egzersiz yapar ve doğru beslenirsem sağlıklı kalırım.	1	2	3	4	5
6.	Sağlıklı kalmak için yapmam gerekenler konusunda sık sık kafam karışıyor.	1	2	3	4	5
7.	Daha sağlıklı olmayı isterim, fakat bunun için yapmam gerekenleri henüz yapamıyorum.	1	2	3	4	5
8.	Sağlığı koruyan yiyecek türleri üzerine o kadar çok farklı bilgi varki ne yapmam gerektiğini bilmiyorum.	1	2	3	4	5
9.	Benim için sağlıklı olan şeylere daha fazla para harcamaya hazırım.	1	2	3	4	5
10.	Sağlıklı olup olmamak bana bağlıdır.	1	2	3	4	5
11.	Sağlığım hayatımdakı en önemli düşüncedir.	1	2	3	4	5
12.	Sağlıklı olmak şans işidir.	1	2	3	4	5
13.	Ne yaparsam yapayım sağlığımı değiştiremem	1	2	3	4	5
14.	İstediğim kadar sağlıklı olabilirim	1	2	3	4	5
15.	Sağlıklı beslenme hakkında okuduğum her şeyi anlayamıyorum.	1	2	3	4	5

EK-F.Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurul Onay Belgesi

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURUL KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR SAYISI
29/04/2024	04	22

KARAR 12- Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Cahit ÖZER'in (Arş.Gör.Dr.Ümit YILMAZ'ın uzmanlık tezi) "Birinci basamağa baş vuran 18-50 yaş arası bireylerde kardiyovasküler hastalık bilgi düzeyi ve sağlık algı düzeyinin hipertansiyondan korunma tutum ve davranışları üzerine etkisi" isimli çalışması görüşülmüş olup; çalışma gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve etik kurallara uygun bulunmuş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

(İmza)
Prof.Dr.İbrahim Halil ÇERÇİ
(Başkan)

(İmza)
Dr.Öğr.Üyesi Mehmet ERDEM
(Başkan Yardımcısı)

(Katılmadı)
Doç.Dr. Emre DİRİCAN
(Başkan Yardımcısı)

(İmza)
Doç.Dr.Gezmiş KİMYON
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Fatma ÖZ
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr.Fundagül BİLGİÇ ZORTUK
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr. Oğuz AKKUŞ
(Üye)

(İmza)
Dr.öğr.Üyesi Ertan YILMAZ
(Üye)

(İmza)
Doç.Dr. Sibel SEVİNÇ
(Üye)

(Katılmadı)
Dr.Öğr.Üyesi Adem YAPICI
Üye(

[redacted]RAZAN
)

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr.Ümit YILMAZ, [redacted]'da [redacted] ilçesinde doğdu. İlkokul eğitimini 1993-1998 yıllarında Demirköy Yenimahalle İlkokulu; Ortaokulu 1998-2000 yıllarında Düzce Namık Kemal Ortaokulu; Lise eğitimini de 2000-2004 yıllarında Düzce Anadolu Öğretmen Lisesi'nde tamamlamış, 2005-2011 yılları arasında Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi'nde eğitim almış, devlet hizmet yükümlüsü pratisyen hekim olarak Kars Harakani Devlet Hastanesine atanmış burada bir yıl çocuk ve kadın hastalıkları ve doğum hastanesi acil servisinde çalıştıktan sonra Sarıkamış'ta aile hekimliğine geçmiştir.2 yıl Sarıkamış, 5 yıl Giresun, son 6 yıldır da Hatay'da olmak üzere yaklaşık 13 yıldır aile hekimliği yapmaktadır. Hatay Reyhanlı 25 no lu aile hekimliği biriminde çalışmaktayken 23.08.2019 yılında Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda yarı zamanlı aile hekimliği asistanlığı (SAHU) eğitimine başlamış halen aynı görevi sürdürmektedir.