

**T.C.**  
**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KIRSAL ALANDA YAŞAYAN MENOPOZAL  
DÖNEMDEKİ KADINLARDA HİPERTANSİYON  
GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

**Tezi Hazırlayan**  
**Gamze Gülsüm KILIÇLI**

**Tez Danışmanları**  
**Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül ÖZCAN**  
**Doç.Dr. Figen ARI İNCİ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2019**  
**NEVŞEHİR**

## KABUL ONAY SAYFASI

Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül ÖZCAN danışmanlığında Gamze Gülsüm KILIÇLI tarafından hazırlanan “Kırsal Alanda Yaşayan Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Hipertansiyon Görülme Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

18/07/2019

### JÜRİ

Başkan:

Prof.Dr. Nimet KARATAŞ

İmza .....

Üye :

Prof.Dr. İlknur AYDIN AVCI

İmza .....

Üye :

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN

İmza .....

ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 28.08.2019 tarih ve 53-504 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Sahlan ÖZTÜRK  
Enstitü Müdürü



## TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.



Gamze Gülsüm KILIÇLI

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışma süresi boyunca her türlü konuda bilgisini ve desteğini benden esirgemeyen, haftanın hangi günü, günün hangi saati olursa olsun ihtiyacım olan her konuda kıymetli zamanını ayırıp sabırla ve büyük ilgiyle bana faydalı olabilmek için elinden gelenden daha fazlasını sunan çok değerli tez danışmanım Dr. Öğretim Üyesi Ayşegül ÖZCAN'a,

Bu süreçte bende emeğini esirgemeyen hocam Prof. Dr. Nimet KARATAŞ'a

Hep bilim yolundan gideceğimize inancım tam olan ve benden desteklerini esirgemeyen değerli yüksek lisans arkadaşlarıma,

Bu süreçte her zaman her koşulda yanımda olan canım annem, babam ve kız kardeşlerime ve

Tez yazım sürecimde bana inancı ve desteğı tam olan arkadaşlarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm kadınlara teşekkür ederim.

# KIRSAL ALANDA YAŞAYAN MENOPOZAL DÖNEMDEKİ KADINLARDA HİPERTANSİYON GÖRÜLME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Gamze Gülsüm KILIÇLI

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ

FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Temmuz 2019

## ÖZET

Kırsal alanda yaşayan menopozal dönemdeki kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Araştırmanın evrenini, Gemerek ilçe merkezinde ASM'ne kayıtlı 40-64 yaş grubu 730 kadın oluşturmaktadır. Post Hoc power analizi sonucuna göre aynı etki büyüklüğü ile 348 örnek alındığında testin gücü %99,78 olmaktadır. Araştırmaya olasılıksız örneklem yöntemi ile Şubat-Nisan 2019 tarihleri arasında ASM'ye başvuran, gönüllü ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan 348 kadın alınmıştır. Araştırmanın verileri, "Veri Tolama Formu" ile yüz yüze görüşülerek elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, nicel verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örnekler t testi; kategorik verilerin analizinde Kikare testi ve lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmada kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı %74.7 olup, %10.9'unun hipertansiyonu olduğunun farkında olmadığı saptanmıştır. Kadınlarda yaş artıkça hipertansiyon görülme oranının arttığı, yaş grupları ile hipertansiyon görülme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farkın olduğu ( $p<0.05$ ). Araştırmamızda kadınların %35.6'sının kan basınçları kontrollü iken, %39.0 kontrollü olmadığı; menopoza giren kadınlarda hipertansiyon görülme oranı (%83.7), menopoza girmeyen kadınlara oranla (%32.7) daha fazla olduğu, BKİ'i artıkça, hipertansiyon görülme oranının arttığı, hipertansiyon tanısı alma durumu kadınların taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir şekilde tüketme durumuna göre farklılık olduğu ( $p<0.05$ ), yaşın artması hipertansiyon riskini 6.680 kat artırdığı, kronik hastalığı olan kadınların olmayanlara göre hipertansiyon riski 153.6 kat daha fazla olduğu, ailede hipertansiyon

öyküsü olan kadınların olmayanlara göre hipertansiyon riski 27.627 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çoklu regresyon analizine göre kadınlarda hipertansiyon risk faktörü olarak; yaş, kronik hastalığa sahip olma ve ailede hipertansiyon hikâyesinin olması belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda sağlık profesyonelleri tarafından menopozal dönemdeki kadınların saha taramaları ile kan basıncı ölçümlerin yapılması, riskli grupların belirlenmesi, hipertansiyon risk faktörleri konusunda bu yaş dönem kadınlara yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, tedavileri için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hipertansiyon, Menopozal Dönem, Yaşam Tarzı Değişiklikleri

**Tez Danışmanı:** Dr.Öğretim Üyesi Ayşegül ÖZCAN

# **FREQUENCY OF HYPERTENSION IN MENOPAUSAL WOMEN LIVING IN THE RURAL REGION AND THE EFFECTING FACTORS**

**(M.Sc.Thesis)**

**Gamze Gülsüm KILIÇLI**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY**

**INSTITUTE OF NATURAL AND APPLIED SCIENCES**

**July 2019**

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to determine the prevalence of hypertension in rural menopausal women. The population of the study The population of the study consists of 730 women aged 40-64 years registered to ASM in Gemerek district center. According to the results of Post Hoc power analysis, the power of the test is 99.78% when 348 samples are taken with the same effect size. A total of 348 women who applied to ASM between February-April 2019 were included in the study. The data of the study was obtained by face to face interview with Tol Data Tolerance Form". Descriptive statistics in the evaluation of data, independent samples t test in the comparison of quantitative data; Chi-square test and logistic regression analysis were used in the analysis of categorical data. The prevalence of hypertension in women was 74.7% and 10.9% were not aware of hypertension. There was a statistically significant difference between age groups and hypertension ( $p < 0.05$ ). In our study, while 35.6% of women had blood pressure controlled, 39.0% were not controlled; The prevalence of hypertension was higher in women with menopause (83.7%) than women without menopause (32.7%). ( $p < 0.05$ ), increased age increases the risk of hypertension 6.680 times, the risk of hypertension in women with chronic disease is 153.6 times higher than in women with a history of hypertension in women with a family history of hypertension was found to be 27.627 times higher. According to multiple regression analysis, hypertension risk factor in women; age, chronic disease and family history of hypertension. In line with these results, it is recommended that health professionals conduct field surveys of women in menopausal period, determine blood pressure measurements, determine risk groups,

provide education and counseling services for hypertensive risk factors and direct them to health institutions for their treatment.

**Keywords:** Hypertension, Menopausal Period, Lifestyle Changes

**Thesis advisor:** Asst. Prof. Ayşegül ÖZCAN





## İÇİNDEKİLER

TEZ BİLDİRİM SAYFASI .....	i
KABUL ONAY SAYFASI .....	ii
TEŞEKKÜR .....	iii
ÖZET .....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ .....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
1.BÖLÜM .....	1
GİRİŞ.....	1
2.BÖLÜM .....	3
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Hipertansiyonun Tanımı.....	3
2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması .....	3
2.2.1. Kan basıncına göre sınıflandırma .....	3
2.2.2. Hedef organ tutulumuna göre sınıflandırma .....	4
2.2.3. Etiyolojiye göre sınıflandırma .....	5
2.2.3.1. Primer/esansiyel hipertansiyon .....	5
2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi .....	5
2.4. Kan Basıncı Ölçümü.....	6
2.5. Hipertansiyonun Belirtileri .....	7
2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları .....	7
2.7. Dünyada Hipertansiyon Prevalansı .....	8
2.8. Türkiye de Hipertansiyon Prevalansı.....	8
2.9. Hipertansiyonun Etiyolojisi .....	9
2.9.1. Yaş ve cinsiyet .....	9
2.9.2. Irk ve etnik köken.....	9
2.9.3. Aile ve genetik faktörler .....	9
2.9.4. Beslenme tarzı.....	9
2.9.5. Obezite .....	10
2.9.6. Aşırı sodyum alımı .....	10
2.9.7. Potasyum ve kalsiyum.....	10

2.9.8. Yağ.....	10
2.9.9. Sigara.....	11
2.9.10. Egzersiz.....	11
2.9.11. Stres .....	11
2.9.12. Sosyoekonomik düzey.....	12
2.9.13. Diabetes mellitus .....	12
2.9.14. Oral kontraseptif kullanımı .....	12
2.9.15. Gebelik .....	12
2.10. Hipertansiyonun Tedavisi.....	13
2.10.1. Hipertansiyonda tedavinin amaç ve hedefleri:.....	13
2.10.2. Non- farmakolojik tedavi- ilaçsız tedavi.....	14
2.10.3. Farmakolojik tedavi.....	15
2.11. Hipertansiyondan Korunma .....	16
2.12. Menopozal Dönem.....	18
2.13. Menopozun Sınıflandırılması .....	18
2.13.1. Başlangıç yaşına göre menopoz .....	18
2.13.2. Oluş biçimine göre menopoz .....	18
2.14. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler .....	19
2.14.1. Fiziksel alan değişiklikleri .....	19
2.14.2. Psiko-sosyal ve bilişsel alan değişiklikleri .....	22
2.14.3. Cinsel alan değişiklikleri .....	22
2.15. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Roller ve Sorumlulukları .....	23
2.16. Menopozal Dönemde Hemşirenin Roller ve Sorumlulukları.....	23
3.BÖLÜM .....	25
GEREÇ VE YÖNTEM .....	25
3.1. Araştırmanın Türü .....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	25
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	25
3.4.Araştırmaya Alınma Kriterleri .....	25
3.5. Verilerin Toplanması .....	26
3.5.1.Veritoplama aracının hazırlanması .....	26
3.5.1.1. Soru formu .....	26
3.5.1.2. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu.....	27
3.5.2. Ön uygulama .....	27
3.5.3. Uygulama .....	27

3.5.4. Araştırmanın etik yönü.....	27
3.5.5. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri.....	27
3.5.6. Verilerin değerlendirilmesi.....	28
4. BÖLÜM .....	29
BULGULAR.....	29
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri Bulguları.....	29
4.2. Kadınların Hipertansiyon Durumlarına İlişkin Bulgular .....	29
4.3. Kadınların Beslenme Özellikleri ve Hipertansiyon Görülme Durumu Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	29
4.4. Kadınların Ruhsal Durumları ve Antropometrik Özelliklerine Göre Bulguları.....	29
4.5. Hipertansiyonu Etkileyen Özelliklerden En Çok Olanların Analizi .....	29
5. BÖLÜM .....	46
TARTIŞMA.....	46
6. BÖLÜM .....	53
SONUÇ ve ÖNERİLER .....	53
7. BÖLÜM .....	55
KAYNAKLAR .....	55
EKLER.....	76
Ek I- Anket Formu.....	76
Ek II- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu .....	85
Ek III- Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurul Formu .....	87
Ek IV- Sivas İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu .....	88
Ek V- Sivas Gemerek Kaymakamlığı İzin Formu .....	90
ÖZGEÇMİŞ .....	91

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1 . Amerikan Kalp Derneği Hipertansiyon Sınıflaması.....	3
Tablo 2 Avrupa Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon sınıflaması.....	4
Tablo 3 Hipertansiyon İçin Kardiyovasküler Risk Faktörleri.....	5
Tablo 4 Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....	30
Tablo 5 Kadınların Bazı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	32
Tablo 6 Kadınların Antropometrik, Obstetrik ve Menopozal Özelliklerine Göre Dağılımı .....	33
Tablo 7 Kadınların Ruh Sağlıklarını Algılama ile Cinsel Yaşam Durumlarına Göre Dağılımı .....	34
Tablo 8 Kadınların Hipertansiyon ve Diğer Kronik Hastalık Göre Dağılımı.....	34
Tablo 9 Kadınların Hipertansiyon Tanı ve Tedavisine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 10 Kadınların Sistolik-Diastolik Kan Basıncının Ortalamalarının Hipertansiyon Olma Durumlarına Göre Dağılımı .....	36
Tablo 11 Kadınların Hipertansiyon Tanıları ve Kan Basıncı Kontrolleri Dağılımı Durumları .....	36
Tablo 12 Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hipertansiyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı.....	37
Tablo 13 Kadınların Beslenme Özelliklerine Göre HT Görülme Durumu Dağılımı .....	38
Tablo 14 Kadınların Menopozal Özelliklerine Göre Hipertansiyon Görülme Durumlarının Dağılımı.....	40
Tablo 15 Kadınların ruhsal durum özelliklerine göre HT görülme durumlarının dağılımı .....	41
Tablo 16 Kadınların Antropometrik Ölçümlerinin Hipertansiyon Görülme Durumlarına Göre Dağılımı.....	42
Tablo 17 Hipertansiyonu Etkileyen Bazı Özellikler ve Güven Aralıkları .....	43

## KISALTMALAR LİSTESİ

**KVH:** Kardiyo Vasküler Hastalık

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**BMI:** Body Mass Index

**HT:** Hipertansiyon

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

**OKS:** Oral kontraseptif

**DASH:** Dietary Approach to Stop Hypertension

**STH:** Somatotropik Hormon

**OECD:** Organisation for Economic Co-operation and Development

**ACTH:** Adrenokortikotropik Hormon

**FSH:** Folikül uyarıcı hormon

**LH:** Lütein yapıcı hormon

## 1.BÖLÜM

### GİRİŞ

Tüm dünyada bulaşıcı hastalıkların kontrole alınması, sağlığın gelişmesi ve yaygınlaşması, yaşam koşullarının daha iyi hale gelmesi gibi pek çok faktör doğuştan beklenen yaşam süresini uzamasına neden olmuştur [1,2]. Yaşam süresinin uzaması nedeniyle ortalama bir kadın yaşamının yaklaşık üçte birini menopozal dönemde(orta yaş dönemi) geçirmektedir [3,4,5]. Bu dönemde östrojen ve progesteron hormonlarının azalması ile kadınlarda bir takım yaşamakta, çeşitli sağlık sorunları gelişebilmektedir [5]. Estrojen hormonu yetersizliği sonucunda kadınlarda kardiyovasküler hastalık görülme riski ve buna bağlı olarak ölüm oranlarında artış meydana gelmektedir [6,7]. Kardiyovasküler hastalıklar (KVH) dünyadaki ölümlerin %35'inden sorumlu iken, gelir düzeyi ülkelerde bu oran %75'lerin üzerindedir. Türkiye'de kardiyovasküler hastalığa bağlı ölüm yükü erkeklerde %29, kadınlarda %31 oranı ile birinci sırada yer almaktadır [8]. Kalp damar hastalıklarının ölüm nedenlerinin %8.3'ünü hipertansiyon oluşturmaktadır [2,8,9]. Kontrol altına alınmayan hipertansiyon, kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığına bağlı ölüm oranını artırmaktadır. Bu nedenle hipertansiyon kalp damar hastalıkları içerisinde en sık görülen, önlenebilir önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Kan basıncının artışı, kardiyovasküler hastalık riskinin artması ile ilişkili olup, özellikle 40 ile 70 yaş arası kişilerde kan basıncındaki her 10 mmHg'lik artış, kardiyovasküler hastalık riskini iki katına çıkarmaktadır [3,10,11]. Kan basıncı yüksekliği tedavi edilmezse hastalıklar için majör risk faktörü olarak yaşam süresini kısaltmaktadır [4-6]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada hipertansiyonun yaşla birlikte görülme sıklığının arttığı, kadınlarda yaş aldıkça diğer risk faktörlerinin artmasına bağlı olarak hipertansiyon görülme sıklığı artmaktadır. Türkiye'de yapılan PatenT2 çalışmasında(2012) hipertansiyon sıklığı kadınlarda %32.3, erkeklerde ise %28.4'tür [10]. Yapılan çalışmalar düşük östrojen seviyesi menopoz dönemindeki kadınlarda hipertansiyonun daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır [12,13,14,15]. Aynı zamanda hipertansiyon kırsal alanda (%16.7) kentsel alana (%11.6) oranla daha fazla görülmektedir [16]. Hipertansiyon prevalansının yüksek olma sebebinin incelendiğinde bir çalışmada [17] kişilerin artmış kan basıncına sahip olduklarını bilmemeleri, tedavisinin doğru olarak uygulanmaması, hipertansiyonu kontrol altına almada güçlük olduğu görülmektedir. Chow ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, hipertansiyon sorunu olan bireylerin

önemli bir kısmının tanısının farkında olmadığı, hipertansiflerin yaklaşık yarısı hipertansif olduklarını bilmemektedir ve toplumun bu konuda duyarlılığı düşüktür [8,18]. Keleş'in 2013 yılında yaptığı bir araştırmada %32.2'nin kan basıncının hiç ölçülmediği tespit edilmiştir [19]. Bu nedenle hipertansiyon farkındalığı kontrol altına alınması açısından önemlidir.

Literatürde; hipertansiyonda kontrole alınması gereken risk faktörleri de aşırı kalori alımı, tuz tüketimi, yetersiz potasyum alımı, alkol tüketimi, sedanter yaşam ve sigara kullanımıdır [11,19]. Hipertansiyon ve risk faktörleri ile ilişkili bir çalışmada; sigaranın oral kontraseptiflerle kullanımının lipid profilini kardiyovasküler risk açısından olumsuz etkilediği (hipertansif bireylerde egzersizin kan basıncına etkisi); fiziksel aktif olan kadınlarda KVVH riskini %50 azalttığı, potasyumdan zengin taze meyve ve sebzelerle beslenmenin sistolik ve diastolik kan basıncında düşme sağladığı; orta şiddetli egzersiz programlarının hem akut, hem de kronik kan basıncı düşüşünü sağlamada etkili olduğu saptanmıştır [20]. Solunum egzersizleri ile sağlanacak gevşemenin kardiyovasküler sistemde rahatlatıcı etki yapacağı, mental rahatlama sağlayacağı ve bu durumun sempatik sistemi etkileyerek kan basıncını olumlu yönde etkileyeceği belirtilmektedir [20,21,22].

Kadınlarda menopoza beraber dislipidemi, obezite ve hipertansiyon görülme sıklığı artmaktadır [23,25]. Ancak kadınlarda kardiyovasküler risk genellikle üreme sağlığı koruyucu hormonlar tarafından korunma güvencesinde olduğu düşünülmesi nedeniyle hafife alınmaktadır [16,24]. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinde kadınlara yönelik taramalarda daha çok üreme sağlığı ile ilgili kanser taramalarının yaygın olduğu görülmektedir. Hipertansiyonda kanser programına benzer bir yapılandırılmış tarama programı mevcut değildir. Oysaki sağlık ekibinin profesyonel üyesi olan hemşireler kadınları biyo-psiko-sosyo-kültürel açıdan değerlendirerek menopozal dönemde hipertansiyon tarama programlarının yönetiminde; eğitim ile danışmanlıkların planlanmasında faydalı olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle araştırma kırsal alanda yaşayan menopoz dönemindeki kadınların hipertansiyon görülme sıklığını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## 2.BÖLÜM

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon, vücutta sistemik bir durum olup, ciddi sağlık sorunlarına sebeptir ve toplumlarda fazla miktarda görülmesi sebebiyle önemli bir sağlık problemidir [13]. AHA/ACC 2017 kılavuzu 130-139 mmHg sistolik ve 80-89 mmHg diastolik kan basınçları arasında kalan değerleri evre 1 hipertansiyon olarak tanımlayıp, tedavi başlanmasını ve kan basıncının 130/80 altına düşürülmesini önermektedir [27,28]. Kardiyovasküler risk faktörü olan artmış kan basıncına bakıldığında, 115/75 mmHg'nın aşılması ile birlikte riskin artmaya başladığı gözlenmektedir [29].

#### 2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Erişkinlerde artmış kan basıncında tedaviye yaklaşımda çözümler sağlamak için, kan basıncının derecelendirilmesinde fayda vardır [29].

##### 2.2.1. Kan basıncına göre sınıflandırma

Hipertansiyon sınıflandırmasının tedavinin planlanması için birtakım yararları vardır [30].

American College of Cardiology (ACC) ve American Heart Association (AHA) 2017 rehberinde hipertansiyon sınıflandırması Tablo 2.1'de gösterildiği şekildedir [31].

**Tablo 2.1. Amerikan Kalp Derneği Hipertansiyon Sınıflaması**

Kan basıncı kategorisi	Sistolik kan basıncı	Diastolik kan basıncı
Normal	<120 mmHg	<80 mmHg
Yüksek	120-129 mmHg	<80mmHg
Evre 1 Hipertansiyon	129-130 mmHg	80-89 mmHg
Evre 2 Hipertansiyon	>140mmHg	>90mmHg

*Tablo 1 . Amerikan Kalp Derneği Hipertansiyon Sınıflaması*

European Society of Cardiology (ESC) 2018 rehberine göre hipertansiyon sınıflandırması Tablo 2.2'de gösterildiği şekildedir [32].



**Tablo 2.2. Avrupa Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon sınıflaması**

<b>Kan basıncı kategorisi</b>	<b>Sistolik kan basıncı</b>	<b>Diastolik kan basıncı</b>
<b>Optimal</b>	<120mmHg	<80mmHg
<b>Normal</b>	120-129mmHg	80-84mmHg
<b>Yüksek normal</b>	130-139mmHg	85-89mmHg
<b>Evre1 Hipertansiyon</b>	140-159mmHg	90-99mmHg
<b>Evre 2 Hipertansiyon</b>	160-179mmHg	100-109mmHg
<b>Evre 3 Hipertansiyon</b>	>180mmHg	>110mmHg
<b>İzole Sistolik Hipertansiyon</b>	>140mmHg	<90mmHg

*Tablo 2 Avrupa Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon sınıflaması*

### **2.2.2. Hedef organ tutulumuna göre sınıflandırma**

Artmış kan basıncını sınıflandırırken ortalama kan basıncı düzeylerine ek olarak hedef organ tutulumu mutlaka değerlendirilmelidir [33]. Yüksek normal kan basıncı (sistolik kan basıncı 130-139mmHg) ile birinci, ikinci ve üçüncü evredeki hastalar A,B,C düzeyi risk gruplarına ayrılır. Bu sınıflamada diyabetin varlığı, hedef organ hasarı ve kardiyovasküler hastalık ile eşdeğer tutulmaktadır. Düşük risk grubu olarak da adlandırılan Grup A'da kan basıncı düzeyi dikkate alınmaksızın hiçbir risk etmeni, kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı bulunmamaktadır. Orta derecede risk grubu olan Grup B'de diyabet dışında bir ya da daha fazla risk faktörü bulunmakla birlikte, kardiyovasküler hastalık ya da hedef organ hasarı bulunmamaktadır. Yüksek risk sınıfında yer alan Grup C'de ise diyabet ya da hedef organ hasarı/kardiyovasküler hastalık tespit edilmiş hastalar yer almaktadır [34, 35, 36].

**Tablo 2.3. Hipertansiyon İçin Kardiyovasküler Risk Faktörleri [129]**

<b>Hipertansiyon İçin KVH Risk Faktörleri</b>
<b>Majör Faktörler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Erkeklerde 55 yaşı, kadınlarda 65 yaşını aşmış olma</li><li>• Sigara kullanmak</li><li>• Total kolesterol &gt;240 mg/dl veya LDL –kolesterol &gt;160 mg/dl olması</li><li>• Diabetes mellitus</li><li>• Aile öyküsünün olması</li><li>• Obezite (vücut kütle indeksi 30 kg / m<sup>2</sup> )</li></ul>
<b>Minor Faktörler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Erkeklerde 45 yaşı, kadınlarda 55 yaşını aşmış olma</li><li>• Total kolesterol &gt;200mg/dl veya LDL-kolesterol &gt;130 mg/dl olması</li><li>• Düşük HDL-kolesterol (&lt;35 mg/dl)</li><li>• Hipertrigliseridemi ( &gt;200 mg/dl )</li><li>• Glukoz toleransında azalma</li><li>• Oturgan/ hareketsiz yaşam tarzı</li></ul>
<b>Hedef Organ Hasarı</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kalp hastalıkları</li><li>• İnme veya geçici atak geçirmiş olma</li><li>• Nefropati</li><li>• Periferik arter hastalığı</li><li>• Retinopati</li></ul>

*Tablo 3 Hipertansiyon İçin Kardiyovasküler Risk Faktörleri*

### **2.2.3. Etiyolojiye göre sınıflandırma**

Oluşum nedeni bakımından iki çeşit hipertansiyon tanımlanmaktadır.

#### **2.2.3.1. Primer/esansiyel hipertansiyon**

Primer hipertansiyonun sebebi kesin olmamakla birlikte genetik bir yatkınlık ve endüstrileşme, kentte yaşama, yeme-içme alışkanlıkları, obezite hastalığı, fazla miktarda tuz alımı, alkol kullanımı, stres gibi faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir [34].

#### **2.2.3.2. Sekonder hipertansiyon**

Hipertansiyon sekonder olarak; endokrin, renal ve nörolojik hastalıklar, aort koarktasyonu, gebeliğe ve ilaca bağlı hipertansiyon, intravasküler hacim artışı olarak sıralanabilir [37].

### **2.3. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi**

Dünyada yılda 17,3 milyon hipertansif ölüm olmakta ve 2030 yılında beklenen sayı 23,6 milyon olarak öngörülmektedir [38].

ACC/AHA'nın 2017 yılı son kılavuzunda 130/80 mmHg ve üzerini HT kabul ettiği sınıflandırmaya göre ise ABD'de HT prevalansı %45.6' ya yükselmiş olup, yaklaşık 103 milyon insan bu durumdan etkilenmektedir [39].

Türkiye'de hipertansiyonun, ölümlerin %3'ünü oluşturduğu ve ulusal düzeyde ölüme neden olan hastalıklar içerisinde altıncı sırada yer aldığı bildirilmektedir [40].

Hipertansif kişilerin sayısının artmasında ana faktörlerin; nüfus artışı, yaşlı popülasyonun ve düşük-orta gelirli ülkelerde hipertansiyon sıklığının artması olduğu düşünülmektedir. Bu artışa ek olarak, kardiyovasküler riskleri bilinmesine rağmen, HT için farkındalık ve etkin tedavi oranlarının halen birçok ülkede istenilen düzeyde olmaması, hipertansiyonun global bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmesine yol açmaktadır [41].

Erişkinlerde yapılan çalışmalarda hipertansiyon prevalansı %31.8 (kadınlarda %36.1, erkeklerde %27.5) olarak, insidans hızı ise (4 yıllık) %21.4 (>65 yaşta %43.3) olarak belirlenmiştir [42,43].

#### **2.4. Kan Basıncı Ölçümü**

Hipertansiyon için öncelikle doğru tanı konulması gerekir. Bu nedenle, gerekli donanım ve çevre koşullarının sağlanması gerekmektedir. Ölçümün günün hangi saatinde yapıldığı bilinmelidir. Ölçümden önce otuz dakika içerisinde hastanın çay, sigara veya kahve içmemiş ve yemek yememiş olması gerekir. Ölçümlere kişi sessiz olan bir odada 5-10 dakika kadar istirahat ettikten sonra başlanmalıdır. Hasta sırtını bir yere yaslayarak oturmalı, tansiyon ölçülecek kolu çıplak olmalıdır ve ölçüm sırasında konuşmamalı, bacak bacak üstüne atmamalıdır. Manşon kalp düzeyinde duracak şekilde sarılmalı ve hastanın kolu desteklenmelidir. Tansiyon aletinin manşonu alt ucu dirsek çukurunun 2,5-3 cm üzerinde olacak şekilde kolu sarmalıdır. Kan basıncı ölçümü sırasında stetoskop manşonun altına sıkıştırılmamalıdır. Ölçümün hangi koldan yapıldığı, sistolik ve diastolik kan basınçları ayrı olarak kaydedilmelidir [44]. Yaşlılarda, diyabeti olanlarda, ortostatik hipotansiyonun sık görüldüğü durumlarda ölçümlerin tekrar edilmesi gereklidir. Ayaktaki ölçümler hasta ayağa kalktığı anda ve ayağa kalktıktan yaklaşık iki dakika sonra yapılmalıdır [45].

## **2.5. Hipertansiyonun Belirtileri**

Hipertansiyon, erken dönemde yüksek kan basıncı hariç hiçbir belirti ve bulgu göstermediğinden sessiz hastalık (lanthanic) olarak adlandırılır. Bireylerde kan basıncının yükselmesiyle baş ağrısı, diplopi, konuşmada güçlük, çarpıntı, dispne, halsizlik, epistaksis, tinnitus, pollaküri, noktüri ve alt ekstremitelerde ödem gibi belirtiler olabilmektedir [46, 47].

## **2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları**

Hipertansiyonun neden olduğu organ hasarı ve mortalitenin altındaki patolojik mekanizma, arteryel lezyonlardır. Arteryel lezyonların tipleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Hiperplastik veya proliferatif arterioloskleroz.
2. Hiyalin arterioloskleroz.
3. Küçük serebral, penetran arteriollerde milier anevrizma.
4. Ateroskleroz veya nodüler arterioskleroz.
5. Arter duvarında medial hasarlanma veya kistik medial nekroz [49, 50].

Hipertansiyon sonucunda renal fonksiyon ciddi anlamda bozularak ve böbrek yetmezliği oluşabilmektedir. ACE inhibitörleri ve/veya anjiotensin-II reseptör blokörleri ile erken dönemde tedaviye başlanması etkili olmakta ve renal hastalığın ilerleyişini yavaşlatmaktadır [51,52]. Hipertansif tipteki komplikasyonların gelişimi kan basıncı düzeyi ile direkt ilişkilidir [53]. Kan akımının artmasıyla birlikte, bazı bölgelerde iskemi ve mikronfarktlar görülebilmektedir. Subaraknoid kanama, hipertansif hastalarda sık olarak görülen tipik bir komplikasyondur. Aterom kaynaklı mural trombüsler ya da plak rüptüründen kaynaklanan kolesterol embolisi serebral tromboza neden olabilmektedir. Bu durum hem ekstraserebral hem de intraserebral damarlardan kaynaklanabilmektedir [54,55].

Hipertansiyona ait diğer bir komplikasyon ise retinopatidir. Retinopati, yeterli ve zamanında tedavi edilmezse görme kaybıyla sonuçlanmaktadır [56,57].

Yüksek kan basıncı kalıcı hale gelirse, damar endoteli üzerindeki travmatik etkileri sonucunda çeşitli lezyonlar gelişebilmektedir [58,59].

## 2.7. Dünyada Hipertansiyon Prevalansı

Hipertansiyon yaygın prevalans sebebiyle bireysel sağlık ve toplum sağlığı açısından önemli bir sorundur [60,61]. DSÖ'ye göre dünya çapındaki ölümlerin yaklaşık %12.8'i HT'den kaynaklanmaktadır ve yaklaşık 7,5 milyon insanın HT'den öldüğü tahmin edilmektedir [61]. Hipertansiyon birinci basamak sağlık hizmetlerinin günlük uygulamalarının oldukça önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

İnsan sağlığı için büyük bir risk faktörü olan artmış kan basıncı küresel düzeyde 7,5 milyon ölümden ve toplam hastalık yükünün %3.7'sinden sorumludur [61]. Yapılan bir çalışmada artmış kan basıncının miyokard infarktüsü riskini ortalama 2.5 kat artırdığı saptanmıştır [62]. Hipertansiyonlu birey sayısı dünyada 40 sene öncesine göre %90 artmış olup 2015 yılında 1.13 milyara yükselmiştir [63].

ACC/AHA'nın 2017 yılı son kılavuzunda 130/80 mmHg ve üzerini HT kabul ettiği sınıflandırmaya göre ise ABD'de HT prevalansı %45.6'ya yükselmiş olup yaklaşık 103 milyon insan bu durumdan etkilenmektedir [64].

## 2.8. Türkiye de Hipertansiyon Prevalansı

Ölüm verileri incelendiğinde, kardiyovasküler hastalıkların gittikçe arttığı görülmektedir. Kardiyovasküler hastalıklar; 1989'da %40, 1993'te %45 [65], 2009'da %40 [66] ve 2013'te %39.6, 2014 yılında %40.4 [67] ile tüm ölüm sebepleri arasında ilk sırada yer almıştır. Hipertansiyon ülkemizde her 4 ölümden 1'nin nedenidir [68].

Türkiye Sağlık istatistikleri yıllığı'na göre kişilerin (15 yaş ve üzeri) %15.8'i hipertansiyonlu olduğunu, kadınların %20.5'i ve erkeklerin %11.1'i hipertansiyonlu olduğunu ifade etmektedir [69].

Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir araştırmada bireylerde son 12 ay içerisinde hipertansiyon teşhisi konmuş kişilerin içerisinde erkekler %4.3, kadınlar %9.8 yüzdeye sahiptirler [70].

Türkiye'de hipertansiyon sıklığı konusunda bilgi verecek çalışmaların başında TEKHARF çalışması gelmektedir. Çalışmanın 2007/8 kohortunda Türkiye'de hipertansiyon prevalansı erkeklerde %37.7 kadınlarda %46.3 bulunmuştur [71].

Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmasında (Patent-2012) ise Türkiye'de hipertansiyon prevalansının %30.3 olarak bulunmuştur [72].

Ayrıca önemli bir nokta olarak literatürde artmış kan basıncının menopozal döneme kadar kadınlarda daha az buna karşın erkeklerde daha fazla olduğu, ancak menopozal dönemle birlikte kadınlarda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir [73,74].

## **2.9. Hipertansiyonun Etiyolojisi**

Hipertansiyonun etiyolojisi tam olarak belirlenememiş olmasına karşın çeşitli risk faktörleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir.

### **2.9.1. Yaş ve cinsiyet**

Dünya nüfusunun %8.3'ü 65 yaş üzeri insanlar oluşturmaktadır [75]. İstatistiklere göre 65 yaş sonrası hipertansiyon görülme sıklığı erkeklerde %67.2 iken kadınlarda %81.7'dir [76,77].

Yaş artışı ile kalp atım hızındaki azalma ile vasküler dirençte artma olmaktadır [78,79].

### **2.9.2. Irk ve etnik köken**

Dünyada beyaz ırka göre hipertansiyonun siyah ırkta daha sık görüldüğünü, yüksek kan basıncına bağlı hastalıkların daha çok oluştuğunu gösteren araştırma çalışmaları bulunmaktadır [80,81].

### **2.9.3. Aile ve genetik faktörler**

Genetik araştırmalar angiotensinojen geni ve glukokortikoid reseptör geninin hipertansiyonun oluşmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir [82].

Ailesel hipertansif durumlarda yapılan çalışmalarda, hipertansif bireylerin çocuklarının hipertansif olma eğiliminde, düşük kan basıncı olan bireylerin çocuklarının hipotansif olma eğiliminde oldukları görülmüştür [83].

### **2.9.4. Beslenme tarzı**

Vejetaryan diyet uygulayan yüksek kan basıncı olan hastalarda altı haftada sistolik kan basıncında 5mmHg düşme sağlandığı, bir günde ortalama 14 gram lif alımı ile 1,2-1,8 mmHg'lık düşme sağlandığı belirlenmiştir [84]. Yapılan çalışmalar sonucunda sebze ve meyvelerden zengin, düşük oranda yağ içeren, doymuş yağdan fakir, düşük yağlı süt ve süt ürünleri içeren DASH diyetinin sadece tuz kısıtlamasından veya sadece meyve sebze ağırlıklı beslenmeden daha etkili bir şekilde tansiyon düşüklüğü sağladığı gösterilmiştir [85].

### **2.9.5. Obezite**

Vücutta gereğinden fazla yağ depolanması ile ortaya çıkan ve morbidite ve mortalite oranını arttıran, tedavisi zorunlu ciddi bir sağlık sorunudur [86,87]. Şişman kişilerin bir kilogram vermesi ile arter kan basıncında 1,6-1,3 mmHg azalma sağlanabildiği belirtilmektedir [84]. Ayrıca yüksek kan basıncını düşürmek için kilo kontrolünün önemine dikkat çekilmiştir [48].

### **2.9.6. Aşırı sodyum alımı**

Sodyum beslenmede genellikle sofraya tuzu olarak sodyum klorür şeklinde alınır. Günlük önerilen 6 gram sodyum klorür, 2,4 gram sodyumdur. Beslenmeyle alınan sodyumun büyük bir kısmı da işlenmiş gıdalar ile alınmaktadır. Hem yemeğe ilave edilen tuzun azaltılması hem de hazır gıdaların sodyum içerikleri kontrol edilmesi gerekmektedir. Sodyumun fazlasının kısıtlanması ile antihipertansif ilaçların etkisi artar, diüretikler ile oluşan potasyum kaybını azaltır, sol ventrikül hipertrofisini geriletir [84].

SALTürk-1 Çalışması'nda bir günde kullanılan tuz tüketiminin 18 g/gün olduğu belirlenmiştir [88]. 2012'de yapılan SALTürk 2 çalışmasında günlük tuz tüketiminin biraz azalmış olduğu 15g/gün olduğu belirlenmiştir [89]. Ayrıca bir ekmeğin 100 gramında yaklaşık 1,5-2 gram tuz miktarı olduğu düşünülünce, ekmeğin tuz alımında önemli bir kaynak olduğu görülmektedir [90].

### **2.9.7. Potasyum ve kalsiyum**

Potasyum fizyopatolojik olarak damar direncini azaltarak vazodilatasyon sağlar ve glomeruler filtrasyon hızını artırır [84]. Beslenme ile günde 90 mmol potasyum alınmasıyla renin anjiyotensin sistemi aktivitesi azalır ve prostaglandin I<sub>2</sub> (PGI<sub>2</sub>) artar. Böylece endotel hücreleri hipertansiyonun oluşturduğu olumsuzluklardan korunmuş olur [91,92]. Ancak potasyum idrar ile vücuttan atılması nedeniyle üriner sistemde potasyum atımında sorun olan bireylerde hiperkalemiye bağlı kardiyak aritmiyi önlemek için potasyum alımının uygun düzeyde ayarlanması gerekmektedir [93,94].

### **2.9.8. Yağ**

Hipertansiyon ve kalp-damar hastalıkları ile ilişkisi açısından en çok akla gelen kavram olan kolesterol, dokularda bulunan bir tür lipiddir [95]. Kolesterolü hücrelere taşıyan lipoproteinler (LDL) hipertansiyon ve koroner kalp hastalıklarını artırır [96]. İşlenmiş gıdalardan elde edilen yağ tüketimi Asya'nın alt-orta ve üst-orta gelirli ülkelerinde hızla

artmakta ve bu diyet değişiklikleri şişmanlığın artmasında önemli bir faktördür. Özellikle hayvansal yağlar ve margarinler doymuş yağ asidi içerirler [95,97]. Diyet yağının yağ asidi örüntüsü 1/3 doymuş, 1/3 tekli doymamış ve 1/3 çoklu doymamış olacak şekilde ayarlanmalıdır. Özellikle yağlı süt, kırmızı et gibi ürünlerin tüketiminin artması ve tereyağı tüketimi, doymuş yağ asitlerinin vücutta artmasına neden olmaktadır [98].

### **2.9.9. Sigara**

Sigara tüketimi, hipertansiyonla birlikte kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır. [82].Sigarada belirlenen 4000'in üzerinde toksik maddeden özellikle nikotin, sempatik sinir sistem uyarılımı artmış epinefrin ve norepinefrin salınımının sonucu olarak, nabız ve sistolik kan basıncı artışına neden olur ve kardiyovasküler sistemi olumsuz etkiler [100]. Literatürde sigara içtikten sonraki yaklaşık 15–30 dakika sonra kişilerde akut kan basıncı yükselmesi olduğu belirtilmiştir [94]. Bu nedenle hipertansiyon tanısı alan kişilerde mutlaka ilaç tedavisine karşı direncin önlenmesi için sigarayı bırakmak gereklidir [99].

### **2.9.10. Egzersiz**

Toplumun fiziksel aktivite konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olması, fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin anlaşılabilmesi toplumda hipertansiyon gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların görülmesini artıran önemli nedenlerden biridir [101].

Hareketsiz olarak yaşayanlarda hipertansiyon oluşma riski, fiziksel aktivitesi düzenli olanlara göre %20-50 daha fazladır [102]. Hipertansiyon için davranışsal risk faktörlerinden oluşan egzersiz ile plazma norepinefrin düzeyi düşmekte böylece vazokonstriksiyon ve damar direnci azalmaktadır [103,104].

### **2.9.11. Stres**

Stres, “vücuda yüklenen herhangi bir isteme karşı, vücudun tepkisi” olarak tanımlanmaktadır [105]. Stresör ajan vücutta hipofiz bezi yolu ile salgılanan STH (Somatotropik Hormon) ile adrenal kortekse etkisi ile birlikte mineralokortikoid salınımını artırır. Bu da organizmada sodyum tutulmasına ve potasyum kaybına neden olur. Stres sonucu TSH salınımı artarak bütün metabolizmayı uyarır. Böylece uyku bozuklukları ile metabolizmada kısır bir döngüye girilmiş olunur [106].



### **2.9.12. Sosyoekonomik düzey**

Sosyoekonomik düzey, kronik hastalıkların ortaya çıkmasını etkilemektedir. Çünkü sağlığın sosyal belirleyicilerinden gelir düzeyi ile sağlık arasında önemli bir ilişki vardır.

Literatüre baktığımızda Lowal ve arkadaşlarının yaptığı çalışma da sosyoekonomik düzeyi düşük olan kişilerin ilaç uyumunun düşük bulunduğu gösterilmiştir [107,108]. Araştırmalarda sağlık harcamalarının tedavi odaklı harcamalar olmasının harcamaların miktarından ziyade toplam sağlık harcamaları içerisindeki dağılımını tartışmaya açmıştır. OECD ülkelerinde ki sağlık harcamalarının ortalama %3'ü hastalıkların önlenmesi ve halk sağlığı programları için harcanmaktadır [109].

### **2.9.13. Diabetes mellitus**

Diyabet, pankreastan salgılanan insülin miktarının azlığı sonucu protein, karbonhidrat ve yağ metabolizmasında bozukluklara neden olan bir metabolizma hastalığıdır [110,111].

Diyabetlilerde HT görülme sıklığı diyabetli olmayanlardan daha (1,5-2 kat) yüksektir [112]. Diyabetin neden olduğu metabolik anormallikler, hasta popülasyonunda ateroskleroza neden olan vasküler disfonksiyonu indükler [113,114].

Diyabetik hastalarda miyokard infarktüsü (MI) gelişme riski her yaşta artmıştır ve diyabet kardiyovasküler risk faktörleri içerisinde koroner arter hastalığı ile neredeyse eşdeğeri kabul edilmiştir [115].

### **2.9.14. Oral kontraseptif kullanımı**

Menopozal dönemdeki kadınlarda gebelik durumu; anne ve bebek için sağlık riski oluşturduğundan, korunmanın önemi büyüktür [116].

Literatürde oral kontraseptiflerin, vücutta su-sodyum tutulmasına neden olduğu, vücut ağırlığında artışla beraber kan basıncında da artışa sebep olduğu belirtilmiştir [117]. Araştırmalar oral kontraseptif kullanımıyla HT gelişmişse, ilacın kesilmesiyle kan basıncının düştüğünü göstermektedir [118,119,120]. Dünya sağlık örgütünün raporuna göre de kan basıncı 160/100 mmHg dan dan büyükse oral kontraseptifler kontrendikedir [121].

### **2.9.15. Gebelik**

Gebeliğin 20. haftasından sonra gelişen ve doğumdan sonra 42 gün içinde geçen hipertansiyon gebelik hipertansiyonudur [122].

Çalışmalar incelendiğinde gebeliklerinde hipertansiyon görülen kadınların sonraki gebeliklerinde hipertansiyonun tekrarlama riski %70 civarındadır. Ve bu kadınların uzun dönemde yaşamları boyunca kardiyovasküler riskler açısından doktor kontrollerine düzenli olarak devam etmeleri ve hipertansiyon etkileyen faktörlere uygun yaşam tarzı değişikliklerine dikkat etmeleri gerekmektedir [123,124].

## **2.10. Hipertansiyonun Tedavisi**

### **2.10.1. Hipertansiyonda tedavinin amaç ve hedefleri:**

Klinik çalışma verileri temelinde kombine kardiyovasküler sonlanımlara karşı azami korumaya <135-140 mmHg sistolik kan basıncı ve <80-85 mmHg diastolik kan basıncı seviyelerinde ulaşılmaktadır, ancak tedavi riski hipertansiyonu olmayan bireylerin seviyesine indirmemektedir. Kan basıncı kontrolü için daha agresif kontrol hedefleri (muayenehane veya ev kan basıncı <130/80 mmHg) diyabet, KKY, kronik böbrek hastalığı ve diğer ek kardiyovasküler risk faktörleri olanlarda akılcı olabilir. Diyabetik hastalarda etkin kan basıncı kontrolü kardiyovasküler sonlanımları ve ölüm kadar mikrovasküler hastalık riskini de (nefropati, retinopati) azaltmaktadır. Diyabetik hastalarda diyabetik olmayan hastalara göre risk daha fazla azalır.

Hedeflenen kan basıncı hedeflerinin tutturulması için hipertansiyonlu hastaların büyük çoğunluğunun birden fazla ilaçla tedavisi gerekir. Diyabeti ve renal yetersizliği olan hastalarda üç ya da daha fazla ilaç gereklidir. Çoğu ajanda kan basıncını düşürmede standardın yarısında dozlarla standart dozlar arasında ~%20'den de az olacak kadar fark vardır. Bu ajanların uygun kombinasyonları yan etki sıklığını azaltırken kan basıncını düşürmede additif etkinlik gösterebilirler. Serebral, koroner ve renal kan akımının aşırı agresif kan basıncı düşüşü ile azaltılacağına dair teorik çekincelerin olmasına karşın klinik çalışmalarda 'J-eğimi' fenomeni için bir delil bulunmamıştır, yani klinik pratikte ulaşılan düşük kan basınçlarında kardiyovasküler riski arttıracak bir eşik yokmuşa benzemektedir. İzole sistolik hipertansiyonlu hastalarda bile diastolik kan basıncının daha fazla düşürülmesi zarar vermemektedir. Ancak >80 yaşındaki hastalarda antihipertansif ilaçların yarar/ zarar oranı ile ilgili görece olarak az bilgi vardır ve bu popülasyonda daha az agresif bir hedef ile kontrol mantıklı olabilir.

Dirençli hipertansiyon terimi kan basıncı diüretik de dahil olmak üzere mantıklı bir kombinasyondan tam doz olarak üç ya da daha fazla antihipertansif ilaç alınmasına karşın

kan basıncının >140/90 mmHg kaldığı hastaları anlatır. Dirençli ya da kontrolü güç hipertansiyon gençlerden ziyade >60 yaş hastalarda daha siktir. Dirençli hipertansiyon ‘yalancı direnç’ (yüksek muayenehane basınçları, düşük ev basınçları), tedaviye uyumsuzluk, hipertansiyonun belli nedenleri (obezite ve aşırı alkol alımı), bir dizi reçete ile veya reçetesiz satılan ilaç kullanımı ile ilişkili olabilir (Tablo 241-3). Nadiren yaşlı hastalarda psödohipertansiyon kan basıncını ciddi biçimde sklerotik arterler nedeniyle doğru ölçmemekten kaynaklanabilir.

Bu durum brakial arterin manşonla oklüzyonundan sonra radyal nabzın palpe edilebilir halde kalması ile düşünülür (Oslern manevrası). Gerçek kan basıncı intraarteriyel ölçüm ile belirlenebilir. Dirençli hipertansiyon hastalarının değerlendirmesi ofis ölçümlerinin genel ölçümleri yansıtmadığının anlaşılması için ev ölçümlerini de içermelidir. Eğer hipertansiyon direnci için başka bir açık neden bulunamazsa hipertansiyonun sekonder formlarının daha iyi incelenmesi de düşünülmalıdır [125].

### **2.10.2. Non- farmakolojik tedavi- ilaçsız tedavi**

Kan basıncını olumlu yönde etkileyecek bir yaşam tarzının benimsenmesi hipertansiyonun hem önlenmesinde hem de tedavisinde etkilidir. Sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri prehipertansif bireylere ve hipertansif bireylerde hipertansiyon tedavisine yardımcı olarak önerilmelidir. Bu girişimler genel kardiyovasküler hastalık riskini azaltmayı hedeflemelidir. Hayat tarzı değişikliklerinin kan basıncı üzerine etkisi hipertansif hastalarda daha belirgin olsa da, kısa süreli çalışmalarda kilo kaybı ve diyetle NaCl alımının azaltılmasının hipertansiyon gelişimini önlediği gösterilmiştir. Hipertansif bireylerde bu girişimler ilaç tedavisine gerek kalmayacak kadar bir kan basıncı düşüşü sağlamasa bile kan basıncı kontrolü için gerekli ilaç sayısı ve dozlar azaltılabilir. Kan basıncını etkin biçimde düşüren diyet modifikasyonları arasında kilo kaybı, azaltılmış NaCl alımı, artmış potasyum alımı, alkol tüketiminin azaltılması ve genel olarak sağlıklı bir beslenme paterni benimsenmesi bulunur.

Obezitenin önlenmesi ve tedavisi kan basıncının ve kardiyovasküler hastalık riskinin azaltılmasında önemlidir. Kısa dönem çalışmalarda hafif bir kilo kaybının bile kan basıncında azalmaya yol açtığı, insülin duyarlılığını arttırdığı gösterilmiştir. Vücut ağırlığında ortalama 9,2 kilo azalma ile kan basıncında 6.3/3.1 mmHg ortalama azalma gözlenmiştir. Düzenli fiziksel aktivite kilo kaybını kolaylaştırır, kan basıncını azaltır ve genel kardiyovasküler hastalık riskini düşürür. Kan basıncı ortalama 30 dakikalık, haftada

6-7 gün sıkı yürüyüş gibi orta şiddette fiziksel aktivite ile ya da daha az sıklıkta yoğun aktivite ile azaltılabilir.

Kan basıncının NaCl'ye duyarlılığında bireysel farklılık mevcuttur ve bu değişkenliğin genetik temeli olabilir. Metaanalizlerin sonuçlarına göre NaCl alımını 4,4-7,4 g'a (75-125 meq) sınırlayarak hipertansif hastalarda 2.7-4.9/0.9-2.9 mmHg, normotansif hastalarda daha az kan basıncı düşüşü oluşturulabilir. Potasyum, kalsiyum ve magnezyumdan fakir diyet yüksek kan basıncı ve yüksek hipertansiyon prevalansı ile ilişkilidir. İdrar sodyum/potasyum oranı sadece soyum ve potasyuma göre kan basıncı ile daha fazla koreledir.

Potasyum ve kalsiyum destekleri tutarsız, ılımlı antihipertansif etkiler göstermiştir ve kan basıncından bağımsız olarak potasyum desteği inme sıklığını azaltmıştır. Günde üç ya da dört içki içen (standart bir içki ~14 g etanol içerir) bireylerde alkol kullanımını yüksek kan basıncı ile ilişkilidir ve alkol tüketiminin azaltılması kan basıncında azalma sağlar. Diyetle potasyum, kalsiyum ve alkol alımının kan basıncını nasıl etkilediği net değildir. Günlük NaCl alımının <6 g/gün'e indirilmesi (100 meq) bu diyetin kan basıncı üzerine etkisini arttırmıştır. Sebze ve meyveler potasyum, magnezyum ve liften zengin kaynaklardır ve kalsiyumdan da zengindirler [126].

### **2.10.3. Farmakolojik tedavi**

Birçok kılavuz, kombinasyonlarında aditif veya sinerjistik etkileri olan aşağıdaki üç ilk tercih ilaç grubundan biri veya birkaçıyla ilaç tedavisine başlamayı önermektedir: KKB'ler, renin-anjiyotensin sistem blokörleri - ACE inhibitörleri veya ARB'ler, tiazid diüretikleri.

Avrupa Hipertansiyon Cemiyeti herhangi bir ilaç sınıfı önerisi yapmamakta ve en etkili ilacın hastanın tolere edebileceği ve alabileceği ilaç olduğunu ileri sürmektedir. Uzun dönem ilaç bağımlılığı en iyi ARB'lerde görülürken, ACEİ veya KBB'de orta, tiazidlerde en kötü düzeydedir. Britanya Hipertansiyon Cemiyeti tedavinin hastanın yaşına ve etnisitesine göre yapılmasını savunmaktadır.

Genç beyaz hastalarda (<55 yaş) sıklıkla yüksek reninli hipertansiyon görüldüğünden ACEİ ve ARB başlangıç tedavisini, yaşlı siyah hastalar için ise düşük reninli hipertansiyon nedeniyle KKB veya diüretikleri önermektedir.

Klinik çalışmalar gittikçe KB'yi düşürmek için kombinasyon tedavisinin, tek ve en iyi ajan seçmeye kıyasla daha ağır bastığı ortaya koymaktadır. Primer hipertansiyon multifaktoriyeldir ve tipik olarak KB hedefine ulaşmak için farklı mekanizmaları olan çeşitli ilaçların eş zamanlı kullanılmasını gerektirmektedir. Hipertansiyon hastalarının çoğunluğunda kan basıncını kontrol ederken yan etkileri minimize etmek için düşük doz kombinasyon ilaç tedavisi tek seçenektir. Birçok antihipertansif ilaç sınıfında doz-yanıt ilişkisi oldukça yataydır. KB düşüklüğü çoğunlukla doz aralığının alt ucunda meydana gelmektedir. Buna rağmen birçok yan etki doz bağımlıdır ve klinik doz aralığının alt ucunda problem haline gelmektedir.

Bu nedenle düşük doz kombinasyonları terapötik sinerji gösterirken yan etkileri minimize ederler. Sabit doz kombinasyonları hap sayısını ve maliyeti azaltmaktadır.

KKB ve ACEİ veya ARB kombinasyonu oldukça efektif ve iyi tolere edilebilen bir seçenektir. Yakın zamanda yapılan bir klinik çalışma ile yüksek riskli hastalarda kardiyovasküler olayları azaltma açısından ACEİ ve dihidropiridin KKB kombinasyonunun klinik faydası, ACEİ ve tiyazid diüretik kombinasyonundan daha yüksek bulunmuştur(kanıt düzeyi A). Bunun tersine ARB ve ACEİ kombinasyonu (“dual renin anjiotensin sistem blokajı”) renal fonksiyonları bozması ve ek kardiyovasküler yarar sağlamadan hipotansiyon riskini artırması nedeniyle önerilmemektedir (kanıt düzeyi A).

Büyük bir sağlık organizasyonu olan kuzey Kaliforniya Kayse-Permanente, üyelerindeki hipertansiyon kontrolünü %44 ten %80'e kadar yükseltmiştir. Bu artışın sebebi, KB kontrollerin tıbbi asistanlar tarafınca erişiminde artış, artmış ofis KB hastalarını tanıma ve onlarla iletişim kurma imkanı ve günde tek doz kombinasyon tedavisidir.

Antihipertansif medikasyonun dışında, birçok antihipertansif rejim için lipid düşürücü tedavi kuvvetle önerilmektedir. Orta düzeyde hipertansiyonu ve 130 mg/dl'lik ortalama bir LDL-kolesterol düzeyi olan 60 yaş üstü hastalarda, 10 mg HMG-CoA redüktaz inhibitörü atorvastatin eklenmesinin kardiyovasküler yararı oldukça fazladır (kanıt düzeyi A) [ 127].

## **2.11. Hipertansiyondan Korunma**

Hipertansiyona yaklaşım öncelikli olarak hipertansiyon tanısı alan bireylerin belirlenip tedavi edilip, tansiyonlarının kontrol altına alınması gerekmektedir. Hipertansiyon

oluşumunda beslenme, fazla kalori alımı, aşırı alkol tüketimi ve hareketsiz yaşam şekli gibi faktörlere dikkat edilmesi korunmanın öncelikli hale gelmesinde etkindir [128]. Hipertansiyonun kontrolde tutulması ile KVH'den ölümlerin %16'sı önlenmektedir [130].

Dünyada her yıl hipertansiyon tedavisi için yaklaşık 50 milyar dolar harcanmaktadır. ABD' de Balu ve Thomas'ın 2006'da yaptıkları çalışmada hipertansif hastaların hastanede yatış hizmetlerini daha çok kullandıkları belirlenmiştir.

### **Primordial Korunma:**

Hastalığa sebep olabilen, sosyal ve çevresel durumların önlenmesini sağlayan, toplumda hastalıklar için neden olan risk etmenlerini elimine etmek için alınan önlem ve eylemler kombinasyonudur [131].

### **Primer Korunma:**

Hipertansiyonun oluşumunda etkili olan önlenebilir faktörlerden beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, düzenli fiziksel egzersizin yapılması, sigaranın bırakılması gibi nedenlere yönelik bilgilendirme ve uygun alışkanlıkların kazandırılmasıdır [48].

### **Sekonder Korunma:**

Hastalıkları zamanında yakalamak, tarama programlarının önemini artırmaktadır. [132].

### **Tersiyer Korunma:**

Tanı konulmasında geç kalınmış hastalarda, tedavi ve takibin olduğu korumadır. Takip sonucu tedavi tamamlanmış ve durum stabilize olsa dahi kişiler 3-6 aylık aralar ile kontrole çağrılmalıdır [132,133].

### **Dördüncül Korunma:**

Dördüncül korumanın amacı tanı ve tedavinin aşırı kullanımının önüne geçebilmek için, sağlık hizmetinin maliyetini azaltmaktır [134]. Aslında dördüncül koruma, önleme kavramının temel bir bileşeni haline gelmiştir ve "ilk önce zarar vermemek" ilkesinin karşılığıdır [135].

## **2.12. Menopozal Dönem**

Kadın hayatının evreleri vardır. Doğumdan sonraki bebeklik ve çocukluk dönemlerini takiben ergenlik dönemi (puberte) başlar. Bunun sonucunda kız çocuğu kendi cinsine ait değişimler gösterir. İlk âdetinde içinde olduğu bu dönem sonunda üretkenlik ya da diğer adıyla doğurganlık (reprodüktif) döneme girilir. Klimakteriyum, kadınların üreme çağı itibariyle over fonksiyonlarında ki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa kadar geçtiği bir yaşam dönemidir [138]. Bir yıl süreyle mensturasyon olmayan kadınlarda menopozun başladığı kabul edilir [139].

## **2.13. Menopozun Sınıflandırılması**

### **2.13.1. Başlangıç yaşına göre menopoz**

#### **Prematür overyan yetmezlik:**

Klimakteriyum süreci 40 yaş ve üzeri olarak hesaplanmaktadır. Son adet yaşı 40 yaşından önce ortaya çıkarsa, buna genel tanımlama olarak prematür overyan yetmezlik adı verilmektedir. Menopozda yumurtalık çalışmasını durdurmuş demektir. Ancak 40 yaş altında örneğin 30 yaşındaki bir kadında yapılan tetkikler menopoza benzer bulguları gösterse bile yumurtalığın kalıcı olarak durup durmadığını anlamak zordur [140].

#### **Normal Menopoz:**

Ovarial folliküllerin azalmasıyla östrojen üretiminde de düşme meydana gelir. Overlerde atrofi görülür, üreme siklusu ortadan kalkar ve menopoz meydana gelir [141].

#### **Geç Menopoz:**

Kadınlarda 55 yaşını geçmesine rağmen hala menstruasyon kanamaları devam ediyorsa geç menopozdan bahsetmek mümkündür [142].

### **2.13.2. Oluş biçimine göre menopoz**

#### **Doğal Menopoz:**

The North American Menopause Society (NAMS) göre doğal menopoz, overyan foliküler aktivitenin kaybı sonucu menstruasyonun kalıcı şekilde sona ermesi ile oluşan fizyolojik menopozdur [138,143].

## **Cerrahi menopoz ( Artifiyel Menopoz) :**

Bir tıbbi endikasyon sonucunda ameliyat ile overlerin alınmasıyla foliküler aktivitesini kaybetmesi ile oluşan durumdur [144].

Normal menopozda foliküllerin tükenmesi beş-on yılda progresif olarak gerçekleşmekte ve vücut buna kendini hazırlamaya zaman bulmaktadır. Fakat cerrahi menopozda özellikle östrojen, progesteron eksikliğiyle kadın birden menopoza girmektedir. Böylece menopoz ve belirtileri doğal menopoza göre daha şiddetli ortaya çıkmaktadır [145,146].

### **2.14. Menopozal Dönemde Görülen Değişiklikler**

Tüm vücut organlarında lokalize olarak hücresel düzeyde estrojen reseptörleri vardır [147].

Menopoz dönemi yakınmaları; kadının eğitim düzeyi, yaşı, mesleği, ekonomik bağımsızlığı, gelir düzeyi, evlilik uyumu, medeni durumu, ailenin büyüklüğü, bu döneme özgü sağlık profesyonellerinden bilgi alma durumu, rol değişimi ve toplumun kadına verdiği değerden etkilenmektedir [148].

#### **2.14.1. Fiziksel alan değişiklikleri**

##### **Vazomotor değişiklikler;**

Kadınlarda 12 aylık amenoreik dönem sonrası menstrüel siklusların kalıcı olarak kesilmesi ile ateş basması, çarpıntı, uykusuzluk, baş ağrısı terleme, gibi vazomotor değişiklikler görülmektedir [149] .

Araştırmalar kadınların %80'inden fazlasında yaklaşık 1-5 dakika süren geçici sıcaklık, terleme, endişe ve ürperme hissi ile tanımlanan sıcak basması şikâyeti yaşadığını göstermektedir [150].

2010 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %94.2'sinde ateş basması, %92.5'inde terleme, %80.8'inde uykusuzluk, %84.2'sinde yorgunluk, %81.7'sinde ise sinirlilik gibi semptomlar yaşandığı saptanmıştır [151].

Vazomotor değişiklikler sıklıkla gece görülmekte ve uykudan uyanmaya neden olmaktadır. Uyku düzeninde meydana gelen bozulma beraberinde kronik yorgunluk hissi, konsantrasyonda zayıflama, hafıza problemleri, depresyon gibi durumları getirmektedir. [15,152,153].



Özellikle sıcak basmaları kadınların yaklaşık %55'in de menstrual düzensizliğin başlangıcında yani menopoza geçiş aşamasında görülmektedir. Ancak çalışmalara bakıldığında rahatsız edici semptomlara rağmen, menopozal vazomotor değişiklik yaşayan her dört kadından sadece birinin gerçekten tıbbi yardıma başvurduğu belirtilmiştir [150].

### **Osteoporoz;**

Doğuşta beklenen yaşam süresinin tüm dünyada artmasının sonucunda menopoz ve sonrası kadınlarda, gonad fonksiyonlarının kaybına bağlı olarak osteoporoz görülmektedir [154]. Menopoz dönemi ile kemik hücreleri estrogen reseptörü içermeleri nedeniyle estrogen düzeyindeki azalmadan etkilenmektedir [155].

Bir çeşit sessiz hırsız olarak adlandırılan osteoporoz, kadının kemik yoğunluğunun dörtte birini eksiltir [156].

Büyüme döneminin sonunda ulaşılan en yüksek kemik kütlelerine doruk kemik kütlesi denir. Yaşa bağlı osteoporoz kırık riskinin en önemli belirleyicisidir [157].

Osteoporoz riskini geç menarş, erken menopoz, diyetle yetersiz kalsiyum, fosfor, D vitamini alımı, sedanter yaşam tarzı, ailede osteoporoz öyküsü arttırmaktadır [158].

Özellikle menopozal dönemdeki kadınların öncelikle kemik yoğunluğu testi yaptırması gerekmektedir. Bu işlem kemik dansidometresi denilen cihazlarla yapılmakta ve röntgen çekiminden farklıdır [159].

Fiziksel aktivite ve egzersiz esnasında kemiğe uygulanan mekanik güç osteoblastik aktiviteyi arttırmakta ve kırık görülme sıklığını azaltmaktadır. Özellikle risk altındaki menopoz döneminde sağlığı geliştirici davranışlar konusunda kadınlara eğitimler düzenlenmelidir [160].

### **Ürogenital semptomlar;**

Menopozla beraber özellikle postmenopozal dönemle genital atrofi görülmektedir. Genital atrofi üreme organlarının küçülmesi anlamına gelmektedir [161].

Östrojen uyarısı olmaması sonucu serviks boyutları küçülmekte, internal ve eksternal os daralmaktadır. Endoservikal glandların atrofiye gitmesi ile servikal mukoza miktarı ve viskozitesi azalarak kaybolmaktadır [147].

İlerleyen yaşla birlikte kasların gücünü kaybetmesi sonucu, mesanenin ve idrar torbasının kontrolü kaybedilebilmektedir. Bu nedenle menopozla birlikte kadınlar geceleri eskisinden daha sık idrar yapma ihtiyacı duyarlar [162,163].

Menopozla beraber östrojen eksikliği sonucu cildimizin kollajen dokusu incelir, cilt elastikiyetini kaybeder, kurur ve kaşıntılı hale gelir [164].

Östrojen yetmezliği sonucu vajinal pH asidikten alkalene değişir. Böylece vajende mikroorganizmaların faaliyeti artarak enfeksiyona yatkınlık ortaya çıkar [161]. Menopozal dönemdeki kadınlarda %55.8 oranında üriner enfeksiyon belirlenmiştir [165]

### **Kardiyovasküler sistem rahatsızlıkları;**

Araştırmalar sonucu menopozla beraber dislipidemi ve hipertansiyon görülme sıklıkları artmaktadır [166].

Gonadal hormonların ateroskleroz gelişiminde esas olan tromboz ve inflamasyon dâhil birçok patofizyolojik olayı değiştirdiği görülmüş ve miyosit çekirdeğinde östrojen reseptörlerinin olduğu gösterilmiştir [166]. Potmenopozal dönemde lipid metabolizmasına bakıldığında serumda yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) düzeyinin azalması, düşük dansiteli lipoprotein (LDL) düzeyinin arttığı belirlenmiştir. Bunun sonucunda damarlarlarda ateroskleroz gelişimi olmaktadır. Bu da koroner kalp hastalıkları için önemli risklerdendir [167]. Framingham kontrol çalışmasında vücut kitle indeksi 20'nin üzerinde olanlarda koroner arter hastalığı riski yüksek tespit edilmiştir. Özellikle kadınlarda obeziteye yükselmiş Creaktif protein (CRP) düzeyi eşlik eder [168]. Ridker ve arkadaşlarının 27 939 kadın üzerinde yaptığı bir başka çalışmada hs-CRP'nin kardiyovasküler risk belirlenmesinde LDL kolesterol düzeyinden daha güçlü bir gösterge olduğu ve Framingham risk skoru ile saptanana ek prognostik veri sağladığı gösterilmiştir. [169].

Karyovasküler hastalıkları risklerine bakıldığında kan basıncı seviyelerinde, kan basıncı kontrolünde ve antihipertansif tedavide cinsiyete bağlı farklılıkları açıklayabilecek birkaç önemli neden vardır. Bunlar seks hormonları, renin-anjiyotensin-aldosteron ve sempatik sinir sistemi ve arteriyel sertliktir. Araştırmalar düşük östrojen seviyesini takiben menopozun, azalan arterial komplikandan ve yaşlı kadınlarda artmış hipertansiyon riskinden sorumlu olabileceğini göstermektedir. Ancak kadınlarda kardiyovasküler risk

genellikle üreme sağlığı koruyuculuğu hormonlar tarafından korunma güvencesinde olduğu düşünülmesi nedeniyle hafife alınmaktadır [170].

#### **2.14.2. Psiko-sosyal ve bilişsel alan değişiklikleri**

Menopoz biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin dâhil olduğu karmaşık bir fizyolojik bir süreç ortaya çıkar [171,172].

Menopozal dönemde östrojenin azalması kadınlarda emosyonel durumun değişmesine sebep olmaktadır. Östrojenin kaybı sonucu oluşan fertilité kaybı nedeniyle kadınlar hayatın amacının kaybolduğunu hissedebilmektedirler [173].

Literatürde psikolojik belirtiler; sinirlilik, depresif ruh hali, unutkanlık, uykusuzluk, yorgunluk hissi olarak belirtilmiştir [174,175]. Gençliğe aşırı önem veren toplumlarda kadınlar menopoza yaklaşırken bu durumu, üreticiliğinin, kadınlığının, cinsel çekiciliğinin sonu olarak görerek menopozu bir ceza olarak algılayabilmektedir. Hint, Arap toplumunda ve ülkemizde kırsal alanlarda yaşayan kadınlar ise statü farklılaşması, gebe kalma tehlikesinin ortadan kalkması gibi nedenlerle menopozu bir ödül olarak algılamaktadır [175]. Bu açıdan bakıldığında menopozal dönemde görülen psikolojik değişikliklerin fizyolojik sebeplerle birlikte kültürel etkenlerle de ilişkili olduğu, kişiyi değerlendirirken kültüründen bağımsız değerlendirmememiz gerektiği unutulmamalıdır [176]. Östrojenler, serotonin ve endorfin üretimini uyarır ve azalan östrojen seviyelerine tekabül eden menopozdan sonra serotonin seviyelerinde %50 azalma vardır. Serotonindeki azalma, hipotalamik termostatı bozan norepinefrin düzeylerinde artışa neden olur [151]. Bu nedenle oluşan sıcak basmaları özellikle gece uykusunda kadının yaşam kalitesini bozmaktadır [177].

Cerrahi menopoz sonrası kadınlar doğal menopoz oluşan kadınlara göre beden imgesinde bozulma ve benlik saygısında azalmayı daha belirgin yaşamaktadırlar [178]. Ayrıca menopozal dönem, orta yaş grubunda ortaya çıkmasından dolayı kadında beden imajında oluşan değişikliklerle birlikte yaşlanma belirtilerine rastlar. Bu da kadında düşük beden imajı, kendine güvenin azalmasına neden olabilmektedir [179].

#### **2.14.3. Cinsel alan değişiklikleri**

Cinsel sağlık, tüm yaş gruplarındaki bireylerin kişisel sağlığının önemli ve pozitif bir boyutudur [180]. Menopozda sonra oluşan östrojen eksikliğine bağlı vajen epitelinde atrofi oluşumu ve kuruluk direkt cinsel birleşmeyi etkilemektedir. Cinsel yaşlanmayla

vajen ve serviksde kan akımı ve sekresyon azalır, cinsel uyarılma ve ilişki sıklığında düşüş meydana gelir [181].

Histerektomi ameliyatı lokal sinir sistemi ve anatomik yapıyı etkileyerek cinsel işlev üzerine direkt bir etkisi varken bilateralooferektomi ameliyatının ise seks steroid hormonlarının aniden kesilmesine bağlı olarak cinsel işlev üzerine dolaylı bir etkisi vardır [182]. Yaşlanma ile birlikte seksüel fonksiyonların ve arzunun devamında aktif rol oynayan androjenlerin hem overial hem de adrenal üretiminde önemli derecede azalmanın sonucu menopozal kadının cinsel hayatı etkilenmektedir [183]. Ayrıca çalışmalara bakıldığında bu dönemdeki kadının seksüel yaşamını yaşa ve menopoza bağlı fizyolojik değişiklikler, partnere bağlı faktörler, kronik sağlık sorunları, davranış kalıpları ve sosyal değerleri belirlemektedir [12].

Araştırmalarda premenopozal, perimenopozal ve postmenopozal dönemlerde cinsel istek kaybının sırasıyla %35, %55 ve %60 olarak gittikçe arttığı, postmenopozal dönemde orgazm yokluğu ve seksten zevk almamanın %60'ların üstüne çıktığı rapor edilmiştir [184].

### **2.15. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Roller ve Sorumlulukları**

Tüm dünyada önemli morbidite ve mortalite sebebi olan hipertansiyon yönetiminde hemşireler, bireyin yaşam tarzı ile ilgili değişikliklerin bilinmesi ve uygulanmasının sağlanmasında önemli role sahiptirler [136]. Hipertansiyon bakım yönetimindeki amaç; yan etkisiz ve az maliyetle kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutma üzerine odaklanmaktadır [137].

### **2.16. Menopozal Dönemde Hemşirenin Roller ve Sorumlulukları**

Hemşirelerin menopozal dönemdeki kadınlara karşı rol ve sorumluluklarına bakmak için öncelikle kadın sağlığını ele almamız gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1948 de yaptığı sağlığın tanımına bakacak olursak bu tanımda; 'sağlık, sadece hastalık ve sakatlık olmaması değil, bireyin beden, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır' denilmektedir [185]. Bu tanımdaki tam iyilik durumlarını etkileyen faktörler hemşireler tarafından iyi belirlenmelidir. Kadın değerlendirilirken biyo-psiko-sosyo-kültürel yönleriyle bir bütün olarak değerlendirmelidir [186].

Günümüzde bilim ve teknoloji hızla gelişmekte ve kadın sağlığı ile ilgili birçok soruna çözümler üretilmektedir. Hemşirelik hizmetleride değişen dünya ile gelişme

göstermektedir. Menopozal dönemde yaşam kalitesini etkileyen semptomların ortaya çıkması, bu döneme özgü gereksinimleri de beraberinde getirmektedir [187]. Hemşireler tarafından; yeterli ve dengeli beslenme, yeterli uyku ve dinlenmenin sağlanması gerektiği, uygun fiziksel aktivitenin, bu dönemde östrojen yetersizliği nedeniyle kalp ve damar sağlığının korunmasız kaldığı mutlaka kalp sağlığına önem verilerek tetkiklerin düzenli aralıklarla yapılması gerektiği, düzenli kan basıncı takiplerinin yapılması gerektiği konusunda koruyucu sağlık eğitimleri planlanmalı ve önemleri vurgulanmalıdır.

Halk sağlığı hemşireleri tarafından sağlığı geliştirme eğitim programlarının oluşturulması ve uygulamaya geçilmesi, kadınların mümkünse eşleri ile birlikte bu eğitim programlarına dahil edilmesi, kadının mevcut ve olası durumları belirlenerek bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir [184].

Günümüzde bilim ve teknoloji hızla gelişmekte ve kadın sağlığı ile ilgili birçok soruna çözümler üretilmektedir. Hemşirelik hizmetleride değişen dünya ile gelişme göstermektedir. Menopozal dönemde yaşam kalitesini etkileyen semptomların ortaya çıkması, bu döneme özgü gereksinimleri de beraberinde getirmektedir [187]. Hemşireler tarafından; yeterli ve dengeli beslenme, yeterli uyku ve dinlenmenin sağlanması gerektiği, uygun fiziksel aktivitenin, bu dönemde östrojen yetersizliği nedeniyle kalp ve damar sağlığının korunmasız kaldığı mutlaka kalp sağlığına önem verilerek tetkiklerin düzenli aralıklarla yapılması gerektiği, düzenli kan basıncı takiplerinin yapılması gerektiği konusunda koruyucu sağlık eğitimleri planlanmalı ve önemleri vurgulanmalıdır.

Halk sağlığı hemşireleri tarafından sağlığı geliştirme eğitim programlarının oluşturulması ve uygulamaya geçilmesi, kadınların mümkünse eşleri ile birlikte bu eğitim programlarına dahil edilmesi, kadının mevcut ve olası durumları belirlenerek bir bütün olarak ele alınması gerekmektedir [184].

## 3.BÖLÜM

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma; kırsal alanda yaşayan menopozal dönemdeki kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sivas ili Gemerek ilçesinde yapılmıştır. Bu ilçe, Sivas'a 118 km uzaklıktadır. Gemerek nüfusu 2017 yılına göre nüfusu 22.338. Bu nüfus, 11.173 erkek ve 11.165 kadından oluşmaktadır. Yüzde olarak ise: %50.02 erkek, %49.98 kadındır [188].

Ana geçim kaynağı tarım ve hayvancılıktır. Gemerek Ova'sı başta olmak üzere, hemen hemen her belde ve köyünde tarım faaliyetleri sürdürülmektedir. Şeker pancarı, tahıl ürünleri ve son zamanlarda üretimi giderek artan patates en önemli zirai ürünlerdir. Ayrıca ilçede küçükbaş ve büyükbaş hayvan varlığı önemli ölçüde ekonomik değerini korumaktadır. Bu ilçe, Sivas'a 118 km uzaklıktadır [188].

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Gemerek ilçe merkezinde Aile Sağlık Merkezine kayıtlı 40-64 yaş grubu 730 kadın oluşturmaktadır. 0,60 görülme sıklığına göre %95 güven, %95.98 test gücü ve  $d=0,20$  etki büyüklüğü ile en az alınması gereken örnek sayısı en az 84 olarak belirlenmiştir. Post Hoc power analizi sonucuna göre aynı etki büyüklüğü ile 384 örnek alındığında testin gücü %99.99 olmaktadır. Araştırma da olasılıksız örneklem yöntemi ile Şubat-Nisan 2019 tarihleri arasında ASM' ye başvuran, araştırmaya alınma kriterlerine uyan 348 kadın alınmıştır.

#### 3.4. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Örneklem kapsamına alınan kadınların özellikleri:

- 40-64 yaş arasında olma,
- İletişim problemi yaşamıyor ve kendini ifade edebiliyor olmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar.

### **3.5. Verilerin Toplanması**

Veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi uygulanmış olup, şubat-nisan tarihler arasında aile sağlığı merkezine başvuran kadınlardan çalışmaya katılmayı kabul eden kişilerle yüz yüze görüşülerek anketler doldurulmuştur. Kan basıncı ve antropometrik ölçümler için Aile Sağlığı Merkezinin uygun bir odası kullanılmıştır. Odadaki ölçüm aletleri araştırmacı tarafından temin edilmiştir. Aile Sağlık Merkezinin genel işleyişini etkilememiştir. Odanın oda sıcaklığı normal sınırlardadır. Kan basıncı ölçümü için Erka marka aneroid manometre ve steteskop kullanılmıştır. Kan basıncı ölçümünden önce 30 dakikalık süre içinde hastanın sigara, çay veya kahve içmemiş, kafein almamış ve tercihen yemek yememiş olmasına dikkat edilmiştir. Kan basıncı ölçümleri, Kan basınçları 5 dakikalık dinlenmeden sonra, oturur pozisyonda ve sağ kol kalp hizasında iken aynı aletle üç ölçüm yapılarak kaydedilmiş ve ortalamaları alınmıştır. Boy ölçümü için mezura, kilo ölçümü için Arçelik marka baskül kullanılmıştır. Boy ölçülürken duvara sabitlenmiş mezura kullanılmıştır ve kişilerin dik durması sağlanmıştır. Kilo ölçümü için ise kişilerin üstündeki kıyafetler göz önüne alınmıştır. Anket formları yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuş, kan basıncı ölçümleri 5 dk ara ile üç sefer ölçülmüş, boy ve kiloları ölçülerek BMI hesaplanmıştır. Kan basınçları 5 dakikalık dinlenmeden sonra, oturur pozisyonda ve sağ kol kalp hizasında iken aynı aletle üç ölçüm yapılarak kaydedilmiş ve ortalamaları alınmıştır. Kan basıncı ölçümünün değerlendirilmesinde 2018 Avrupa Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon sınıflaması raporundaki kriterler kullanılmıştır. Daha önce hipertansiyon tanısı aldığını ifade edenler ( en az 1 yıldır hipertansiyon tanısı alan) ile kan basınçları ne olursa olsun antihipertansif tedavi uygulayanlar hipertansif olarak kabul edilmiştir. Kan basıncı ölçümünden önce 30 dakikalık süre içinde hastanın sigara, çay veya kahve içmemiş, kafein almamış ve tercihen yemek yememiş olmasına dikkat edilmiştir [189,190].

#### **3.5.1. Veri toplama aracının hazırlanması**

Araştırmada kullanılacak soru formu literatür doğrultusunda ve uzman görüşü alınarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır [2,5,13,15,16,22,28].

##### **3.5.1.1. Soru formu**

“Soru Formu” toplam 50 sorudan oluşmaktadır. Bu form ile hastanın yaşı, eğitim durumu gibi demografik bilgiler; ailede ve kişide bulunan kronik hastalık durumu, kan basıncı ölçtürme durumu, ilaç kullanımı; beslenme ve fiziksel aktivite durumu, sigara ve alkol

tüketme durumları, ruh sağlığı algılama durumları; menopozal ve obstetrik sağlık durumları sorgulayan sorular, kan basıncı ve antropometrik ölçümler yer almaktadır.

### **3.5.1.2. Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu**

Araştırmaya katılan kadınlara; araştırmanın yapılış amacı, konusu, süresi ve uygulanacak işlemler ile ilgili açıklama yapılmış, veri toplama aracı incelenmiştir. Bilgilendirilmiş gönüllü onamları alınmıştır.

### **3.5.2. Ön uygulama**

Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı Aile Sağlığı Merkezindeki sorumlu kişilerle görüşülmüş ve araştırmanın planlaması yapılmıştır. Soru formundaki soruların anlaşılabilirliğini belirlemek için araştırma alanındaki 20 kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonrası ankete son şekli verilerek uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

### **3.5.3. Uygulama**

“Soru Formu” Şubat-Nisan 2019 tarihleri arasında uygulanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Bir kişi ile yapılan görüşme, antropometrik ölçümler ve kan basıncı ölçümleri yaklaşık 45-50 dakika sürmüştür.

### **3.5.4. Araştırmanın etik yönü**

Araştırmaya başlamadan önce Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi etik kurulundan etik izin [Ek III], Sivas İli İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izin [Ek IV] ve Sivas İli Gemerek İlçesi Kaymakamlığı’ndan yazılı izin [Ek V] alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlardan bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

### **3.5.5. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri**

- Araştırmanın bağımlı değişkenleri
  - ✓ Kan basıncı ölçümleri
- Araştırmanın bağımsız değişkenleri
  - ✓ Yaş
  - ✓ Beslenme alışkanlıkları
  - ✓ Gebelik sayısı
  - ✓ İlaç kullanımı
  - ✓ Antropometrik ölçümler
  - ✓ Kadınların menopozal durumları
  - ✓ Kadınların ruh sağlıklarını algılama durumları



### **3.5.6. Verilerin değerlendirilmesi**

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Nicel verilerin HT ile karşılaştırılmasında bağımsız örnekler t testi kullanılırken; kategorik verilerin analizinde Kikare testi kullanıldı. HT üzerinde bağımsız risk faktörleri ikili lojistik regresyon analizi ile incelendi. Nicel veriler ortalama  $\pm$  s.sapma olarak sunulurken kategorik veriler frekans (yüzde) olarak ifade edildi. Önem düzeyi  $p<0.05$  olarak alındı.



## **4. BÖLÜM**

### **BULGULAR**

40-64 yaş arası 348 kadın üzerinde yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

#### **4.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri Bulguları**

#### **4.2. Kadınların Hipertansiyon Durumlarına İlişkin Bulgular**

#### **4.3. Kadınların Beslenme Özellikleri ve Hipertansiyon Görülme Durumu Özelliklerine İlişkin Bulgular**

#### **4.4. Kadınların Ruhsal Durumları ve Antropometrik Özelliklerine Göre Bulguları**

#### **4.5. Hipertansiyonu Etkileyen Özelliklerden En Çok Olanların Analizi**

**Tablo 4.1. Kadınların Sosyo-demografik Özellikleri Bulguları****Tablo 4.1.1. Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Tanımlayıcı Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
40-47	52	14.9
48-55	72	20.7
56-64	224	64.4
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar/dul/boşanmış	35	10.2
Evli	308	89.8
<b>Eğitim Durumu</b>		
Okuryazar	67	19.3
Okur-yazar değil	41	11.8
İlkokul ve üzeri	240	68.9
<b>Sağlık Güvencesi</b>		
Var	331	95.1
Yok	17	4.9
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir giderden az	21	6.0
Gelir gidere denk	325	93.4
Gelir giderden fazla	2	0.6
<b>Meslek</b>		
Ev hanımı	307	88.2
Çalışan (emekli, memur, işçi, serbest )	41	11.8
<b>Birlikte Yaşadığı Kişiler</b>		
Yalnız	16	4.6
Eşi ve diğerleri	332	95.4

*Tablo 4 Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı*

Kadınların Sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1.1’de verilmiştir. Kadınların %64.4’ü 56-64 yaş aralığında, %89.8’i evli, %62.6’sı ilköğretim mezunu ve %19.3’ü okuryazardır. Kadınların %88.2’si ev hanımı, %80.7’si eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Kadınların tamamına yakınının (%95.1) sağlık güvencesi vardır. Kadınların %93.4’ünün geliri giderine denktir.

**Tablo 4.1.2. Kadınların Bazı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı**

<b>Bazı Alışkanlıklar</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Tuz kullanma durumu</b>		
Çok tuzlu	16	4.6
Normal	293	84.7
Az tuzlu*	37	10.7
<b>Yağ tüketimi**</b>		
Ay çiçek, mısırözü	336	96.8
Tereyağı	301	86.7
Kuyruk yağı	52	15
Zeytinyağı	28	8.1
Margarin***	8	2.3
<b>Hipertansiyon hastaları için günlük alınması gereken tuz miktarı</b>		
Bilgisi Olmayan	152	43.8
10gr (yaklaşık iki tepeleme çay kaşığı)	130	37.5
1,5gr (bir silme çay kaşığı)	29	8.4
5_ 6gr (yaklaşık bir tepeleme çay kaşığı)	30	8.6
15gr (yaklaşık üç tepeleme çay kaşığı)	6	1.7
<b>Salamura tüketimi (n=345)</b>		
Hiç yemeyen	15	4.3
Az tüketen	91	26.4
Fazla tüketen	239	69.2
<b>Sigara içme durumu</b>		
İçen	39	11.3
İçmeyen	307	88.7
<b>Alkol kullanma durumu</b>		
Hiç kullanmayan	343	99.1
Kullanan	3	0.9
<b>Fiziksel aktivite</b>		
Haftada 1 ve 2 kere yapanlar	4	1,1
Hiç yapmayanlar	344	98,9
<b>Sofrada tuzluk bulundurma durumları</b>		
Bulunduran	335	96,3
Bulundurmayan	13	3,7
<b>Günlük ekmek tüketimi</b>		
2-3ince dilim tüketen*	19	5.5

Yarım ekmek tüketen	151	43.4
Yarım ekmek- bir ekmek arası tüketen	173	49.7
Bir ekmekten fazla tüketen	5	1.4
<b>Taze meyve, sebze tüketimi</b>		
Hiç tüketmeyenler	14	4.0
Düzensiz tüketenler	325	93.4
Her gün	9	2.6

\*1 kişi hiç tüketmeyen\*1 kişi tuzsuz, \*\*Çok yanıtı soru \*\*\* diğer içine alınmıştır

Tablo 5 Kadınların Bazı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Tablo 4.1.2’de Kadınların Bazı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı verilmiştir. Araştırmada kadınların yalnızca %11.3’ü sigara içerken, neredeyse tamamı (%99.1) alkol kullanmamaktadır. Günlük ekmek tüketimlerine bakıldığında; kadınlarda yarım ekmek tüketenlerin yüzdesi %43.4, yarım ekmek ile bir ekmek arası tüketenler ise %49.7’dir. Kadınların tamamına yakını (%93.4) düzensiz taze meyve-sebze tüketmektedir. Kadınların yağ tüketimi sırasıyla; ayçiçek yağı (%96.8), tereyağı (%86.7) ve kuyruk yağıdır(%15). Kadınların çoğunluğu (%98.9) düzenli fiziksel aktivite yapmamaktadır. Kadınların %84.7’si tuzu normal oranda kullandıklarını belirtirken, çoğunluğunun (%96.3) sofrada tuzluk bulundurmaktadır.

Araştırmada hipertansiyon hastalarının günlük tüketmeleri gereken tuz miktarı sorulduğunda; kadınların %43.8’i fikri olmadığını ifade ederken, doğru cevap olan 5-6 gramı belirtenlerin yüzdesi sadece %8.6’dır.

**Tablo 4.1.3. Kadınların Antropometrik, Obstetrik ve Menopozal Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>BKI</b>		
Fazla kilolu* ( $> 25 \text{ kg/m}^2$ )	60	17.4
Obez ( $> 30 \text{ kg/m}^2$ )	284	82.56
<b>Gebelik sayısı</b>		
Yok	11	3.2
1-3 tane	196	56.2
4 ve üzeri	141	40.6
<b>Emzirme durumu</b>		
Emziren	336	97.7
Emzirmeyen	8	2.3
<b>Oral kontraseptif kullanma yılı (<math>\bar{x} \pm \text{sd}</math>)</b>		
	5(1-15)	
<b>Menopoza girme durumu</b>		
Giren	292	83.9
Girmeyen	56	16.1
<b>Menopoza girme şekli</b>		
Doğal	251	86.0
Cerrahi	41	14.0
<b>Menopoza girme süresi</b>		
1-5 yıl	156	53.2
6-10 yıl	111	37.9
11 yıl ve üzeri	26	8.9
<b>Menopozla ilgili tedavi alma durumu</b>		
Alan	42	14.5
Almayan	248	85.5
<b>Tedavi şekli</b>		
Hormon Replasman Tedavisi	45	76.3
Alternatif yöntem	14	23.7
<b>Menopozla ilgili Bilgi Alma Durumu</b>		
Alan	292	85.1
Almayan	51	14.9

\*2 kişi normal sınıftaki kadın fazla kilolunun içine alınmıştır.

*Tablo 6 Kadınların Antropometrik, Obstetrik ve Menopozal Özelliklerine Göre Dağılımı*

Kadınların antropometrik, obstetrik ve menopozal özelliklerine göre dağılımı verilmiştir (Tablo 4.1.3). Kadınların %40.5'inin gebelik sayısı 4 ve üzeri olup, tamamına yakını (%97.7) emzirmiştir. Oral kontraseptif kullanım yılı ortanca değeri 5(1-15) olarak elde edilmiştir. Araştırmaya alınan kadınların %83.9'u menopoza girmiş, %53.2'sinin

menopoza girme süresi 1-5 yıldır. Kadınların %14.5'i menopozda tedavi almış, %76.3'ünün tedavi şekli HRT' dir.

**Tablo 4.1.4. Kadınların Ruh Sağlıklarını Algılama ile Cinsel Yaşam Durumlarına Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>Ruhsal durumu algılama</b>		
Çok iyi	7	2.0
İyi	249	71.8
Orta	91	26.2

\*Çok yanıtli soru

*Tablo 7 Kadınların Ruh Sağlıklarını Algılama ile Cinsel Yaşam Durumlarına Göre Dağılımı*

Tablo 4.1.4'de Kadınların ruh sağlıklarını algılama ile cinsel yaşam durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Kadınların %71.8'i ruhsal durumunu iyi olarak algılamaktadır.

**Tablo 4.2. Kadınların Hipertansiyon Durumlarına İlişkin Bulgular**

**Tablo 4.2.1. Kadınların Hipertansiyon ve Diğer Kronik Hastalık Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>Daha önce Hipertansiyon tanısı</b>		
Alan	260	74.7
Almayan	88	25.3
<b>Kronik Hastalık</b>		
Var	288	83.2
Yok	58	16.8
<b>Kronik Hastalık Türleri *</b>		
Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı	5	2.8
Astım	15	8.3
Diyabetes Mellitus	146	80.7
Diğer	59	32.6
<b>Ailede Hipertansiyon Görülme Durumu</b>		
Var	336	97.1
Yok	10	2.9

\*Çok yanıtli soru

*Tablo 8 Kadınların Hipertansiyon ve Diğer Kronik Hastalık Göre Dağılımı*

Kadınların kronik hastalıkları ve ailede kronik hastalık olma durumlarına göre dağılımları Tablo 4.2.1'de verilmiştir. Araştırmada kadınların %74.7'si önceden hipertansiyon tanısı almış olup, kadınlarda hipertansiyon dışındaki diğer kronik hastalıklara bakıldığında

%80.7 ile diyabet görülmektedir. Aynı zamanda kadınların %97.1'inin ailesinde hipertansiyon vardır.

**Tablo 4.2.2. Kadınların Hipertansiyon Tanı ve Tedavisine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>Kan basıncı ölçüm sonuçları</b>		
Ölçüştüren ve genellikle yüksek bulunan	274	79.2
Ölçüldü normal bulundu	13	3.8
Ölçülen ve hatırlamayan	59	17.1
<b>Kan basıncı takibi</b>		
Düzensiz	313	90.7
Düzenli	32	9.3
<b>Hipertansiyon Tedavisi</b>		
Sadece ilaç kullanan	138	42.9
İlaç-diyet	128	39.8
Sadece diyet yapan	53	16.5
Diğer	3	0.9
<b>Hipertansiyon Tanısı Aldığı Yer</b>		
Hastane	206	64.4
Aile Sağlığı Merkezi	88	27.5
Diğer	26	8.2

*Tablo 9 Kadınların Hipertansiyon Tanı ve Tedavisine İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı*

Kadınların hipertansiyon tanı ve tedavisine ilişkin özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.2.2'de belirtilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %42.9'u hipertansiyon tedavisi için ilaç kullanırken, %39.8'i ilaç- diyet yaptığını belirtmiştir. Araştırmadaki kadınların %27.5'i kan basıncının yüksek olduğunu ilk Aile Sağlığı Merkezinde öğrenmiştir. Kadınlara düzenli kan basıncı ölçümü yapıp yapmadıkları sorulduğunda; kadınların çoğunluğunun (%90.7) kan basıncını düzenli ölçtürmediğini ifade etmiştir. Kadınların %79.2'si daha önce tansiyonunu ölçtüğünü ve genellikle yüksek bulunduğunu ifade etmiştir.



**Tablo 4.2.3. Kadınların Sistolik-Diastolik Kan Basıncının Ortalamalarının Hipertansiyon Olma Durumlarına Göre Dağılımı**

Kan Basıncı	Hipertansiyon Tanısı		Test İstatistiği t	p
	Alan x ±sd	Almayan		
<b>Sistolik Kan Basıncı</b>	140.3 ± 7.1	134.1 ± 6.1	2.880	<b>0.005</b>
<b>Diastolik Kan Basıncı</b>	83.7 ± 4.8	83.1 ± 3.6	0.443	0.659

t: Bağımsız örnekler t testi

*Tablo 10 Kadınların Sistolik-Diastolik Kan Basıncının Ortalamalarının Hipertansiyon Olma Durumlarına Göre Dağılımı*

Kadınların hipertansiyon sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamalarının hipertansiyon olma durumlarına göre dağılımı Tablo 4.2.3’de verilmiştir. Hipertansiyon olanların sistolik kan basıncı ortalamaları 140.3 mmHg, diastolik kan basınçları 83.7 mmHg olarak ölçülmüştür. Hipertansiyon olanlarda hipertansiyon olmayanlara göre sistolik kan basıncı anlamlı bir fark oluşturmuştur ( $p < 0.05$ ).

**Tablo 4.2.4. Kadınların Hipertansiyon Tanıları ve Kan Basıncı Kontrolleri Dağılımı Durumları**

Özellikler	Sayı	%
<b>Kan basıncı Ölçümleri</b>		
<b>Yeni tanı hipertansiyon</b>	38	10.9
<b>Tanlı hipertansiyon</b>	<b>Kontrollü</b>	124 35.6
	<b>KontROLSÜZ</b>	136 39.0
<b>Kan basıncı Normal</b>	50	14.3
<b>Toplam</b>	348	100.0

*Tablo 11 Kadınların Hipertansiyon Tanıları ve Kan Basıncı Kontrolleri Dağılımı Durumları*

Kadınların Tablo 4.2.4’de kronik hastalıkları ve ailede kronik hastalık olma durumlarına göre dağılımları verilmiştir. Araştırmada kadınların %74.7’si önceden hipertansiyon tanısı almış olup, kan basıncı ölçümlerinde 2018 Avrupa Hipertansiyon Kılavuzu

kriterlerine göre (140/90 mmHg) sistolik ve/veya diastolik kan basıncı yüksek ancak hekim tanı almayan 38 kişi daha bulunmuştur (%10.9). Araştırmada önceden hipertansiyon tanısı olan kişilerin 2018 Avrupa Hipertansiyon Kılavuzuna göre(140/90 mmHg) %35.6'sı kan basıncı kontrol altında iken, %39.0'ı (136 kişi) kontrol altında değildir.

**Tablo 4.2.5. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hipertansiyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı**

Kişisel özellikleri	HT Olan		HT Olmayan		Test istatistiği	P
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş</b>						
40-47	13	25.5	38	74.5	$\chi^2=120.110$	<b>&lt;0.001</b>
48-55	41	56.9	31	43.1		
56-64	206	93.2	15	6.8		
<b>Medeni Durum</b>						
Bekar/dul/boşanmış	21	60	14	40	$\chi^2=4.851$	<b>0.028</b>
Evli	234	77	70	23		

$\chi^2$ : Ki-kare test istatistiği

*Tablo 12 Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Hipertansiyon Görülme Durumuna Göre Dağılımı*

Tablo 4.2.5'de Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre hipertansiyon görülme durumuna göre dağılımları verilmiştir. Hipertansiyon görülme durumu yaşa göre farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ). 40-47 yaş aralığındaki kadınların %25.5'inde, 48-55 yaş aralığındaki kişilerin %56.9'unda ve 56-64 yaş aralığındaki kişilerin %93.2'sinde hipertansiyon vardır. Hipertansiyon görülme durumu medeni duruma göre farklılık göstermektedir ( $p<0.05$ ). Bekar/dul/boşanmış kişilerin %60'ında, evli kişilerin ise %77'sinde hipertansiyon görülmektedir.

**Tablo 4.3. Kadınların Beslenme Özelliklerine ve Hipertansiyon Görülme Durumu Özelliklerine İlişkin Bulgular**

**Tablo 4.3.1. Kadınların Beslenme Özelliklerine Göre HT Görülme Durumu Dağılımı**

Beslenme özellikleri	HT Olan Sayı %		HT Olmayan Sayı %		Toplam Sayı %		Test	P
<b>Tuz kullanım alışkanlığı</b>								
Normal	222	76.3	69	23.7	291	85.1	$\chi^2 = 6.780$	<b>0.034</b>
Çok tuzlu	8	50	8	50	16	4.7		
Az tuzlu	29	82.9	6	17.1	35	10.2		
<b>Konserve-turşu türü(tuz içerikleri çok yüksek gıdalar)</b>								
Her gün yarım	2	40	3	60	5	2.1	$\chi^2 = 10.143$	0.071
Haftanın dört beş günü yarım	2	40	3	60	5	2.1		
Haftanın iki-üç günü yarım	35	68.6	16	31.4	51	21.4		
Haftada bir günü yarım	138	78	39	22	177	74.4		
<b>Kahve içme alışkanlığı</b>								
Günde 1 fincan	7	38.9	11	61.1	5,2	5.2	$\chi^2 = 17.072$	<b>&lt;0.001</b>
Günde 2 fincan fazla	1	33.3	2	66.7	0,9	0.9		
Hiç (çok seyrek )	252	78	71	22	93,9	93.9		
<b>Çay tüketimi</b>								
Az	8	66.7	4	33.3	12	3.5	$\chi^2 = 8.819$	<b>0.012</b>
Orta derece	234	78	66	22	300	88.2		
Çok	15	53.6	13	46.4	28	8.2		
<b>Günlük ekmek tüketimi</b>								
2-3inci dilim	12	66.7	6	33.3	18	5.3	$\chi^2 = 10.253$	<b>0.006</b>
Yarım ekmek	102	68.5	47	31.5	149	44.0		
Yarım ekmek-bir ekmek	143	83.1	29	16.9	172	50.7		
<b>Günde en az bir porsiyon taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir şekilde tüketiyor</b>								
Hayır	10	90.9	1	9.1	11	3.2	$\chi^2 = 10.259$	<b>0.006</b>
Evet, düzensiz bir şekilde	246	76.4	76	23.6	322	94.2		
Evet, her gün	3	33.3	6	66.7	9	2.6		

$\chi^2$ : Ki-kare test istatistiği

Tablo 13 Kadınların Beslenme Özelliklerine Göre HT Görülme Durumu Dağılımı

Not: Tuz kullanım alışkanlığında tuzsuz frekans sayısı bir olarak elde edildiği için analizden çıkarılmıştır. Günlük ekmek tüketimi yeterli frekansta olmayan seçenekler analize dahil edilmemiştir.

Kadınların Beslenme Özelliklerine Göre Hipertansiyon Görülme Durumları Tablo 4.3.1’de verilmiştir. Hipertansiyon tanısı alma durumu tuz kullanım alışkanlığına göre farklılık göstermektedir ( $p=0.034$ ). Normal miktarda tuz kullanan kadınların %76.3’ünde hipertansiyon tanısı var iken, bu oran çok tuz kullanım alışkanlığı olan kadınlarda %50 ve az tuz kullanım alışkanlığı olanlarda ise %82.9 olarak elde edilmiştir. Hipertansiyon tanısı alma durumu konserve-turşu türü (tuz içerikleri çok yüksek gıdalar) tüketimine göre farklılık göstermemektedir ( $p=0.071$ ). Hipertansiyon tanısı alma durumu kadınların kahve içme alışkanlığına göre farklılık göstermektedir ( $p<0.001$ ). Günde 1 fincan kahve içen kadınların %38.9’unda, günde iki fincandan fazla kahve içenlerin %33.3’ünde ve hiç (çok seyrek) içenlerin %78’inde hipertansiyon tanısı vardır. Hipertansiyon tanısı alma durumu kadınların çay tüketimine göre farklılık göstermektedir ( $p=0.012$ ). Çay tüketimi az olan kadınların %66.7’sinde, orta miktarda tüketenlerin %78’inde ve çok miktarda tüketenlerin %53.6’sında hipertansiyon tanısı vardır. Hipertansiyon tanısı alma durumu kadınların günlük ekmek tüketimine göre farklılık göstermektedir ( $p=0.006$ ). Günde 2-3 dilim yiyenlerin %66.7’sinde, yarım ekmek yiyenlerin %68.5’inde ve yarım ekmek-bir ekmek yiyenlerin %83.1’inde hipertansiyon tanısı vardır. Hipertansiyon tanısı alma durumu kadınların taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir şekilde tüketme durumuna göre farklılık göstermektedir ( $p=0.006$ ). Taze sebze meyve tüketmeyen kadınların %90.9’unda hipertansiyon tanısı var iken, bu oran düzensiz bir şekilde tüketen kadınların %76.4 ve her gün tüketenler kadınlarda ise %33.3 olarak elde edilmiştir.

**Tablo 4.3.2. Kadınların Menopozal Özelliklerine Göre Hipertansiyon Görülme Durumlarının Dağılımı**

	HT Olan		HT Olmayan		Test İstatistiği	P
	S	%	S	%		
<b>Menopozla ilgili bilgi alma durumu</b>						
Evet	219	84.9	70	85.4	$\chi^2=0.000$	1.000
Hayır	39	15.1	12	14.6		
<b>Bilgi alınan kişi ve/veya yer</b>						
Komşu-akraba	51	71.8	183	81.7	$\chi^2=3.284$	0.194
Sağlık personeli	5	7	9	4		
TV, Radyo ve basın	15	21.1	32	14.3		
<b>Menopoza giriş şekli</b>						
Doğal	212	87.6	37	78.7	$\chi^2=1.911$	0.167
Cerrahi	30	12.4	10	21.3		
<b>Menopoza girme süresi</b>						
1-5 yıl	118	48.4	37	78.7	$\chi^2=14.887$	<b>0.001</b>
6-10 yıl	101	41.4	9	19.1		
11 yıl ve üzeri	25	10.2	1	2.1		
<b>Menopozla ilgili tedavi alma durumu</b>						
Evet	36	15.1	5	10.4	$\chi^2=0.376$	0.540
Hayır	203	84.9	43	89.6		
<b>Menopoz döneminde varsa tedavi türü</b>						
HRT	41	78.8	4	66.7	$\chi^2=0.026$	0.873
Alternatif yöntem	11	21.2	2	33.3		
<b>Menopoz sonrası cinsel yaşamda değişiklik</b>						
Olan	165	72.7	31	66	$\chi^2=0.567$	0.451
Olmayan	62	27.3	16	34		
<b>Menopozda Olma Durumu</b>						
Olan	18	32.7	37	67.3	$\chi^2=62.409$	<b>&lt;0.001</b>
Olmayan	242	83.7	47	16.3		

$\chi^2$ :Kıkkare test istatistiği

*Tablo 14 Kadınların Menopozal Özelliklerine Göre Hipertansiyon Görülme Durumlarının Dağılımı*

Tablo 4.3.2’de Kadınların menopozal özelliklerine göre hipertansiyon görülme durumlarının dağılımı belirtilmiştir. Menopoza girme süresi HT ile ilişkili iken diğer değişkenler ile aralarında anlamlı bir ilişki yoktur. HT menopozda girme durumuna bağlıdır ( $p<0.001$ ). Menopoza girenlerde HT oranı %83.7 iken girmeyenlerde %32.7 olarak elde edilmiştir.

**Tablo 4.4. Kadınların Ruhsal Durumları ve Antropometrik Özelliklerine Göre Bulguları**

**Tablo 4.4.1. Kadınların ruhsal durum özelliklerine göre HT görülme durumlarının dağılımı**

	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Test İstatistiği</b>	<b>P</b>
<b>Ruh sağlığını algılama durumu</b>				
Çok iyi	4 (%1.5)	2 (%2.4)	$\chi^2=13.870$	<b>0.001</b>
İyi	200 (%76.9)	47 (%56)		
Orta	56 (%21.5)	35 (%41.7)		

$\chi^2$ :Kikare test istatistiği

*Tablo 15 Kadınların ruhsal durum özelliklerine göre HT görülme durumlarının dağılımı*

Tablo 4.4.1’de araştırmadaki kadınların ruh sağlığına ilişkin algılarına bakılmıştır. Hipertansiyon ruh sağlığını algılamaya bağlıdır (p=0.001). Hipertansiyon olanlarda ruh sağlığını iyi olarak algılayanların oranı %76.9 iken, hipertansiyon olmayanlarda %56 olarak elde edilmiştir.

**Tablo 4.4.2. Kadınların Antropometrik Ölçümlerinin Hipertansiyon Görülme Durumlarına Göre Dağılımı**

	<b>HT Olan X± sd</b>	<b>HT Olmayan X± sd</b>	<b>Test İstatistiği</b>	<b>p</b>
<b>BKI</b>	33.71 ± 3.37	32.82 ± 3.72	t= 2.036	0.043
<b>Göbek Çevresi</b>	102.68 ± 10.22	100.25 ± 11.56	t= 1.780	0.076
<b>Ortalama Sistolik</b>	140.26 ± 7.13	134.08 ± 6.05	t= 2.880	<b>0.005</b>
<b>Ortalama Diastolik</b>	83.71 ± 4.82	83.08 ± 3.59	t= 0.443	0.659

t: Bağımsız örnekler t testi

*Tablo 16 Kadınların Antropometrik Ölçümlerinin Hipertansiyon Görülme Durumlarına Göre Dağılımı*

Kadınların antropometrik ölçümlerinin hipertansiyon görülme durumlarına göre dağılımı Tablo 4.4.2’de verilmiştir. Kadınların antropometrik ölçümlerinden BKI, ağırlık ve sistolik kan basıncı ortalama değerleri HT olma durumuna göre farklılık gösterirken ( $p < 0.05$ ), diğer antropometrik ölçümlerle HT olma durumu farklılık göstermemektedir ( $p > 0.05$ ). HT olan kadınlarda ağırlık ortalama değeri 89.71 iken HT olmayan kadınlarda ağırlık ortalaması 86.48 olarak elde edilmiştir. HT olan kadınlarda BKI ortalama değeri 33.71 iken HT olmayan kadınlarda BKI ortalama değeri 32.82 olarak elde edilmiştir ( $p=0.043$ ).

Kadınların Sistolik ortalama değerleri HT olma durumuna göre farklılık göstermektedir ( $p=0.005$ ). HT olanlarda ortalama değeri 140.26 iken olmayanlarda 134.08 olarak elde edilmiştir.

**Tablo 4.5 Hipertansiyonu Etkileyen Bazı Özellikler ve Güven Aralıkları**

	Beta	S.Hata	Wald	sd	p	OR	OR için %95 Güven Aralığı	
							Alt	Üst
<b>Tuz Kullanma Alışkanlığı (Normal)</b>			10.367	2.000	<b>0.006</b>			
Çok Tuzlu	-2.295	0.736	9.732	1.000	<b>0.002</b>	0.101	0.024	0.426
Az Tuzlu	0.380	0.706	0.290	1.000	0.590	1.463	0.366	5.841
<b>Ekmek Tüketimi</b>	0.633	0.333	3.614	1.000	0.057	1.884	0.981	3.620
<b>Taze Meyve Sebze Tüketimi</b>			11.198	2.000	<b>0.004</b>			
Hayır	3.461	1.482	5.458	1.000	<b>0.019</b>	31.860	1.746	581.327
<b>Evet Düzensiz Bir Şekilde</b>	3.369	1.010	11.131	1.000	<b>0.001</b>	29.039	4.014	210.096
<b>Ruh Sağlığını Nasıl Algılıyorsunuz?</b>			14.705	2.000	<b>0.001</b>			
Çok İyi	20.092	22796.076	0.000	1.000	0.999	531680138.264	0.000	
İyi	1.535	0.400	14.705	1.000	<b>0.000</b>	4.644	2.118	10.178
<b>Gebelik Sayısı</b>			12.574	2.000	<b>0.002</b>			
1 Var	-0.982	1.536	0.408	1.000	0.523	0.375	0.018	7.604
4 ve Üzeri	0.654	1.540	0.180	1.000	0.671	1.924	0.094	39.359
<b>Bebek Emzirme Durumu</b>	4.148	1.417	8.570	1.000	<b>0.003</b>	63.311	3.939	1017.654
<b>Menopoza Giriş Şekli</b>	-0.947	0.523	3.279	1.000	0.070	0.388	0.139	1.081
<b>Sabit</b>	-7.178	2.290	9.823	1.000	<b>0.002</b>	0.001		

*Tablo 17 Hipertansiyonu Etkileyen Bazı Özellikler ve Güven Aralıkları*





Tablo 4.5’de Hipertansiyonu Etkileyen Bazı Değişkenlerin Tekli Ve Çoklu Lojistik Regresyonu verilmiştir. Tekli lojistik regresyon analizine göre yaş tek başına HT üzerinde bağımsız risk faktörüdür ( $p<0.001$ ). Yaşın artması HT riskini 6.680 kat artırmaktadır. Benzer şekilde kronik hastalığı olanların olmayanlara göre HT riski 153.6 kat daha fazladır ( $p<0.001$ ). Ailede HT öyküsü olanların olmayanlara göre HT riski 27.627 kat daha fazladır ( $p=0.002$ ). Tuz kullanımı ve konserve tüketimi HT üzerinde bağımsız risk faktörü değildir. Ekmek tüketimi HT riskini 2.289 kat artırırken, menopoza girenlerin girmeyenlere göre HT riski 10.584 kat daha fazladır. BKİ tek başına risk faktörü olarak tespit edilmiştir ve BKİ’nin artması 1.079 kat HT riskini artırmaktadır ( $p=0.044$ ).

Çoklu regresyon analizine göre ise sadece yaş, kronik hastalık ve ailede HT anlamlı risk faktörü olarak tespit edilmiştir.

## 5. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Menopozal dönem kadınlarda ovaryal hormon yetersizliği nedeniyle birçok sağlık sorunu yaşamaktadır. Bu sağlık sorunlarından birisi de KVH periferik damar hastalıklarından önlenebilir risk faktörlerinden hipertansiyon'dur. Kadınlarda hipertansiyon gelişimini etkileyen pek çok risk faktörlerin olduğu, özellikle yaşam biçimi davranışlarının hipertansiyon üzerinde etkili olduğu vurgulanmaktadır [217]. Bu araştırma, menopozal dönemdeki kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların %64.4'ü 56-64 yaş aralığında, %89.8'i evli, %62.6'sı ilköğretim mezunu ve %19.3'ü okuryazardır (Tablo 4.1.1). Literatürde hipertansiyon “küresel halk sağlığı krizi” olarak adlandırılmaktadır [14]. Dünyada hipertansiyon görülme sıklığı %35-40 iken, ülkemizde hipertansiyon görülme sıklığı %40-45 oranındadır [197]. Yetişkinlerde hipertansiyon prevalansı çalışması için seçilen örneklem grubunun yaş ve cinsiyet dağılımları önemlidir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda 15 yaş ve üzeri kişiler örneklem grubuna seçilmişken, bazılarında da 50-74 yaş grubu kişiler üzerinde çalışma yapılmıştır [196 ]. Araştırmada 40-64 yaş grubu kadınlar örneklem grubu olarak seçilmiştir. Aynı zamanda araştırmada kadınlarda hipertansiyon görülme durumu yaşa göre farklılık göstermektedir ( $p<0,001$ ). Güneş ve ark.'nın Malatya ili Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yapmış oldukları çalışmalarında yaş ilerledikçe hipertansiyon prevalansının arttığı saptanmıştır [191]. Patent2 çalışmasında da 50 yaş üstü kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı yaklaşık %53-76 arasında çıkmıştır [78]. Sözmen ve ark. yaptığı bir çalışmada 30 yaş ve üzeri kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı %41.6 bulunmuştur [216]. Araştırmamızda önceki çalışmalara benzer olarak hipertansiyon görülme sıklığı yaşla birlikte arttığı saptanmıştır. Araştırmada, Avrupa Hipertansiyon Kılavuzu (2018)'na göre, kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı %74.7 bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde hipertansiyon görülme sıklıkları arasındaki farklılıklar araştırmanın yapıldığı yer ve araştırma kapsamına alınan nüfusun özelliklerine göre değişiklik göstermektedir. Araştırmada elde edilen yüksek prevalans (%74.7) örneklem grubunun kırsal alanda yaşayan kırk yaş ve üzeri kadınlardan oluşmasına bağlı olabilir.

Kadınların %10.9'u daha önce hipertansiyon tanı almamış fakat kan basıncı ölçümlerinde 2018 kan basıncı kriterlerine göre kan basıncı (140/90mmHg) yüksek bulunmuştur. Yani kadınların %10.9'u kendilerinde hipertansiyon olduğunun farkında değildir (Tablo 4.2.1).

Pala ve arkadaşlarının Nilüfer Belediyesinde yaptıkları bir araştırmada, hipertansif bulunanların %61.4'ünün kan basınçlarının yüksek olduğunun farkında olmadığı saptanmıştır [218]. Hipertansiyon çoğunlukla hiçbir belirti vermeden sessiz seyredabilen hastalık olması bireylerin farkında olmalarını geciktirmektedir [195].

Ülkemizde hipertansiyon prevalansının yüksekliği; kişilerin yüksek kan basıncına sahip olduklarını bilmemelerine, tedavilerini düzenli uygulamamalarına ve kan basınçlarının kontrol altında olmamasına bağlanmıştır [193]. Özellikle kırsal alanda yaşayan kadınların ekonomik özgürlük ve eğitim seviyesi açısından dezavantajlı olduğu, bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda risk grubunu oluşturmaktadır. Bu nedenle kırsal alanda tansiyon ölçümlerinin yapıldığı saha araştırmaları hipertansiyonun erken tanısı açısından önemlidir. Araştırmanın yapıldığı Gemerek İlçesi kente uzak olan ilçe olmasından dolayı hastalıklar hakkında farkındalıkları düşük olmasına neden olabilir, kırsalda olması, sosyoekonomik seviyenin düşük olması, hipertansiyonun yüksek olmasına neden olabilir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), verilerine göre standardize hipertansiyon prevalansı yerleşim yeri kırsal alan olanlarda hastalığın prevalansı (% 16.2) kentsel alanlara (% 11.3) göre daha yüksektir [192]. Özellikle kırsal alanda yaşayanların bulaşıcı olmayan hastalıklar konusunda eğitimler almada dezavantajlı olduğu bilinmektedir, ekonomik özgürlük ve eğitim seviyesi açısından daha da dezavantajlı kadınlara yönelik hipertansiyon yönetim becerilerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Yine özellikle kırsaldaki düşük eğitim durumu bu kişileri dezavantajlı duruma getirmektedir. Araştırmada görülmüştür ki eğitim seviyesi düşük gruplar kan basıncının normal değerlerini ve kan basıncı ölçüm kriterlerini bilmemektedirler.

Araştırmada tanıli hipertansiyonlu olanların %39'u kontrolsüz kan basıncına sahip iken, %14.3'ünde kan basıncı normal durumdadır ve tanı alanların %35.6'sının kan basınçları kontrollü iken, %39.0 kontrollü değildir (Tablo 4.2.1). Hipertansiyon kontrolünde düzenli ilaç kullanılması kardiyovasküler hastalık risklerinin önlenmesinde önemlidir. Literatürde hipertansif hastalarda kan basıncı kontrolünün Amerika ve Fransa'da en iyi düzeyde (%32-33) olduğu, Batı Avrupa'da kontrolün %15 ile %25 aralığında, İngiltere'de %5.9, Doğu Avrupa'da ise %5 ile %6 aralığında yer aldığı bildirilmektedir

[195]. 2018'de Balıkesir'de yapılan çalışmada, hipertansif olguların %48.8'i eski tanılı, %13.8'i yeni tanılıdır.

TÜRKSAAHA çalışmasında da kişilerin %24.2'sinin kan basıncının kontrol altında olduğunu bildirilmiştir [194]. PatenT'nin 2012 yılı çalışmasında, hipertansiyonlu hastalarından sadece %8.1'inde kan basıncının kontrol edilebildiği saptanmıştır ve hipertansiyonlu olduğu saptanan 1804 kişiden 1070'inin kan basıncının yüksek olduğunun farkında olmadığı saptanmıştır [78]. Bu durum bize düzenli kan basıncı takiplerinin yeterli olmadığını göstermektedir. Araştırmadaki kadınların %74.7'sinin hipertansif olduğu, ancak %42.9'unun ilaç kullandığı belirtilmiştir.

Araştırmadaki kan basıncının kontrollü olmamasının nedenleri; araştırmamızdaki kadınların %74.7'si hipertansif olmasına rağmen ilaç kullanımının düşük olması (42.9) ve obezite prevalansının yüksek olması (%82.5)'ndan olabilir (Tablo 4.2.2 ve Tablo 4.1.3). Türk Hipertansiyon Prevalans çalışmasında, tüm grubun ortalama sistolik kan basıncı değeri  $127.9 \pm 21.1$  mmHg çıkmıştır [196]. Bitlis il merkezinde 30 yaş üstü kişilerde yapılan çalışmada ortalama sistolik kan basıncı  $126.29 \pm 17.86$  mmHg çıkmıştır [197].

Araştırmada kadınların sistolik kan basınçları ortalamaları hipertansiyon olanlarda 140.3mmHg, diastolik kan basınçları 83.7mmHg olarak ölçülmüştür (Tablo 4.2.3). Hipertansiyon olanlarda hipertansiyon olmayanlara göre sistolik kan basıncı farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ , Tablo 4.2.3). Yapılan çalışmalar sonucunda hipertansiyon ile obezite, fiziksel inaktivite, aşırı tuz alımı ve alkol tüketimi arasında pozitif ilişkinin olduğunun anlaşılması yaşam tarzı değişikliğini gündeme getirmiş olup hipertansiyonun kontrolü yönetiminde önemli olduğunu göstermektedir. Yüksek kalorili gıda alımı kilo artışına, sempatik sinir sistemi aktivitesinin artmasına dolayısıyla vücut yağ kütlelerinin artmasına sebep olmaktadır [105]. Araştırmada kadınların %82.5'inin obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.3). Konya ilinde 2009 yılında yapılan bir araştırmada da şişman bireylerde hipertansiyon prevalansı %60.6 bulunmuştur [133]. Sarıözen'in çalışmasında kadınlarda aşırı kilolu olma oranı %39.0, obez olma oranı %36.9'dur [198]. TEKHARF çalışması Türk kadınlarında obezitenin ciddi bir sorun olduğunu, 40 yaşın üzerinde kadınların %46.6'sı obez olduğunu bildirmiştir [77]. Yaklaşık 25.000 kişinin tarandığı Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) sonuçlarında ise şişmanlık insidansı kadınlarda %36, erkeklerde %17 ve genelde %25 olarak bulunmuştur. Menopoz döneminde yaşanan östrojen kaybı, lipid metabolizma değişiklikleri ve visseral

yağ dokusunun artması ile abdominal obezitede artış görülmektedir [199]. Araştırmada BKI ortalama değerleri HT olma durumuna göre farklılık göstermektedir ( $p=0,043$ , Tablo 4.4.2). Özellikle artan yaş ve menopoz ile birlikte kadınlarda fiziksel aktivitenin azaldığı beraberinde kronik hastalık öyküsünün artması kaçınılmazdır [200]. Araştırmada örneklem grubunun neredeyse tamamına yakınının en az haftada 1 kez düzenli olarak fiziksel aktivite yapmadığı ortaya çıkmıştır (Tablo 4.1.2).

Hipertansiyon tanısı alan ve risk grubundaki bireylerin kan basıncı kontrolü bakımından fiziksel aktivitelerde bulunma yönünden desteklenmesi gerekmektedir [201,202]. Koca ve Talu'nun çalışmasında aerobik egzersiz uygulayan kişilerde sistolik kan basıncında net 4 mmHg'lık bir azalma olduğu görülmüştür. Ayrıca düzenli fiziksel aktivitenin GLUT-4 reseptörlerini plazma membranına taşıması ile iskelet kasında glikoz transportunu arttırdığı ve böylece hipertansiyon ile sık birlikte gözlenen insülin direncinin kırılmasına katkıda bulunduğu görülmüştür [202]. Araştırmada hipertansiyonun kontrolde olmaması düzenli bu nedenlerden kaynaklanabilir.

Araştırmadaki kadınların %88.7'sinin sigara içmediği, %99.1'inin alkol tüketmediği belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Araştırmaya alınan grubun kırsalda yaşıyor olması, sigara ve alkolün toplumsal cinsiyet açısından bakıldığında erkek cinsiyetine daha uygun olduğunu düşünmeleri bu oranı etkilemiş olabilir. Onat ve arkadaşlarının yaptığı benzer bir çalışmada da 60 yaş ve üzeri yaş grubunda sigara bağımlılığının kadınlarda %5 olduğu görülmüştür. Edirne'de yapılan bir çalışmada hipertansiyon etiyojisinde son derece önemli olan alkol tüketimi ile sigara ve kahve alışkanlığı incelendiğinde, alkol, sigara ve kahve alışkanlığı olanlarda kan basıncı ölçüm değerlendirmeleri daha yüksektir. Sigara içmenin orta yaş grubu kadınlarda aynı yaş grubundaki erkeklere oranla 6 kat daha fazla arttırdığı görülmüştür [203]. Literatürde sebze ve meyvelerden zengin, düşük oranda yağ içeren, doymuş yağdan fakir, düşük yağlı süt ve süt ürünleri içeren "DASH" diyetinin sadece tuz kısıtlamasından veya sadece sebze ağırlıklı beslenmeden daha etkili bir şekilde kan basıncı düşüklüğü sağladığı görülmüştür [105].

Araştırmada kadınlar %93.4'ü düzensiz taze meyve-sebze tüketmektedir (Tablo 4.1.2). Hipertansiyon tanısı alma durumu günde en az bir porsiyon taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir şekilde tüketme durumuna göre (Tablo 4.3.1) farklılık göstermektedir ( $p=0.006$ ). Oysaki önlenbilir ve kontrol edilebilir bir hastalık olmasına rağmen dünyada önemli morbidite ve mortalite sebebi hipertansiyon yönetimi için beslenme

alışkanlıklarının önemli yer tuttuğu görülmektedir. Diyet liflerin özellikle çağımızın önemli sağlık problemlerinden, obezite, kalp-damar hastalıkları, diyabet ve bazı kanser türlerinin oluşumunun engellenmesinde önemli rol üstlendiği bilinmektedir. Bu nedenle diyet lifin kimyasal ve besleyici özelliklerinin iyi bilinmesi, kullanım olanaklarının artırılması için bir gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır [204]. Meyve ve sebzelerde yoğun lif bulunur. Bu lifler yüksek kalorili yiyeceklerin yerine geçerek vücuda vitamin sağlayıp çabuk tokluk hissi verirler. Tazelikleri, renkleri ve kokuları nedeniyle insan beynini uyarak mutluluk hissi verirler [205].

The Lancet'te yayınlanan bir çalışmada sebze ve meyve tüketiminin antioksidan alımı dışında kan basıncı üzerinde azaltıcı bir etkisinin olduğu saptanmıştır[206]. Özellikle literatüre bakıldığında menopoz sonrası kadınlarda günde toplam 400 gramın üzerinde sebze ve meyve tüketilmesi önerilmektedir [207].

European Society of Hypertension / European Society of Cardiology rehberleri hipertansiyon yönetiminde ilaç dışı girişimlerin, geleneksel ilaç tedavisinin, yaşam şekli değişikliklerinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bu nedenle özellikle kırsal alandaki dezavantajlı gruptaki kadınlara ulaşılabilir oldukları sebze-meyve miktarı önemi ve yararlarına dair eğitimler düzenlenerek, kan basıncı ve beden kütle indeksleri açısından farkındalıkları oluşturulmalıdır. Araştırmada tuz tüketimi ile hipertansiyon görülme sıklığı arasında fark bulunamamıştır (Tablo 4.3.1). Bunun nedeni kadınların % 84.7'si tuz tüketim durumlarını normal olarak değerlendirmektedir. Ancak günlük tüketmeleri gereken tuz miktarını ne kadar bildikleri sorgulandığında doğru cevap olan 5-6 gram (yaklaşık 1 tepeleme çay kaşığı) cevabını verenlerin yüzdesi sadece 8.6'dır (Tablo 4.1.2). Yani kadınlar, tuz tüketimlerini normal görmektedir. İNTERSALT çalışmasında, diyetle tüketilen tuz miktarı (24 saatlik idrarda sodyum atılımı ile belirlenmiştir.) ile kan basıncı arasındaki ilişki irdelenmiş ve tuz tüketimi ile hipertansiyon arasında pozitif bir korelasyon kurulmuştur. Ayrıca diyetle aşırı miktarda (>800 mmol sodyum/gün) sodyum tüketiminin, normotansif sağlıklı bireylerde kan basıncını yükselttiği saptanmıştır [208]. 2019'da Nepal'de yapılan bir çalışmada tuz kısıtlamasına uymanın antihipertansif bir ilaç uyumu kadar önemli olduğu belirtilmiştir [209]. Aynı zamanda çalışmada sofrada tuzluk bulundurma durumu neredeyse tamamına yakın (% 96.3, Tablo 4.1.2) bulunmuştur.

Araştırmada hipertansiyon tanısı alma durumu ise günlük ekmek tüketimine göre farklılık göstermektedir ( $p=0,006$ , Tablo 4.3.1). Özellikle Günde 2-3 dilim yiyenlerin %66.7'sinde, yarım ekmek yiyenlerin %68.5'inde ve yarım ekmek-bir ekmek yiyenlerin %83.1'inde hipertansiyon tanısı vardır. Özellikle diyetlerinde kullandıkları direk tuz alımı dışındaki gıdalardan alınan tuz miktarıyla ilgili de eğitimler yapılmalıdır. CVD'ye göre de diyetle yüksek sodyum alımı kan basıncıyla ilişkili olması nedeniyle önemli bir sorundur.

Araştırmada hipertansiyon menopoza girme durumuna bağlı bulunmuştur ( $p<0.001$ , Tablo 4.3.2). Menopoza kadın hayatının bir evresi olarak bakıldığında kadının yaşam tarzını yeniden değerlendirmek için kritik bir doğal süreç olduğu ortadadır [210]. Menopoz kadınlar için hormonal korumanın, geleneksel risk faktörlerine ek bir risk faktörü anlamına gelmektedir [211]. Özellikle kırsalda yaşayan kadınların menopoz hakkında bilgi alma durumunun değerlendirilmesi gerekmektedir. Araştırmada kadınların menopozda bilgi alanlar %85.1'dir. Bunların %0.2'si sağlık personeli dışındaki kişilerdir (Tablo 4.1.3).

Japonya'da 2019 yılında yapılan bir çalışmada, menopozun artan tuz duyarlılığı ile hipertansiyon gelişimini tetiklediği ortaya konmuş, hipertansiyon ve menopoz arasındaki ilişki kırsal alandan kente göre daha anlamlı çıkmıştır [212]. Journal of Human Hypertension'da 2019 yılında yayınlanan bir çalışmada sağlıklı kadınların %19.4 'ün de, hipertansiyon olan kadınların %42.1 'in de cinsel işlev bozukluğu vardır [213]. Araştırmadaki kadınların %71.7'sinin cinsel yaşamında bu yaş grubunda değişiklikler meydana gelmiş, %60.7'sinin haznesinde kuruluk oluşmuştur (Tablo 4.1.4). Özellikle 40-64 yaş arası kadınlarda görülen cinsel işlev bozukluğunun hipertansiyon kontrolü üstüne etkileri değerlendirilmelidir. Araştırmada oral kontraseptif kullananlarda kullanmayanlara göre hipertansiyon görülme durumu istatistiki olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Ancak Türk Kardiyoloji Derneği'nin 2014 yılındaki bir çalışmasında, oral kontraseptiflerin kullanımı kullanıcıların yaklaşık %5'inde kan basıncındaki artışlarla dolayısıyla hipertansiyonla ilişkilendirilmiştir.

Journal of Mid-Life Health 'te 2019 yılında yayınlanan bir araştırmada, depresyonun yaygın görülen bir semptom olduğu görülmüştür [214]. Araştırmada kadınların ruh sağlıklarını algılama durumlarına bakıldığında hipertansiyonun ruh sağlığını algılamaya bağlı olduğu ortaya çıkmıştır ( $p=0,001$ , Tablo 4.4.1). Hipertansiyon olanlarda ruh



sağlığını iyi olarak algılayanların oranı %76.9 iken, hipertansiyon olmayanlarda %56 olarak elde edilmiştir. Bireyler değerlendirilirken mutlaka psiko-sosyal durumları ele alınmalıdır. Gülden'in 2012 yılında Elazığ'da yaptığı çalışmada kendini iyi hissetme durumunun hipertansiyon üzerinde olumlu etki yaptığı belirtilmiştir. Olumsuz ruh sağlığı durumunun kişilik özellikleri ve emosyonel stres, sağlıklı yaşam tarzı niteliklerini azaltarak hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar için risk oluşturduğu ve emosyonel stresin kan basıncında akut yükselme yapabildiği görülmüştür [215].

Hipertansiyon kontrolünde ilaç kullanımının yansıra yaşam tarzı değişiklikleri önemli rol oynamaktadır. Yaşam tarzı değişikliğinde, tuz tüketiminin azaltılması ve vücut ağırlığı kontrolünün sağlanması önemlidir [97]. Araştırmada tekli lojistik regresyon analizine göre kadınların yaşı, ailede hipertansiyon olması, ekmek tüketimi, menopozda olması ve obezite, hipertansiyon riskini artırmaktadır (Tablo 4.5.1). Çoklu regresyon analizine göre ise sadece yaş, kronik hastalık ve ailede hipertansiyon istatistiki açıdan anlamlı risk faktörü olarak tespit edilmiştir. Araştırma menopozal dönemdeki kadınların hipertansiyon risk faktörlerinin bilinmesi, riskler konusunda bilgilendirilmesi, sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi hipertansiyon erken tanı ve kesin tanı konması açısından önemlidir. Özellikle halk sağlığı hemşireleri birinci basamakta hipertansiyon erken tanı ve tedavisinde toplum tabanlı taramaların yapılmasında anahtar rol oynar.

## 6. BÖLÜM

### SONUÇ ve ÖNERİLER

Kırsal alanda menopozal dönemde yaşayan kadınların hipertansiyon görülme sıklıkları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesini amaçlayan araştırmanın sonuçlarına göre;

- Gemerek ilçesinde 40-64 yaş arası kadınlarda hipertansiyon prevalansı %74.7 olduğu,
- Yaş artıkça hipertansiyon görülme oranının arttığı, yaş grupları ile hipertansiyon görülme durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farkın olduğu,
- Kadınların %10.9'unun hipertansiyonu olduğunun farkında olmadığı,
- Kadınların %35.6'sının kan basınçları kontrollü iken, %39.0 kontrollü olmadığı,
- Menopoza giren kadınlarda hipertansiyon görülme oranı (%83.7), menopoza girmeyen kadınlara oranla (%32.7) daha fazla olduğu,
- Kadınların BKİ'i artıkça, hipertansiyon görülme oranının arttığı, aralarındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ),
- Hipertansiyon tanısı alma durumu kadınların taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir şekilde tüketme durumuna göre farklılık olduğu,
- Kadınlarda yaşın artması hipertansiyon riskini 6.680 kat artırdığı,
- Kronik hastalığı olan kadınların olmayanlara göre hipertansiyon riski 153.6 kat daha fazla olduğu,
- Ailede hipertansiyon öyküsü olan kadınların olmayanlara göre hipertansiyon riski 27.627 kat daha fazla olduğu,
- Çoklu regresyon analizine göre ise sadece yaş, kronik hastalık ve ailede hipertansiyon anlamlı risk faktörü olarak tespit edilmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Menopozal dönemdeki kadınların hipertansiyon görülme sıklığının yüksek olmasından dolayı, sağlık profesyonelleri tarafından bu yaş grubundaki kadınların saha taramalarında kan basıncı ölçümlerin yapılması, riskli grupların belirlenmesi, hipertansiyon risk faktörleri konusunda bu yaş dönem kadınların bilgilendirilmesi, tedavileri için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmesi,

- Menopozal dönemdeki kadınlarda hipertansiyon risk faktörlerine yönelik (sigara içme, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite gibi) eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Kadınların taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir şekilde tüketme durumu ile hipertansiyon tanısı alma durumu göre farklılık olduğu saptandığından, menopozal dönemdeki kadınlara sağlıklı beslenme konusunda eğitim ve danışmanlık verilmesi,
- Kadınların BKİ'i artıkça, hipertansiyon görülme oranının artması nedeni ile sağlıklı beslenme, fiziksel aktivitenin artırılması konusunda eğitimlerin planlanması,
- Yaşam biçimi davranış değişikliğinin, menopozal dönemdeki kadınlarda hipertansiyon düzeyini nasıl etkileyeceğine ilişkin deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## 7. BÖLÜM

### KAYNAKLAR

1. Başçı A.B., Emiroğlu O.N., “Dünyada Ve Türkiye’de Kadınlara Yönelik Yaşlı Sağlığı Hemşireliği Uygulamaları Ve Çözüm Önerileri”, *Türkiye Klinikleri Yaşlılık Ve Kadın Sağlığı Özel Sayısı*, s.69-74, 2019.
2. Ertem G., “Kadınların Menopoz Sonrası Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 7(1), s.469–483, 2010.
3. Tortumluoğlu G., “Asyalı Ve Türk Kadınlarında Menopoz”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, s.1-11, 2004.
4. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu “Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2017”  
<http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>
5. “Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması”, *Türk Hipertansiyon Ve Böbrek Hastalıkları Derneği Kongre Kitapçığı*, s.1-63, Antalya, 2008.
6. Armand M., Ozgoli G., Giti R. H., Majd H. A., “Effect Of Accupressure On Early Complications Of Menopause İn Women Referring To Selected Health Care Centers”, *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(3), s.237–242, 2017
7. “T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı: Birincil, İkincil ve Üçüncül Korumaya Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı (2010-2014)”, s.15, Ankara, 2010.
8. Zipes D.P., Libby P., Bonow R.O., Braunwald E., “Koroner Kalp Hastalığının Primer ve Sekonder Profilaksisi. Braunwald Kalp Hastalıkları”, *A Textbook of Cardiovascular Medicine*, Cilt 2. 1.Baskı, s.1057–1081, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2008.
9. Çevik C., Güneş S., Dersuneli Ç., Erikçi İ. Taş B., Küçük M.G., Çakır E.A., Gökalp M., Kahraman M., Bişgin E., Çalışkan M., Avcı H., Eser E., “Balıkesir’de İki Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Elli Yaş Üstü Kadınlarda

Hipertansiyon Sıklığı ve Hipertansiyon İlaç Uyumu”, *Sağlık ve Toplum* 28(3),s.58-62, 2018.

10. İnternet: World Health Organization, ‘Public health, environmental and social determinants of health (PHE)’ , <https://www.who.int/phe/news/may-2018/en/>
11. Kayıkçıoğlu M., “Kadınlarda İskemik Kalp Hastalıkları”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38(1), s.41-49, 2010.
12. Batır S., “Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi”, *Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-139, İstanbul, 2018.
13. Dağ İ., “Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Profilinin İncelenmesi”, *Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-63, Şanlıurfa, 2017.
14. Koçoğlu D., “Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansif Bireylerin Hastalık Yönetimlerinin Değerlendirilmesi”, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, s. 207-218, 2016.
15. Global Health Observatory (GHO) data, Raised blood pressure, Situation and trends. WHO. [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/blood\\_pressure\\_prevalence\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/) adresinden 20.08.2018 tarihinde erişilmiştir.
16. Engberding N., Wenger N.K., “Cardiovascular Disease Prevention Tailored For Women”, *Expert Review of Cardiovascular Therapy*, 6(8), s.1123-1134, 2008.
17. “Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması”, *Türk Hipertansiyon Ve Böbrek Hastalıkları Derneği Kongre Kitapçığı*, s.1-63, Antalya, 2008.
18. Çengel A., “Kadınlarda Kardiyovasküler Risk Faktörleri”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 38(1), s.17-24, 2010.
19. Keleş S.B., “Hipertansif Bireylerde Egzersizin Kan Basıncına Etkisi”, *Spor Hekimliği Dergisi*, Cilt: 48, s. 119-130, 2013.
20. Whelton PK, Appel L, Charleston J. “The Effects of Nonpharmacologic Interventions on Blood Pressure of Persons With High Normal Levels Results of

the Trials of Hypertension Prevention, Phase I”, *Journal of The American Medical Association*, 267(9), s.1213-1220, 1992.

21. Applegate W.B., Miller S.T., Elam J.T., Cushman W.C., El Derwi D., Brewer A., Graney M.J., “Nonpharmacologic İntervention to Reduce Blood Pressure in Older Patients With Mild Hypertension”, *Archives of Internal Medicine*, 152(6), 1162-1166, 1992.
22. Kaushik R.M., Kaushik R., Mahajan S.K., Rajesh V., “Effects of Mental Relaxation and Slow Breathing in Essential Hypertension”, *Complementary Therapies in Medicine*, 14(2), s.120-126, 2006.
23. Balcı Alparslan G., Akdemir N., “Effects of Walking and Relaxation Exercises on Controlling Hypertension”, *Journal of Australian Traditional Medicine Society*, 16(1), s.9-14, 2010.
24. Aydoğdu N., “Postmenopozdaki Kadınlarda Düşük Dozlu Hormon Replasman Tedavisi ve Raloksifen’in Kan Biyokimyası Ve Kupperman İndeksi Üzerine Etkileri”, *Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, s.1-47, İstanbul, 2005.
25. İnternet: World Health Organization, ‘Global Health Observatory (GHO)’, [https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/en/](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/)
26. Batır S., “Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Cinsel Fonksiyonun Değerlendirilmesi”, *Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-139, İstanbul, 2018.
27. “1993 Guidelines For The Management Of Mild Hypertension. Memorandum From A World Health Organization/International Society Of Hypertension Meeting. Guidelines Subcommittee of the WHO/ISH Mild Hypertension Liaison Committee”, *Hypertension*, 22(3), s.392-403, 1993.
28. Whelton et al , “2017 High Blood Pressure Clinical Practice Guideline: Executive Summary”, *Hypertension*, 2018.
29. Lewington S., Clarke R., Qizilbash N., Peto R., Collins R., “Age-Specific Relevance Of Usual Blood Pressure To Vascular Mortality: A Meta-Analysis Of

- Individual Data For One Million Adults In 61 Prospective Studies”, *Lancet*, 360(9349), s.1903-1913, 2002.
30. Demiralp E., “Hipertansiyonun Tanımı, Sınıflaması ve Epidemiyolojisi”, *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(33), s.1-5, 2005.
31. James P.A., Oparil S., Carter B.L., “Evidence-Based Guideline For The management Of High Blood Pressure In Adults Report, The Eighth Joint National Committee(JNC 8)”, *American Medical Association*, 311(5), s.507-520, 2014.
32. Whelton P.K., Carey R.M., Aronaw W.S., “ACC/AHA Guideline For The prevention, Detection, Evaluation, And Management Of High Blood Pressure In Adults Hypertension”, *Journal of The American College of Cardiology*, 71(19), s.6-262, 2017.
33. Williams B., Mancia G., Spiering W., Rosei Agabiti E., Azizi M., Burnier M., Clement D.L, Coca A., Simone D.G., Dominiczak A., Kahan T., Mahfoud F., Redon J., Ruilope L., Zanchetti A., Kerins M., Kjeldsen S.E, Kreutz R., Laurent S., Gregory Y. H. Lip, McManus R., Narkiewicz K., Ruschitzka F., Schmieder E.R., Shlyakhto E., Tsioufis C., Aboyans V., Desormais I., “Guidelines For The Management Of Arterial Hypertension, European Society Of Cardiology And The European Society Of Hypertension (ESC)”, *European Heart Journal*, 39(33), s.3021–3104, 2018.
34. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu.
35. Badır A., “Hipertansiyon”, Karadakovan, A., Aslan E., *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014.
36. Öksüz E., “Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(3), s.99-104, 2004.
37. Mancia G., Grassi G., “Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflaması, Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama”, Kozan Ö., 1. Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, s.15-22, İstanbul, 2009.

38. Öksüz E., “Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme Ve İlaç Dışı Tedavi”, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 13(3), s.99-104, 2004.
39. “Heart Disease and Stroke Statistics-2012 Update”, *The American Heart Association. Circulation*, s.125, 188-197.
40. Kılıçkap M., Barçın C., Göksülük H., Karaaslan D., Özer N., Kayıkçıoğlu M., Ural D., Yılmaz M. B., Abacı A., Arıcı M., Altun B., Tokgözoğlu L., Şahin M., “Türkiye’de Hipertansiyon Sıklığı Ve Kan Basıncı Verileri: Kardiyovasküler Risk Faktörlerine Yönelik Epidemiyolojik Çalışmaların Sistemik Derleme, Meta-Analiz Ve Meta-Regresyonu”, *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları*, 46(7), s.525-545, 2018.
41. Tokem Y., Taşçı E., Yılmaz M., “Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi”, *Turkish Social Cardiology Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing*, 4(5), s.30–34. 2013.
42. Muntner P., Carey R.M., Gidding S., Jones D.W., Taler S.J., Wright JT J.r., Whelton P.K., “Potential Us Population Impact Of The 2017 American College Of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline”, *Journal Of The American College Of Cardiology*, 137(2), 2018.
43. Altun B., Arıcı M., Nergizoğlu G., Derici U., Karatan O., Turgan C., Sindel S., Erbay B., Hasanoğlu E., Çağlar S., “Prevalence, Awareness, Treatment And Control Of Hypertension İn Turkey (the PatenT study) in 2003”, *Journal Of Hypertension*, 23(10), s.1817–1823, 2005.
44. Arıcı M., Turgan C., Altun B., Sindel S., Erbay B., Derici U., Karatan O., Erdem Y., Hasanoglu E., Caglar S., “Hypertension incidence in Turkey (HinT): A Population-Based Study”, *Journal Of Hypertension*, 28(2), s.240–244, 2010.
45. “Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu”, 2018.
46. Arık, N., Dilek, M., “Hipertansiyon”, *Türk Nefroloji Derneği*, Samsun, 2013.
47. Açıkgöz Karakuş G., “Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumluları Arasındaki İlişki”,



*Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.1-123, Mersin, 2014.*

48. Yılmaz H., “Genellikle 40 Yaş Üzerinde Ortaya Çıkan Asrın Hastalığı Hipertansiyon”, *Health News*, (10), s.19-24, 2000.
49. Pınar T., “Hipertansiyon Tedavi El Kitabı”, 26. Baskı, Türdav. Cilt 1. 75, Ankara, 1992.
50. Ingelheim B., “Micardis Eğitim El Kitabı”.
51. Göktekin C., “Antihipertansiflerle Arteriyel Kan Basınçları Kontrol Altına Alınamayan Hastaların Psikososyal Açından Değerlendirilmesi Ve Ssrı’ların (Sertralin) Hipertansiyon Kontrolüne Etkisi”, *Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, s.1-104, Ankara, 2008.*
52. Karla P.A., “Renal Specific Secondary Hypertension”, *Journal Of Renal Care*, 33(1), s.4–10, 2007.
53. Keane W.F., “Metabolic Pathogenesis Of Cardiorenal Disease”, *American Journal Of Kidney Diseases*, 38(6), s.1372–1375, 2001.
54. Özkan M., “Afyonkarahisar İli Dinar İlçesi 40 Yaş Ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı Ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması”, *Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s.1-97, Afyonkarahisar, 2008.*
55. Redon J., Cea-Calvo L., Lozano J.V., Martí-Canales J.C., Llisterri J.L., Aznar J., González-Esteban J., “Blood Pressure And Estimated Risk Of Stroke İn The Elderly Population Of Spain: The Prev-Ictus Study”, *Stroke*, 38(4), 2007.
56. Rashid P., Leonardi-Bee J., Bath P., “Blood Pressure Reduction And Secondary Prevention Of Stroke And Other Vascular Events: A Systematic Review”, *Stroke* 34(11), 2003.
57. Garner A., Ashton N., “Pathogenesis Of Hypertensive Retinopathy: A Review”, *Journal Of The Royal Society of Medicine*, 72(5), s.362-365, 1979.

58. Wong T.Y., McIntosh R., “Hypertensive Retinopathy Signs As Risk Indicators Of Cardiovascular Morbidity And Mortality”, *British Medical Bulletin*, 73–74(1), s.57–70, 2005.
59. Chrapko W.E., Jurasz P., Radomski M.W., Lara N., Archer S.L., Le Mellédo J.M., “Decreased Platelet Nitric Oxide Synthase Activity And Plasma Nitric Oxide Metabolites İn Major Depressive Disorder”, *Biological Psychiatry*, 56(2), s.129–134. 2004.
60. Vasan R.S., Larson M.G., Leip E.P., Kannel W.B, Levy D., “Assesment Of Frequency Of Progression To Hypertension İn Non Hypertensive Participans İn The Framingham Heart Study”, *Lancet*, 358(9294), s.1682-1686, 2001.
61. World Health Organization (WHO) Global Health Observatory Data. Raised Blood Pressure. Erişim tarihi: 19.09.2017.
62. World Health Organization. Erişim: [http://www.who.int/gho/ncd/risk\\_factors/blood\\_pressure\\_prevalence\\_text/en/](http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/).
63. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., Dans T., Avezum A., Lanas F., McQueen M., Budaj A., Pais P., Varigos J., Lisheng L., “Effect Of Potentially Modifiable Risk Factors Associated With Myocardial İnfarction İn 52 Countries (The Interheart Study): Case Control Study”, *The Lancet*, 364(9438), s.937-952, 2004.
64. Zhou B., Bentham J., Di Cesare M., Bixby H., Danaei G., Ezzati M., “Worldwide Trends İn Blood Pressure From 1975 To 2015: A Pooled Analysis Of 1,474 Population-Based Measurement Studies With 19.3 Million Participants. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)”, *Lancet*, 387, s.1513-1530, 2016.
65. Muntner P., Carey R.M., Gidding S., Jones D.W., Taler S.J., Wright J.T. Jr, Whelton P.K., “Potential US Population Impact Of The 2017 American College Of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline”, *Journal Of The American College Of Cardiology*, 137(2), s.109-118, 2017.
66. Devlet İstatistik Enstitüsü, Turkey in Statistics. DİE Matbaası, s.132, Ankara, 2001.
67. Ölüm İstatistikleri İl ve İlçe Merkezleri 2008, TÜİK 2009. Ankara.

68. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu “Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2014”  
<http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18855>
69. “T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’nin Hastalık Yükü Çalışması”, 2004.
70. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2018, 04 12). Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı:  
<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf>
71. “Sağlık Bakanlığı Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırması: Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri”, 2017.
72. Onat A., Uğur M., Çiçek G., Ayhan E., Doğan Y., Kaya H., Can G., “TEKHARF 2009 Taraması: Kırsal Kesim ve Kentlerde Benzer Kardiyovasküler Ölüm Riski”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, s.159-163, 2010.
73. Sengul S., Akpolat T., Erdem Y., Derici U., Arıcı M., Sindel S., Karatan O., Turgan C., Hasanoglu E., Çağlar S., Erturk S., “Changes İn Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, And Control Rates İn Turkey From 2003 To 2012”, *Journal Of Hypertension*, 34(6), s.1208-1217, 2016.
74. Önal E., Tümerdem Y., “Yaşlılıkta Hipertansiyon”, *Türk Geriatri Dergisi*, 4(4), s.141-145, 2001.
75. Carr A.A., Prisant L.M., Batini P.B., “Hipertansiyon Sadece Bir Kan Basıncı Sorunu Değildir.”, *Sendrom*, 6(11), s.79–83, 1994.
76. “T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu”, *Yaşlılarda İlaç Kullanımında Güncel Sorunlar Ve Çözüm Önerileri Çalıştayı*, Ankara, 2015.
77. Arıcı M., Altun B., Erdem Y., Derici Ü., Nergizoğlu G., Turgan Ç., Sindel Ş., Erbay B., Karatan O., Hasanoglu E., Çağlar Ş., “Türk Hipertansiyon Ve Böbrek Hastalıkları Derneği Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması”, *Journal of Hypertension*, 23(10), s.1817-1823, 2005.
78. Joseph, L., Izzo, Jr M.D., Henry R., Black M.D., “Primer Hipertansiyon”, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitap Evleri, s.39–41, İstanbul, 2004.

79. Joseph L., Izzo Jr M.D., Henry R., Black M.D., “Primer Hipertansiyon”, 3. Baskı, Nobel Tıp Kitap Evleri, s.39–41, İstanbul, 2004.
80. Arık N., Korkmaz M., “Hipertansiyon”, 2. Baskı, Format Matbaacılık Ltd.Sti, s.20-21. İstanbul, 1999.
81. Cheitlin M.D., Sakalow M., McIlray M.B., “Systemic hypertension”, *Clinical Cardiology. Prentice- Holl International Inc. a Lange medical book*, s.247, 1993.
82. Anderson N.B., Myers H.F., Pickering T., Jackson J.S., “Hypertension İn Blacks Psycholosocial And Biological Perpectives.”, *Journal Of Hypertension*, 7(3), s.161-172, 1989.
83. Özkan M., “Afyonkarahisar İli Dinar İlçesi 40 Yaş Ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı Ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması”, *Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-97, Afyonkarahisar, 2008.
84. Tiryakioğlu A.E., “Bir İlçede Aile Hekimliği Bilgi Sistemine Göre Esansiyel Hipertansiyona Yönelik Tedavi Uygulamaları Ve Tedavi Maliyeti”, *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi*, s.1-230, Ankara, 2012.
85. Karadakovan A., Aslan Eti F., “Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım”, s.591.
86. Frank M. S., Laura P., William S., Vollmer M., Appel L.J., Bray G.A, Harsha D., Obarzanek E., Conlin P.R., Miller E.R., Simons-Morton D.G., Karanja N., Lin P., Aickin M., Most-Windhauser M.M., Moore T.J., Proschan M.A., Cutler J.A., “Effects On Blood Pressure Of Reduced Dietary Sodium And The Dietary Approaches To Stop Hypertension (DASH) Diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group”, *New England Journal Of Medicine*, 344(1), s.3-10, 2001.
87. Sansoy V., “Türk Erişkinlerinde Beden Kitle İndeksi, Bel Çevresi ve Bel Kalça Oranları”, Onat. A., *TEKHARF Türk Erişkinlerinde Kalp Sağlığı, Risk Profili ve Kalp Hastalığı*, 2. Baskı, Orhan Matbaacılık, s.63-82, İstanbul, 2000.
88. Güler Ç., “Halk Sağlığı Temel Bilgiler”, *Hacettepe Üniversitesi Yayınları*, Ankara, s.1299.

89. Erdem Y., “The relationship between hypertension and salt intake in Turkish population: SALTURK study”, *Blood Pressure*, 19, s. 313–318, 2010.
90. Erdem Y., “Dietary Sources of High Sodium Intake in Turkey: SALTURK II”.
91. Hipertansiyon Haber Bülteni, 3(5), s.6, 2016.
92. Ekim M., “Hipertansiyon Tedavisinde Beslenmenin Ve Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Önemi”, *Bozok Tıp Dergisi*, 8(2), s.80-85, 2018.
93. Kaya A., “Obezite ve Hipertansiyon”, *Turkish Journal Of Endocrinology And Metabolism*, s.13-21, 2003.
94. Dalak H., “Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki”, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-163, Mersin, 2010.
95. Sonkaya B., “Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı Tedavi Kullanma Sıklığının Değerlendirilmesi”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı*, s.1-83, Eskişehir, 2018.
96. Vatansever K., “Özkanlar Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve Risk Faktörleri”, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, İzmir, 1998.
97. Hacıoğlu N., “Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi”, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-144, İstanbul, 2014.
98. Bilir N., “Beslenme, Diyet ve Süreç Hastalıklardan Korunma”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, s.350-351, 1993.
99. “Halk Sağlığı Temel Bilgiler”, *Toplum Beslenmesi*, s.1302.
100. Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000.
101. Leone A., “Smoking And Hypertension”, *Journal Of Cardiology & Current Research*, 2(2), s.1-7, 2015.

102. Baker P., Friel S., “Processed Foods And The Nutrition Transition: Evidence From Asia.”, *Obesity Reviews, An Official Journal Of The International Association For The Study Of Obesity*, 15(7), s.564-577, 2014.
103. Onat A., “Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu Özel Sayısı”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 28(6), s.337-367, 2000.
104. Pescatello L.S., Franklin B.A., Fagard R., Farquhar W.B., Kelley G.A., Ray C.A., “American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and Hypertension”, *Medicine And Science In Sports And Exercise*, 36(3), s.533–553, 2004.
105. Kaya Y., Düğeroğlu H., Karataş A., Özbilen M., “Prehipertansif Hastalarda Dash Diyeti ve Egzersizin Metabolik Parametreler Üzerine Etkisi”, *Ortadoğu Tıp Dergisi*, 10 (2), s.167-173, 2018.
106. Johnstone M., “Stress İn Teaching. An Overview of Research”, *Scottish Council For Research İn Education*, 1989.
107. Balcioğlu İ., Savrun M., “Stres ve Hormonlar”, *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 47, s.97-110, 2005.
108. Olubodun J.O., Lowal S.O., “Alcohol Consumption And Heart Failure İn Hypertensives”, *International Journal of Cardiology*, 53(1), s.81-85, 1996.
109. Baysal A., “Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi”, *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4), Özel Ek, s.66-72, 2003.
110. Tüylüoğlu Ş., Tekin M., “Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşam Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri”, *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(1), s.1-31, 2009.
111. Altuntaş Y., “Diabetes mellitusun tanımı, tanısı ve sınıflandırılması”, *Her Yönüyle Diabetes Mellitus*, 1. baskı, Yenigün M., Altuntaş M., Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.51-62, 2001.
112. Kendir İ.C., “Diyabeti Olmayan Ve Tip 2 Diyabet Tanısını Yeni Almış Olan Hastalarda H-Crp ve Fraktalkine Düzeylerinin Değerlendirilmesi”, *Selçuk*

*Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, s.1-63, Konya, 2016.*

113. Başer M., Özgür R., Maviş O., Özdemir A.A., Özkeskin A., Küçükdemirci Ö., Elibol T., “Hipertansif Tip 2 Diabetes Mellitus’lu Hastalarda Tansiyon Regülasyonunun Yüksek Duyarlıklı C-Reaktif Protein (hs-CRP) ile İlişkisi”, *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 48(3), s.182-187, 2014.
114. Beckman J.A., Creager M.A., Libby P., “Diabetes And Atherosclerosis: Epidemiology, Pathophysiology, And Management”, *JAMA*, 287(19), s.2570-2581, 2002.
115. Çakmak H.A, Arslan E., Erdine S., “Hipertansiyonda Karşılanmamış Gereksinimler”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37(7), s.1-4, 2009.
116. Işık S., Delibaşı T., Berker D., Aydın Y., Güler S., “Kalp Hastalıklarında Diyabet Yönetimi”, *Anadolu Kardiyoloji Dergisi*, 9, s.238-247, 2009.
117. Hacıalioglu N., “Perimenopozal Kontrasepsiyon”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(2), s.63-67, 2001.
118. Oelkers W.H., “Drospirenone In Combination With Estrogens: For Contraception And Hormone Replacement Therapy”, *Climacteric: The Journal Of The International Menopause Society*, 8(3), s.19–27, 2005.
119. Chasen-Taber L., *Circulation*, 1996.
120. Cramer J., “Medicine Partnerships”, *Heart*, 89(2), s.19-21, 2003.
121. Emsal T., “Kalecik Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı”, *Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-92, Ankara, 2000.
122. İnternet: World Health Organization, ‘The world health report 2000 - Health systems: improving performance’, <https://www.who.int/whr/2000/en/>
123. Douglas, Zipes P., Libby P., Bonow R.O., Braunwald E., “*Braunwald’s HeartDisease: A Textbook of cardiovascular Medicine*”, Nobel Tıp Kitabevi, cilt 2, s.1974-1976, 2008.

124. Api O., Api M., “Gebelik ve Hipertansiyon”, *Turkiye Klinikleri Journal of Endocrin-Special Topics*, 6(3), s.79-91, 2013.
125. Yanık F.F., Gülümser Ç., “Gestasyonel Hipertansiyon”, Gebelikte Hipertansiyon Özel Sayısı, *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 5(4), s.90-94, 2012.
126. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, “Harrison’s Internal Medicine”, 17. Baskı, *Hipertansif Vasküler Hastalık*, s.1561.
127. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, “Harrison’s Internal Medicine”, 17. Baskı, *Hipertansif Vasküler Hastalık*, s.1559.
128. Benjamin, İ.J., Griggs, R.C., Wing, E.J.,Fitz, J.G., “Cecil Essentials Of Medicine”, 9.Baskı, *Kardiyovasküler Hastalıklar*, s.172.
129. Karadakovan A., Aslan Eti F., “Dahili Ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım”, s.590.
130. Erkoç Balız S., “Eskişehir Mahmudiye’de Erişkinlerde Hipertansiyon İnsidansı Ve Risk Faktörleri”, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi*, s.1-85, Eskişehir, 2013.
131. Kul B., “Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Kardiyovasküler Risk Faktörlerini Bilme Durumu”, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-69, İstanbul, 2018.
132. Kolaç N., Yıldız A., “Postmenopoz Dönemdeki Kadınlarda Sağlık İnanç Modeli Temelli Kısa Görüşmelerin Osteoporozdan Korunma Bilgi, Tutum ve Davranışlarına Etkisi”, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(2), s.145-151, 2019.
133. Parabaş N., “Konya İli Hadim İlçe Merkezindeki 40 Yaş Ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı Ve Farkındalık Durumu”, *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-82, Konya, 2009.
134. Dağ İ., “Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Profilinin İncelenmesi”, *Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-63, Şanlıurfa, 2017.



135. Akdeniz M., Kavukçu E., “Dördüncül Koruma: Önce Zarar Verme”, *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 21(2), s.74-81, 2017.
136. Pandve H.T., “Quaternary Prevention: Need Of The Hour”, *J Family Med Prim Care*, 3(4), s.309-310, 2014.
137. Ovayolu N., Parlar S., Karakaş S., “Diyabet Ve Hipertansiyonlu Hastalarda Erken Tedavi Ve Hemşirelik Eğitiminin Önemi”, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6(4), s.19-23, 2003.
138. Özpancar N., “Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları”, *Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing, Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları Özel Sayısı*, 7(1), s.2-11, 2016.
139. Taşkın, L., “Kadın Hastalıkları Hemşireliği”, 1. Baskı, Ankara 1994.
140. Koyun A., Taşkın L., Terzioğlu F., “Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(1), s.67-99, 2011.
141. Seyisoğlu H., “99 Sayfada Menopoz”, *İş Bankası Kültür Yayınları*, s.3-4.
142. Baykan E.K., Yalçın Karaüzüm N., Şanıbaş A.V., Ertaş F., Çarlıoğlu A., “Postmenopozal Lipit Profil Değişiklikleri”, *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 1(1), s.1-4, 2019.
143. Çiçek M., Akyürek C., Çelik Ç., Haberal A., “Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi”, *Güneş Tıp Kitabevleri*, s.1163- 1180, Ankara, 2004.
144. Karakoç H., Özerdoğan N., Uçtu Kul A., “Menopozla İlgili Genitoüriner Sendrom”, *Jinekoloji, Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(3), s.122 -126, 2017.
145. Taşkın L., “Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği”, Sistem Ofset, Ankara, 2009.
146. Aygin D., Pektemek M., “Cerrahi menopoza giren genç kadınlarda cinsellik nasıl etkileniyor?”, *Androloji Bülteni*, 20, s.21-24, 2018.
147. Guyton A.C., Hall J.E., “Tıbbi Fizyoloji Kitabı”, *Endokrinoloji ve Üreme*, s.905-918.

148. Mwampagatva I. H., Mwashambwa M. Y., Gesase A. P., “Morphophysiological Features Associated With Menopause: Recent Knowledge And Areas For Future Work”, *Tanzania Journal of Health*, 15(2), s.1-11, 2013.
149. Özcan H., Oskay Ü., “Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar”, *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), s.157-163, 2013.
150. Holloway D., “An Overview Of The Menopause: Assessment And Management”, *Nursing Standard*, 25(30), s.47-57, 2011.
151. “Menopausal Hot Flashes: A Concise Review”, *Journal of Mid-Life Health*, 2019.
152. Özgür G., Yıldırım S., Komutan A., “Menopoz Sonrası Kadınların Öz Bakım Gücü Ve Etki Eden Faktörler”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), s.35-43, 2010.
153. Pace D.T., “The Menopausal Woman: The Need For Individualized Plan Of Care.”, *The Nurse Practitioner*, 42(12), s.43–49, 2017.
154. Bonner F.J., Chesnut C.H., Lindsay R., “Osteoporosis”, Delisa J.A., *Physical Medicine and Rehabilitation, 4th edition, Lippincott Williams and Wilkins*, s.699-719, Philadelphia, 2005.
155. Melikoğlu M.A., “Osteoporoz Tanımlama Ve Sınıflaması”, *Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics*, 5(3), s.1-5, 2012.
156. Tıraş M. B., Demir C., “Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi”, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2014.
157. Schulz C., “Menopozdan korkmayın”, Alkım yayınları, s.26.
158. Hasanoğlu A., Eminoğlu F.T., “Doruk Kemik Kütlesi ve Etkileyen Faktörler”, *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrical Sciences*, 4(5), s.21-25, 2008.
159. Kwun S., Laufgraben M., Gopalakrishnan G., “Prevention And Treatment Of Postmenopausal Osteoporosis”, *Royal College Of Obstetrician & Gynaecologist*, 14(4), s.251– 256, 2012.
160. Schulz C., “Menopozdan korkmayın”, Alkım yayınları, s.32-33.

161. “Çağın hastalığı: Postmenopozal Osteoporozda Egzersiz, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon”, 2. *Uluslararası Mesleki ve Teknik Bilimler Kongresi*, 2018.
162. Taşkın L., “Kadın Hastalıkları Hemşireliği”, 1. Baskı , s.122, Ankara, 1994.
163. Schulz C., “Menopozdan korkmayın”, Alkım yayınları, s.106-107.
164. Ibe C., Simon J.A., “Vulvovaginal Atrophy: Current And Future Therapies (CME)”, *The Journal of Sexual Medicine*, 7(3), s.1042-1050, 2010.
165. Toker H., “Menopoz Rehberi”, Güzeldünya Yayıncılık, s.45, 2007.
166. Çetin Erdem Ö., Eroğlu K., “Menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları sorunlar ve başatme yolları”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(4), s.219-222, 2015.
167. Zanger D, Yang B.K., Ardans J., Waclawiw M.A., Csako G., Wahl L.M., Cannon R.O., “Divergent Effects Of Hormone Therapy On Serum Markers Of Inflammation İn Postmenopausal Women With Coronary Artery Disease On Appropriate Medical Management.” *Journal Of The American College Of Cardiology*, 36(6), s.1797-1802, 2000.
168. Abanonu Babacan G., “Koroner Arter Hastalığı Majör Risk Faktörleri Ve C-Reaktif Proteinin Değerlendirilmesi”, *T.C. Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. İç Hastalıkları Kliniği İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 2005.
169. Örem C., “Kadın ve Kardiyovasküler Hastalıklar”, *Türkiye Klinikleri JPublic Health-Special Topics*, 1(1), s.32-39, 2015.
170. Ridker P.M., Rifai N., Rose L., Buring J.E., Cook N.R., “Comparison Of C-Reactive Protein And Low-Density Lipoprotein Cholesterol Levels İn The Prediction Of First Cardiovascular Events”, *New England Journal Of Medicine*, 347(20), s.1557-1565, 2002.
171. Tadic M., Cuspidi C., Grassi G., Ivanovic B., “Gender-Specific Therapeutic Approach İn Arterial Hypertension–Challengesahead”, *Pharmacological Research*, 141, s.181–188, 2019.

172. Özdemir Çınar Ö., Uysal M. F., “Postmenopozal Dönemde Pilates Egzersizlerinin Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Üzerine Etkisi”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(1), s.25-32, 2018.
173. Ahlawat P., Singh M.M., Garg S., Mala Y.M., “Prevalence of Depression and its Association with Sociodemographic Factors in Postmenopausal Women in an Urban Resettlement Colony of Delhi”, *Journal of Mid-life Health*, 10(1), s.33-36, 2019.
174. Yücesoy İ., Çakıroğlu Y. “Menopoz ve postmenopoz.”, Çiçek M.N, Mungan M.T., *Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji*, Güneş Tıp Kitabevleri, s.943- 963. Ankara, 2007.
175. Taşkın L., “Kadın Hastalıkları Hemşireliği”, 1. Baskı , s.121, Ankara, 1994.
176. Çelik Sis A., Pasinlioğlu T., “Klimakterik Dönemde Yaşanan Semptomlar Ve Hemşirenin Rolü”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 2013.
177. Özcan H., “Menopoz Döneminde Semptom Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar”, *Göztepe Tıp Dergisi*, 28(4), s.157-163, 2013.
178. Regestein Q.R., “Hot Flashes And Sleep”, *The Journal Of The North American Menopause Society*, 13(4), s.549-552, 2006.
179. Varma Sözeri G., Oğuzhanoğlu Kalkan N., Karadağ F., Özdel O., Amuk T., “Doğal Ve Cerrahi Menopozda Depresyon Ve Anksiyete Düzeyleri İle Cinsel Doyum Arasındaki İlişki”, *J Clin Psy.*, 8(3), s.109-115, 2005.
180. Addis I.B., Van Den Eeden S.K., Wassel-Fyr C.L., Vittinghoff E., Brown J.S., Thom D.H., “Reproductive Risk Factors For Incontinence Study At Kaiser Study Group. Sexual Activity And Function İn Middle-Aged And Older Women”, *Obstet Gynecol.*, 107(4), s.755-764, 2006.
181. Bilge Ç., Kaydırak Mecdi M., Aslan E., “Jinekolojik Kanserin Cinsel Yaşam Üzerindeki Etkileri”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 2016.

182. Mattar C.N, Chong Y.S, Su L.L, Agarwal A.A., Choolani M., “Care Of Women In Menopause: Sexual Function, Dysfunction And Therapeutic Modalities”, *Ann Acad Med*, 37, s.215-223, Singapore, 2008.
183. Mokate T., Wright C., Mander T., “Hysterectomy And Sexual Function”, *Journal Of The British Menopause Society*, 12(4), s.153-157, 2006.
184. Kapdağlı D., “Postmenopozal Kadınlarda Cinsel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”, *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi*, s.1-75, Adana, 2009.
185. Bozkurt Demirel Ö., Sevil Ü., “Menopoz Ve Cinsel Yaşam”, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(4), s.497-503, 2016.
186. Fişek N.H., “Halk Sağlığına Giriş, Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını”, Çağ Matbaası, Ankara, 1983.
187. Taşkın L., “Kadın Hastalıkları Hemşireliği”, 1. Baskı , s.3, Ankara, 1994.
188. Gürler M. “Menopozal Dönemdeki Kadınlara Uygulanan Aromaterapinin Uyku Ve Yaşam Kalitesine Etkisi”, *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, s.1-95, Nevşehir, 2017.
189. Türkiye İstatistik Kurumu, <http://www.tuik.gov.tr>, 2012
190. Çevik C., Güneş S., Dersuneli Ç., Erikçi İ., Taş B., Küçük M.G., Çakır E.A., Gökalp M., Kahraman M., Bişgin E., Çalışkan M., Avcı H., Eser E., “Balıkesir’de İki Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Elli Yaş Üstü Kadınlarda Hipertansiyon Sıklığı ve Hipertansiyon İlaç Uyumu”, *Sağlık ve Toplum*, 28(3), s.58-62, 2018.
191. Boylu Ö., “Niğde İli Kemerhisar Kasabasındaki 40 Yaş Ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı Ve Farkındalık Durumu”, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Kayseri, 2006.
192. Güneş G., Genç M., Pehlivan E., “Yeşilyurt Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Obezite”, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, s.48-53, 2000.
193. Türkiye İstatistik Kurumu (2012), Sağlık araştırması, Erişim: 05.05.2017

194. Teke N., Arslan S., “Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(2), s.120-128, 2018.
195. Çevik C., Güneş S., Dersuneli Ç., Erikçi İ., Taş B., Küçük M.G., Çakır E.A., Gökalp M., Kahraman M., Bişgin E., Çalışkan M., Avcı H., Eser E., “Balıkesir’de İki Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Yaşayan Elli Yaş Üstü Kadınlarda Hipertansiyon Sıklığı ve Hipertansiyon İlaç Uyumu”, *Sağlık ve Toplum*, 28(3), s.58-62, 2018.
196. Öngen Z., “Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon”, *Klinik Gelişim*, 18(2), s.4-7, 2005.
197. Arıcı M., Altun B., Erdem Y., Derici Ü., Nergizoğlu G., Turgan Ç., Sindel Ş., Erbay B., Karatan O., Hasanoğlu E., Çağlar Ş., “Türk hipertansiyon prevalans çalışması”.
198. Önen C., “Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı ve Yöresel Beslenmeyle İlişkisi”, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi*, Malatya, 2015.
199. Sarısözen D., “Nilüfer Bölgesinde Hipertansiyon Prevalansı Ve Etki Eden Etmenler”, *Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi*, Bursa, 2006.
200. Hatemi H., Turan N., Arık N., Yumuk V., “Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması Sonuçları (TOHTA)”, *Endokrinolojide Yönelişler*, 11(Ek 1), s.1-16, 2002.
201. Koç Z., Sağlam Z., “Kilmakterium Döneminde Bulunan Kadınların Menopoza İlişkin Yaşadıkları Belirti ve Tutumların Belirlenmesi”, *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2008.
202. Kaya A., “Obezite ve Hipertansiyon”, *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, s.13-21, 2003.

203. Koca T.T, Talu B., “Tip 2 Diyabetik Hastalarda Egzersizin Glikoz Metabolizmasına Etkisi”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2015.
204. Onat A., Aksu H., Uslu N., Keleş İ., Çetinkaya A., Yıldırım B., “Türk Erişkinlerinde Sigara İçimi; Kadınlarımızda Tiryakilik Artma Yolunda”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 27(10), s.697-700, 1999.
205. Dülger D., Şahan Y., “Diyet Lifin Özellikleri ve Sağlık Üzerindeki Etkileri”, *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, s.147-157, 2011.
206. Guthrie J.F., “Understanding Fruit And Vegetable Choices: Economic And Behavioral Influences”, *Economic Reseach Service, United States Department of Agriculture, Agriculture Information Bulletin*, 792(1), s.1-2., 2004.
207. John J.H., Ziebland S., Yudkin P., Roe L.S., “Effects of fruit and vegetable consumption on plasma antioxidant concentrations and blood pressure: arandomised controlled trial”, *The Lancet*, s.1969-1974, 2002.
208. Süleymanlar G., “Hipertansiyon Tedavisinde Güncel Yaklaşım”, *Modern Tıp Seminerleri*, 6, s.1-53, 2000.
209. Erdem Y., Arıcı M., Altun B., Turgan C., Sindel S., Erbay B., Derici U., Karatan O., Hasanoğlu E., Çağlar S., “The Relationship Between Hypertension And Salt İntake İn Turkish Population: SALTURK study”, *Blood Pressure*, 19, s.313–318, 2010.
210. Ghimire K., Adhikari T.B., Rijal A., Kallestrup P., Henry M.E., Neupane D., “Knowledge, Attitudes And Practices Related To Salt Consumption İn Nepal: Findings From The Community-Basad Management Of Non-Communicable Diseases Project İn Nepal ( COBIN)”, *Journal of Clinical Hypertension*, 2019.
211. Chung T.H., Shim J.Y., Kwon Y.J., Lee Y.J., “High Triglyceride to High-Density Lipoprotein Cholesterol Ratio and Arterial Stiffness in Postmenopausal Korean Women”, *The Journal of Clinical Hypertension*, 2019.
212. Shen L., Wang L., Hu Y., Liu T., Guo J., Shen Y., Zhang R., Miles T., Li C., “Associations of the ages at menarche and menopause with blood pressure and hypertension among middle-aged and older Chinese women: a cross-sectional

analysis of the baseline data of the China Health and Retirement Longitudinal Study”, *Hypertension Research: Official Journal Of The Japanese Society Of Hypertension*, 2019.

213. Ceyhan O., Ozen B., Şimşek N., Doğan A., “Sexuality And Marital Adjustment İn Women With Hypertension İn Turkey: How Culture Affects Sex”, *Journal Of Human Hypertension*, 2019.
214. Ahlawat P., Singh M.M., Garg S., Mala Y. M., “Prevalence of Depression and its Association with Sociodemographic Factors in Postmenopausal Women in an Urban Resettlement Colony of Delhi”, *Journal Of Mid-Life Health*, 2019.
215. İçyerioğlu G., “Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi”, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, Elazığ, 2012.
216. Sözmen K., Ergör G., Ünal B., “Hipertansiyon Sıklığı, Farkındalığı, Tedavi Alma Ve Kan Basıncı Kontrolünü Etkileyen Etmenler”, *Dicle Tıp Dergisi*, 42(2), 2015.
217. Kadınlar ve Kalp Damar Hastalıkları ESC-EHN Proje Ekibi, “Kadın Kalbinde Kırmızı Alarm Sonuç Raporları”, *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 2010.
218. Aydın N., İrgil E., Akış N., Pala K., “Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesinde Dört İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi”, *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 30(1), s.1-6, 2004.



## EKLER

### Ek I- Anket Formu

Sayın Katılımcılar; bu anket formu yüksek lisans tezi kapsamında menopoz dönemde iken hipertansiyon görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacak olup ankette isim belirtme gerekliliği bulunmamaktadır. Ankette yer alan sorulara içtenlikle, hiçbir soruyu atlamadan yanıt vermeniz, araştırmanın bilimsel geçerliliği ve güvenilirliği açısından büyük önem taşımaktadır. Zaman ayırarak çalışmamıza katıldığınız için teşekkür ederiz.

#### 1. Yaşınız:

1. 40 - 47
2. 48 - 55
3. 56 - 64

#### 2. Medeni Durum:

1. Bekâr/ Dul/ Boşanmış
2. Evli

#### 3. Eğitim Durumu:

1. Okuryazar
2. Okur-yazar değil
3. İlköğretim
4. Lise
5. Üniversite

#### 4. Sağlık güvenceniz var mı?

1. Var
2. Yok

#### 6. Gelir Durumu:

1. Gelir giderden az
2. Gelir gidere denk
3. Gelir giderden fazla

#### 7. Mesleğiniz nedir?

1. Ev Hanımı

2. Çalışan ( Emekli, Memur, İşçi, Serbest )

**8. Birlikte yaşadığımız kişiler:**

1. Yalnız
2. Eşi ile
3. Eş ve çocukları ile
4. Çocukları ile
5. Geniş aile

**9. Ailede kronik hastalığı olan var mı?**

1. Evet
2. Hayır

**10. Tanı aldığımız kronik hastalığınız var mı?**

1. Evet
2. Hayır

**11. Ailede hipertansiyon hastalığı olan var mı?**

1. Evet
2. Hayır

**12. En az 1 yıldır tanı konulan hipertansiyon tanısı aldınız mı?**

1. Evet
2. Hayır

**13. Tansiyonunuzun yüksek olduğunu ilk nerede öğrendiniz?**

1. Aile Sağlığı Merkezi
2. Eczane
3. Hastane
4. Diğer (...)

**14. Hipertansiyonun dışında tanı aldığımız kronik hastalığınız var ise nedir/ nelerdir?**

1. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

2. Astım
3. Diyabetes Mellitus
4. Diğer

**15. Şimdiye kadar hiç tansiyonunuzu ölçtürdünüz mü?**

1. Hayır ölçtürmedim
2. Ölçtürdüm genellikle yüksek bulundu
3. Ölçüldü normal bulundu
4. Ölçüldü ama hatırlamıyorum
5. Ölçüldü düşük bulundu

**16. Tansiyonunuzu düzenli ölçtürüyor musunuz?**

1. Evet
2. Hayır

**17. Tansiyonunuz için neler önerildi?**

1. İlaç verildi
2. Diyet önerildi
3. İlaç-Diyet
4. Diğer (...)

**18. Günlük kullandığınız antihipertansif ilaç sayısı nedir?**

.....

**19. Genellikle tuz kullanma alışkanlığınız nasıldır?**

1. Normal
2. Çok tuzlu
3. Az tuzlu
4. Tuzsuz

**20. Hipertansiyon hastaları için günlük alınan tuz miktarı en fazla ne kadar olmalıdır?**

1. 10 gr (Yaklaşık iki tepeleme çay kaşığı)
2. 5-6 gr (Yaklaşık bir tepeleme çay kaşığı)

3. 1,5 gr (Bir silme çay kaşığı)
4. 15 gr (Yaklaşık üç tepeleme çay kaşığı)
5. Fikrim yok

**21 Sofrada mutlaka tuz/ tuzluk bulundurur musunuz?**

- 1.Evet 2.Hayır

**22. Konserve-turşu türü (tuz içerikleri çok yüksek) gıdaları ne kadar sıklıkta tüketirsiniz?**

1. Her gün yerim
2. Haftanın dört- beş günü yerim
3. Haftanın iki -üç günü yerim
4. Haftada bir gün yerim
5. Hiç yemem
6. Ayda birkaç kere yerim

**23. Alkol kullanıyor musunuz?**

- 1) Hiç kullanmadım
- 2) Bıraktım
- 3) Evet, Kullanıyorum

**24. Sigara kullanma alışkanlığınız var mıdır, var ise kaç yıldır sigara kullanıyorsunuz?**

1. Evet ( ) (Sayısını belirtiniz .....tane/gün)Yıl Sayısı : ( )
2. Hayır ( )

**25. Kahve içme alışkanlığınız nasıldır?**

1. Günde 1 fincan
2. Günde 2 fincandan fazla
3. Hiç (ok Seyrek)

**26. ay... Bardak/günde... Açık/Koyu/Normal**

1.Az

2.Orta Derece

3.Çok

**27. Genellikle hangi yağı kullanırsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

1. Ayçiçek, mısırözü

2. Zeytinyağı

3. Margarin

4. Tereyağ

5. Kuyruk yağı

6. Diğer(...)

**28.Günlük ekmek tüketiminiz ne kadar?**

1. Hiç ekmek yemem

2. 2-3ince dilim

3. Yarım ekmek

4. Yarım ekmek- bir ekmek

5. Bir ekmekten fazla

**29. Günde en az bir porsiyon taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir Şekilde tüketiciler musunuz?**

1) Hayır

2) Evet, düzensiz bir Şekilde

3) Evet, her gün

**30. Herhangi bir fiziksel aktivite yapıyor musunuz? Haftada ..... defa (en az 30 dk.)**

**31. Aşağıdaki Őikyetlerden hangileri sizde görülüyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

1. Baş ağrısı
2. Baş d6nmesi
3. Kulak uğultusu
4. Çarpıntı
5. Elde ve ayakta uyuşma
6. Bacaklarda şişme
7. Burun kanaması
8. Yorgunluk
9. Nefes darlığı
10. G6rme Bozukluğu
11. Diğer (...)
- 32. Ruh sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz?**

1. Çok iyi
2. İyi
3. Orta
4. K6tü
5. Çok k6tü

**33. Gebelik Sayısı**

1. Yok
2. 1-3 tane
3. 4 ve 6zeri

**34. Bebek emzirme durumunuz?**

1. Evet
2. Hayır

**35. Menopozla ilgili bilgi alma durumunuz?**

1. Evet
2. Hayır

**36. Bilgi alınan kişi ve/veya yer?**

1. Komşu -akraba
2. Sağlık personeli
3. Tv, radyo ve basın

**37. Menopoza giriş şekliniz?**

1. Doğal
2. Cerrahi

**38. Menopoza Girme Süresiniz?**

1. 1-5 yıl
2. 6-10 yıl
3. 11 yıl ve üzeri

**39. Menopozla ilgili Tedavi Alma Durumunuz?**

1. Evet
2. Hayır

**40. Menopoz döneminde varsa tedavi türünüz nedir?**

1. HRT
2. Alternatif yöntem

**41. Menopoza girdikten sonra cinsel yaşamınızda değişiklikler oldu mu?**

1. Evet
2. Hayır

( Hayır, ise 43. Soruya geçiniz. )

**42. Menopoza girdikten sonra cinsel yaşamınızda Ne tür sorunlarınız oldu?  
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

1. Cinsel istekte azalma
2. Cinsel ilişkide ve doyum almada değişiklik
3. Haznede kuruluk
4. Yanma hissi
5. Cinsel birleşmede zorlanma
6. Diğer .....

**43. Halen doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz?**

1. Hayır
2. Ağızdan hap
3. Kondom (Prezervatif)
4. RIA (Spiral)
5. Norplant (hormonlu bant)
6. Cerrahi Sterilizasyon (Tüpleri bağlatma)
7. Koitus interreptus (Geri çekme)
8. Emzirme
9. Takvim
10. Diyafram
11. Enjektabl kontraseptif (iğne)
12. Diğer.....

**44. Oral kontraseptifleri ( ağızdan hap ) kullandı iseniz ne kadar süre ile kullandınız?**

.....



45.Ağırlık..... Kg

46.Boy..... Cm

47.BKI.....

48.Göbek Çevresi..... Cm

49.Boyun Çevresi..... Cm

**50. KAN BASINCI:**

1.Ölçüm      **Sistolik** .....

**Diastolik** .....

2.Ölçüm      **Sistolik** .....

**Diastolik** .....

3.Ölçüm      **Sistolik** .....

**Diastolik** .....

**Ortalama**.....

## **Ek II- Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

Çalışmanın Adı:

Kırsal alanda yaşayan menopozal dönemdeki kadınlarda hipertansiyon görülme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi

Bu Araştırmanın Amacı:

Sivas ili Gemerek ilçesinde yaşayan 02 Nolu Merkez ASM ye bağlı menopozal dönemdeki kadınların durumunu belirlemek, beslenme alışkanlıkları ve sağlığı algılayış biçimlerinin hipertansiyon üzerindeki etkisini araştırmak ve elde edilen sonuçlarla toplumun, hipertansiyon hakkındaki algılarını belirlemektir. Bu araştırmada size hipertansiyon ve menopozal durumunuz ile ilgili sorular sorulacaktır. Bu çalışmanın sonuçları rapor edilirken sizin adınız kullanılmayacaktır. Herhangi bir ihtiyacınız saptandığı durumda ilgili sağlık kurumlarına yönlendirileceksiniz. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Bu çalışma Enstitü Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır. Çalışmanın yürütülmesi, olası yan etkiler veya bir hasta olarak hakların konusunda kafamda sorular belirlediğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmanız yeterli olacaktır:

Gamze Gülsüm KILIÇLI 05534230652

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacak ya da sizden ücret talep edilmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da hiçbir şekilde sizin zararınıza yol açmayacaktır. Araştırmacı, görüşme amacına uygun gitmediği takdirde sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları sizlere yönelik hizmetleri planlamada kullanılacaktır. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

(Katılımcının/Hastanın Beyanı);

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, aktarılması ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Katılımcının,

Adı - Soyadı:

Tarih ve İmza:

Görüşme tanığının,

Adı - Soyadı:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı - Soyadı: Gamze Gülsüm KILIÇLI

Tarih ve İmza:

### Ek III- Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurul Formu

T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
ETİK KURUL KARARI

**Karar Tarihi: 18.10.2018**

**Toplantı Sayısı: 12**

**Üniversitemiz Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze Gülsüm KILIÇLI'nın "Kırsal Alanda Yaşayan Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Hipertansiyon Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" isimli tez çalışma projesi hakkında Fen Bilimleri Enstitüsünden alınan 03.10.2018 tarih ve 21989 sayılı yazının görüşülmesi.**

**2018.12.143.** Üniversitemiz Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze Gülsüm KILIÇLI'nın "Kırsal Alanda Yaşayan Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Hipertansiyon Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" isimli tez çalışma projesi hakkında Fen Bilimleri Enstitüsünden alınan 03.10.2018 tarih ve 21989 sayılı yazı görüşüldü.

Yapılan görüşmeler sonucunda, Proje yürütücülüğünü Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ÖZCAN'ın üstlendiği Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze Gülsüm KILIÇLI'nın "Kırsal Alanda Yaşayan Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Hipertansiyon Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" isimli tez çalışma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurulumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GİBİDİR  
  
Prof. Dr. Erdoğan ÇİCEK  
Rektör Yardımcısı  
(Etik Kurul Başkanı)

## Ek IV- Sivas İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu



T.C  
SİVAS VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SİVAS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - SİVAS İL SAĞLIK  
MÜDÜRLÜĞÜ  
20 03 2019 09:24 - 19448395 - 044 - E 3081  
00089796033



Sayı : 19448395-044  
Konu : Araştırma Başvuru Talebi  
( Gamze Gülsüm KILIÇLI)

### DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : Valilik Makamı'nın 19.03.2019 tarih ve 19448395-044-E.3015 sayılı Oluru.

Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gamze Gülsüm KILIÇLI "Kırsal Alanda Yaşayan Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Hipertansiyon Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" konulu yüksek lisans tezi kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan anket çalışmasını 01.02.2019 – 30.04.2019 tarihleri arasında Sivas Gemerek Aile Sağlığı Merkezinde uygulayabilmesi için alınan Olur ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Uzm. Dr. Fethullah Selçuk MOĞULKOÇ  
İl Sağlık Müdürü

Ek:  
Olur (1 sayfa)  
Yazı Sureti (34 sayfa)

Dağıtım:  
Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi Rektörlüğüne  
İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığına

Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Yenidoğan Mah. 40/1 Sok. No:3 SİVAS

Telefon: Faks No: 0346 223 49 00

e-Posta:nazmiye.delican@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.sivas.ism.saglik.gov.tr

Bilgi için:Nazmiye DELİCAN  
Veri Hazırlama ve Kontrol İşlt.  
Telefon No:(0 346) 223 63 70  
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6d286eb8-5a74-4e55-88e5-904bd6c33c0a kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

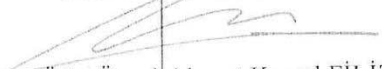
**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİ ALANINDA YAPILACAK  
OLAN ARAŞTIRMA İZİN TALEPLERİ DEĞERLENDİRME  
KOMİSYONU KARARLARI**

**Toplantı Tarihi** : 12 / 03 / 2019  
**Karar No** : 2019 / 06

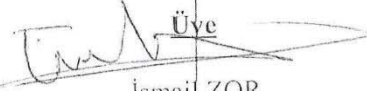
Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Gamze Gülsüm KILIÇLI “ Kırsal Alanda Yaşayan Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Hipertansiyon Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler” konulu yüksek lisans tezi kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan anket çalışmasını 01.02.2019 – 30.04.2019 tarihleri arasında Sivas Gemerek Aile Sağlığı Merkezinde uygulayabilmek için Komisyonumuza talepte bulunmuştur.

Komisyonumuzca yapılan inceleme sonucunda araştırma talebi kapsamındaki çalışmasının uygulanmasında bir sakınca bulunmadığı tespit edilmiş olup izin talebi uygun bulunmuştur.

**Komisyon Başkanı**

  
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Kemal FİLİZ  
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

  
Dr. Muhammed Fatih AKOVA  
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkan Yrd.

  
İsmail ZOR  
Toplum ve Göç Sağlığı Birimi  
Birim Sorumlusu

  
Mustafa KOÇ  
Toplum ve Göç Sağlığı Birimi  
Birim Şefi

  
Nazmiye DELİCAN  
Toplum ve Göç Sağlığı Birimi  
Personeli

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 06034068-6188-4829-9825-904430272807 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek V- Sivas Gemerek Kaymakamlığı İzin Formu



Sayı : 41986341-000-E.364  
Konu : Araştırma İzni

T.C.  
GEMERЕК KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü



28/02/2019

### KAYMAKAMLIK MAKAMINA

İlgi : 22.02.2019 tarihli ve 873 sayılı yazı.

Nevşehir Hacı Bektaş Üniversitesi (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı) ilgi yazı ile Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Bölümü öğrencisi 37114803210 TC kimlik numaralı Gamze Gülsüm KILIÇLI'nın "Kırsal Alanda Yaşayan Menopozal Dönemdeki Kadınlarda Hipertansiyon Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" konulu araştırmayı ilçemiz sınırları içerisinde yapması için izin talebinde bulunmaktadır. Mezkur araştırmanın yapılabilmesi için gereken iznin verilmesinin uygun olacağı mütalaa edilmektedir.

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde tensiplerinize arz ederim.

Ahmet MALATYA  
Yazı İşleri Müdürü

OLUR  
28/02/2019

Cengiz NAYMAN  
Kaymakam



\*Bu belge elektronik imzalıdır. imzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (GaErRd-ykUQsU-vibN8n-6lC18U-r41Q1P3b) kodunu yazınız.

Bahçeli Mah. Hükümet Cad. No:11 Gemerek / Sivas  
Telefon No: (346)614 10 01 Faks No: (346)614 18 83  
e-Posta: [gemerek@icisleri.gov.tr](mailto:gemerek@icisleri.gov.tr) İnternet Adresi: <http://www.gemerek.gov.tr>

Bilgi için: Ahmet MALATYA  
Yazı İşleri Müdürü  
Telefon No:

## ÖZGEÇMİŞ

**Hemşire Gamze Gülsüm KILIÇLI**

### Öğrenim Durumu:

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Ahi Evran Üniversitesi	2015
Pedagojik Formasyon Eğitimi	Hemşirelik	Ahi Evran Üniversitesi	2015
Y. Lisans	Hemşirelik	Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi	Halen

### Görevler:

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ( Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniği Servis Hemşiresi Pediatrik Cerrahi Kliniği Servis Hemşiresi )	2015-2016 Mayıs
Hemşire	Sivas Gölova İlçe Entegre Hastanesi ( Acil Servis Hemşiresi )	2016-2018 Ağustos
Hemşire	Sivas Gemerek Merkez Aile Sağlığı Merkezi	2018- halen



### **Toplantılarda Sunulan Veya Bildiri Kitaplarında Özeti Basılan Bildiriler:**

KILIÇLI G., Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin profesyonellik durumlarının belirlenmesi, 14. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22-26 Nisan 2015, Kayseri, Sözel Bildiri

ÖZCAN A., KAYA Ş., ÖZDİL K., KÜÇÜK G., SEZER F., KILIÇLI G., Avanos'ta yaşayan yaşlıların sağlık bakım gereksinimlerinin ev ziyaretleri yoluyla belirlenmesi, 15. International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress, 26-29 May, 2016, Adana

KILIÇLI G., Birinci Basamakta Yenidoğan Fizik Muayenesinin Önemi-Olgu Sunumu, Uluslararası Sağlık, Toplum ve Kültür Sempozyumu 7-10 Mart 2019, Amasya, Sözel Bildiri

### **ULUSAL VE ULUSLARARASI TOPLANTILARA KATILIM**

14.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 22-26 Nisan 2015, Kayseri

7.Hemşirelik Esasları Çalıştayı, 17-18 Eylül, 2015, Nevşehir

Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Sempozyumu, 2015, Ankara

1.Uluslararası,4.Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, 21-24 Ekim, 2017

Uyuşturucu ile Mücadelede Medyanın Rolü” Sempozyumu 2-3 Kasım, 2017

1.Uluslararası, 2. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi 23-26 Nisan, 2018

Uluslararası Sağlık, Toplum ve Kültür Sempozyumu 7-10 Mart 2019, Amasya

### **ALDIĞI EĞİTİM, KURS VE SERTİFİKALAR**

Sağlık Bakanlığı Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şube Müdürlüğü Temel Modül Eğitimi, 24-28 Nisan, 2017, Sivas

Kültürlerarası Hemşirelik Kursu, 22 Ekim, 2017, Şanlıurfa

Sağlık Bakanlığı ‘Gebelik, Lohusalık, Doğum ve Görme Tarama Programları Eğitimi, 28 Eylül, 2018, Sivas

Sağlık Bakanlığı Akılcı İlaç ve Antibiyotik Kullanımı konulu hizmet içi eğitimi, 23 Ekim, 2018, Sivas

Bilimsel Araştırmalarda İstatistik Yöntemlerinin Kullanımı ve Temel Biyoistatistik  
Kursu, 19-20 Nisan,2019, Ankara

