**ARAŞTIRMA MAKALESİ**

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi - (EBYÜSBED)

# Diyarbakır'da Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Diyetine Uyumun Değerlendirilmesi ve Yaşam Kalitesine Etkisi

Fehime Zeynep GÜRKAN[1], Ülkü DEMİRCİ[2]

[1]İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye.
[2]İstanbul Aydın Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye.

**Geliş Tarihi:** 25.11.2025 **Kabul Tarihi:** 31.03.2026 **Yayın Tarihi:** 26.06.2026

**ÖZET**

Bu çalışmada Diyarbakır ilindeki hipertansiyon hastalarında Akdeniz diyetine uyum ve yaşam kalitesine olan etkisi incelendi. Diyarbakır'daki üç farklı hastanede kardiyoloji polikliniklerine başvuran 18 yaş üstü 150 primer hipertansiyon hastası Ekim 2023 – Nisan 2024 tarihleri arasında çalışmaya dahil edildi. Hastalara "Akdeniz Diyetine Uyum Ölçeği (MEDAS)" ve "Ferrans and Powers-Kardiyak Yaşam Kalitesi Ölçeği (QLI)" anket formları yüz yüze görüşülerek uygulandı. Ortalama hipertansiyon süresi 8,7±7,9 yıl olan hastaların yaş ortalaması 54,75±11,72 yıl olup, 82 (%54,7) hasta kadın hastaydı. Beden kütle indeksi (BKİ) ≥25,0 olan hasta oranı %77,3 sigara içen hastalar %30,0, egzersiz yapan hastalar %15,3 oranındaydı. Hastaların ortalama MEDAS skoru 5,66±1,65 olarak bulundu ve %34 hastada bu değer ≥7 olarak saptandı. Ortalama Toplam QLI skoru 21,68±5,05 olarak hesaplandı. Toplam QLI alt kategorileri arasında en düşük skor 20,71±6,47 ile 'Sağlık ve Fonksiyonellik' alt kategorisindeydi. MEDAS skorları kentte ikamet eden hastalarda daha yüksek bulundu ($p$=0,006). MEDAS skorları ile BKİ'nin düşük olması, tansiyon ölçümünün düşük olması ve tuz tüketiminin kısıtlı olması arasında pozitif anlamlı ilişki bulundu ($p$<0,05). Toplam Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) ile BKİ'nin düşük olması, egzersiz yapma ve alkol tüketmeme arasında pozitif anlamlı ilişki saptandı ($p$<0,05). Toplam QLI ve MEDAS skorları arasında anlamlı korelasyon görülmedi ($p$>0,05). Diyarbakır'da hipertansiyon hastalarının Akdeniz diyetine uyum oranlarının ve yaşam kalitelerinin birbirinden bağımsız olarak düşük olduğu; hastaların poliklinik ziyaretlerinde ilaçlarını düzenli kullanmalarının yanı sıra beslenme alışkanlıklarının da sorgulanması gerektiği düşünüldü.

**Anahtar Kelimeler:** Akdeniz Diyeti, Hipertansiyon, Yaşam Kalitesi

# Evaluation of the Status of Adherence to the Mediterranean Diet in Hypertension Patients in Diyarbakır and its Effect on the Quality of Life

**ABSTRACT**

In this study, adherence to the Mediterranean diet and its effect on quality of life in hypertensive patients in Diyarbakır province were examined. A total of 150 primary hypertension patients over the age of 18 who applied to cardiology outpatient clinics in three different hospitals in Diyarbakır were included in the study between October 2023 and April 2024. The "Mediterranean Diet Adherence Scale (MEDAS)" and "Ferrans and Powers-Cardiac Quality of Life Scale (QLI)" questionnaire forms were applied to the patients via face-to-face interviews. The mean duration of hypertension was 8.7±7.9 years, the mean age of the patients was 54.75±11.72 years, and 82 (54.7%) patients were female. The proportion of patients with a body mass index (BMI) ≥25.0 was 77.3%, smokers were 30.0%, and exercising patients were 15.3%. The mean MEDAS score of the patients was 5.66±1.65, and this value was ≥7 in 34% of the patients. The mean Total QLI score was calculated as 21.68±5.05. The lowest score among the Total QLI subcategories was in the 'Health and Functionality' subcategory with 20.71±6.47. MEDAS scores were found to be higher in patients residing in urban areas ($p$=0.006). A positive significant relationship was found between MEDAS scores and low BMI, low blood pressure measurement and limited salt consumption ($p$<0.05). A positive significant relationship was found between Total Quality of Life Index (QLI) and low BMI, doing exercise and not consuming alcohol ($p$<0.05). No significant correlation was found between Total QLI and MEDAS scores ($p$>0.05). It was thought that the rates of adherence to the Mediterranean diet and the quality of life of hypertension patients in Diyarbakır were low independently of each other; and that patients should be asked about their nutritional habits during their outpatient clinic visits, in addition to using their medications regularly.

**Keywords:** Hypertension, Mediterranean Diet, Quality of Life

***Sorumlu Yazar:*** Fehime Zeynep GÜRKAN, İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul, Türkiye.
***E-mail:*** fzeynepgurkan1@gmail.com
***Bu makaleye atıf yapmak için:*** Gürkan, F.Z., Demirci Ü. (2026). Diyarbakır'da Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Diyetine Uyumun Değerlendirilmesi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 3*(1), 1-17.

## 1. GİRİŞ

Beslenme alışkanlıkları, birçok hastalığın gelişiminde belirleyici bir rol oynamakta olup, bu hastalıkların başında kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon yer almaktadır. Hipertansiyon; inme, böbrek yetmezliği, beyin içi kanama ve ani ölüm gibi ciddi sonuçlara yol açabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu hastalık, bireyin beslenme biçiminden doğrudan etkilenen kronik bir durum olarak değerlendirilmektedir (TEMD Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; TKD Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2020).

Beslenme alışkanlıklarının kronik hastalıklarla olan ilişkisini ortaya koymak, bu hastalıkların önlenmesi ve yönetilmesi açısından temel bir öneme sahiptir. Özellikle hipertansiyon üzerinde yapılan araştırmalar, tuz kısıtlamasının yanı sıra sebze, meyve, baklagil ve balık yönünden zengin Akdeniz tipi beslenme modelinin, hastalığın gelişimini engellemede ve kontrol altına almada etkili olduğunu göstermektedir. Hipertansiyon hastalarına bu sağlıklı beslenme düzenini benimsemeleri önerilse de, bireylerin bu diyete uyum düzeyi yaşadıkları bölgenin sosyo-kültürel özelliklerine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Ayrıca, hastaların yaşam kalitesi algısında gözlenen iyileşmelerin de büyük ölçüde diyet uyumuyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Gün ve Korkmaz, 2014).

Akdeniz tipi beslenme, sağlıklı yaşam biçiminin önemli bir unsuru olarak kabul edilmekte ve bu beslenme modeline geçiş yapan bireylerin uyum düzeyini belirlemek amacıyla Martínez-Gonzalez ve arkadaşları (2012) tarafından Akdeniz Diyetine Uyum Ölçeği (MEDAS) geliştirilmiştir (Martínez-Gonzalez ve ark., 2012). Öte yandan, yaşam kalitesini değerlendirmeye yönelik geliştirilen Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçekleri (QLI), hastalıkların ve tedavi süreçlerinin bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda Ferrans ve Powers tarafından geliştirilen Kardiyak QLI, özellikle kalp hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için tasarlanmış bir ölçme aracıdır (Hagell ve Westergren, 2006).

Yapılan literatür incelemelerinde, Ferrans ve Powers tarafından geliştirilen Kardiyak QLI kullanılarak hipertansiyon hastalarında Akdeniz diyetine uyumun değerlendirildiği bir araştırmaya rastlanmamıştır. Türkiye'nin güneydoğusunda yer alan Diyarbakır ilinde, kırmızı et tüketiminin yoğun olduğu ve bu alışkanlığın beslenme kültüründe önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir (Acıbuca ve Kaya, 2023). Bu nedenle Diyarbakır'da yaşayan hipertansiyon hastalarının Akdeniz tipi beslenme modeline uyum düzeylerinin incelenmesi ve bu uyumun yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin araştırılması, benzer beslenme alışkanlıklarına sahip bölgelerdeki bireyler için örnek teşkil edecek niteliktedir.

Bu araştırmanın amacı, Diyarbakır ilinde yaşayan hipertansiyon hastalarının sağlıklı beslenme modeli olarak kabul edilen Akdeniz diyetine uyum düzeylerini belirlemek ve bu uyumun yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir. Ayrıca, Akdeniz tipi beslenmeye uyumun hipertansiyon hastalarının günlük yaşam kalitesi üzerindeki olası etkilerini ortaya koyarak, bu beslenme modelinin hastaların takip ve tedavi süreçlerine dâhil edilmesinin gerekliliğini değerlendirmek hedeflenmiştir.

## 2. MATERYAL ve METOT

### 2.1. Çalışmanın Türü

Bu çalışma Diyarbakır ilinin merkez ilçeleri olan Kayapınar, Yenişehir ve Bağlar ilçelerindeki üç farklı hastanede kardiyoloji polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri kadın ve erkek primer hipertansiyon hastalarında Ekim 2023 – Nisan 2024 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel tipte yüz yüze görüşülen bir anket çalışması olarak yapılmıştır.

### 2.2. Çalışma Grubu

Çalışmaya; sekonder hipertansiyonu bulunan hastalar, gebelik döneminde olan hipertansiyon hastaları, belirtilen hastanelerin kardiyoloji polikliniğine hipertansiyon dışındaki nedenlerle başvuran bireyler, başvuru sırasında yeni hipertansiyon tanısı konulan hastalar, araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler ve anket formunda eksik verisi bulunan katılımcılar dâhil edilmemiştir.

### 2.3. Veri Toplama Araçları ve Yöntemi

Çalışmada uygulanan "veri toplama formu"nda 20 parametreden oluşan yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, sosyoekonomik durumu, ikamet yeri gibi demografik ve kişisel bilgiler ile hastalık süresi, ilaç kullanım öyküsü, hastalık risk faktörleri (sigara kullanımı, alkol kullanımı, tuz tüketimi, diyet yapma, egzersiz yapma ve eşlik eden hastalıklar) ile ilgili bilgiler toplanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre tuz tüketiminin 5-6 gram (yaklaşık bir çay kaşığı) olması normal olarak, <5 gram olması ise az olarak sınıflandırılır. Hastaların boy uzunluğu, vücut ağırlığı ve kan basıncı ölçümleri yapılmıştır. Boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümlerinden beden kütle indeksi-BKİ ($kg/m^2$) hesaplanmıştır. BKİ'ye göre 18,5 ve altı bir değer zayıf, 18,5-24,9 arasındaki değer normal kilolu, 25,0-29,9 arasındaki değer fazla kilolu, 30,0-34,9 arasındaki değer 1. derece obezite, 35,0-39,9 arasındaki değer 2. derece obezite (aşırı obez), 40 ve üstü bir değer ise 3. derece obezite (morbid obezite) olarak kabul görmektedir (Dünya Sağlık Örgütü).

İkinci anket formu olarak uygulanan Akdeniz Diyetine Uyum Ölçeği (MEDAS), Martínez-Gonzalez ve arkadaşları (2012) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Pehlivanoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış bir ölçektir (Pehlivanoğlu ve ark., 2019; Martínez-Gonzalez ve ark., 2012). Bu ölçekte besin tüketim sıklığına ve beslenme alışkanlıklarına ilişkin toplam 14 soru bulunmaktadır (Tablo 1). Ölçeğin değerlendirilmesi, bireylerin belirli gıdaları tüketme sıklığına göre yapılmakta olup her madde için 0 veya 1 puan verilmektedir. Toplam puanın 7 ve üzerinde olması bireyin Akdeniz diyetine uyumlu bir beslenme biçimine sahip olduğunu, 9 ve üzeri puanların ise yüksek düzeyde uyum gösterdiğini ifade etmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasında elde edilen Cronbach Alpha katsayısı 0,829 olarak saptanmış olup, bu değer ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir (Pehlivanoğlu ve ark., 2019).

Ferrans ve Powers-kardiyak yaşam kalitesi (QLI) Ölçeği, 1998 yılında özel olarak kalp hastalarının yaşam kalitesini değerlendirmek için geliştirilmiş ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özer ve Akdemir tarafından 2002 yılında yapılmış olan bir ölçektir. Ölçeğin kardiyovasküler hastalıklar dışında geliştirilmiş versiyonları da bulunmaktadır. Ölçek memnuniyet ve önem olmak üzere iki kısımdan oluşmakta ve her kısımda benzer içerikte 35 soru vardır. Bu ölçeğin farklı soruları kapsayan 5 alt boyutu bulunmaktadır: (Toplam yaşam kalitesi, sağlık ve fonksiyonellik alt boyutu, sosyal ve ekonomik alt boyutu, psikolojik/inançsal alt boyutu ile aile alt boyutu). Yaşam kalitesi puanının hesaplanmasında, ölçeğin birinci ve ikinci bölümlerinde yer alan her bir sorunun puanları birbiriyle çarpılır ve elde edilen değerler toplanır. Bu toplam, yanıtlanan soru sayısına bölünerek ortalama puan elde edilir. Sonuç olarak bu değere 15 puan eklenerek nihai yaşam kalitesi skoru hesaplanır. Nihai skor 0 ile 30 arasında değişmekte olup, Ferrans ve Powers Kardiyak QLI ölçeğinde puan arttıkça bireyin yaşam kalitesi de artış göstermektedir. Geçerlik ve güvenilirlik araştırmasında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,97 olup bu değer ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Demir ve Özer, 2014).

### 2.4. Etik İlkeler

Çalışmanın etik kurul onayı XXXX Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 222 no'lu karar ile 14/06/2023 tarihinde alınmıştır. Çalışmada uygulanan Akdeniz diyetine uyum (MEDAS) ve Ferrans ve Powers QLI yaşam kalitesi ölçeklerinin kullanımı için gerekli izinler ilgili yazarlardan alınmıştır.

## 2.5. İstatistiksel Analiz

Örneklem büyüklüğünün saptanmasında G-Power (güç) analizi yöntemi ile Power testi 3.1 paket programı kullanılmıştır. T testi için etki büyüklüğü 0,33; alfa katsayısı 0,05 ve güç 0,95 iken örneklem sayısı 122 olarak hesaplanmıştır. Anova varyans analizi için (5 grup) etki büyüklüğü 0,33; alfa katsayısı 0,05 ve güç 0,90 iken örneklem sayısı 150 olarak hesaplanmıştır. Bivariate korelasyon analizi için correlation p H1 0,3; alfa katsayısı 0,05 ve güç 0,95 iken örneklem sayısı 115 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmada örneklem grubunu, polikliniklere başvuran hastalar arasından rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 150 birey oluşturmuştur.

Bu çalışmada elde edilen verilerin analizi, SPSS 25.0 istatistik programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı analizlerde frekans ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Verilerin normal dağılım gösterdiği durumlarda, iki grup arasındaki farkı incelemek için Bağımsız Gruplar t-testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında ise Tek Yönlü Anova testi uygulanmıştır. Bu analizler, hasta bilgi formundan elde edilen veriler ile ölçek puanları arasındaki farkları değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Akdeniz diyetine uyum düzeyi ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarında $p<0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Tablo 1.** Akdeniz Diyetine Uyum Ölçeği (MEDAS)[5]

| Soru | Uyum Kriteri | Yanıt |
|---|---|---|
| 1. Pişirmede temel olarak kullandığınız yağ çeşidi zeytinyağı mı? | Evet | |
| 2. Günlük tükettiğiniz zeytinyağı miktarı? (1 yemek kaşığı=13,5g) (Kızartma, salata, ev dışı yemekler vb. dahil) | ≥4 yemek kaşığı | |
| 3. Günlük tükettiğiniz sebze miktarı? ( Garnitür ve yan porsiyonlar ½ puan; Tam porsiyon 200 g) | ≥2 | |
| 4. Günlük tükettiğiniz meyve miktarı? (Taze sıkılmış meyve suyu dahil) | ≥3 | |
| 5. Günlük tükettiğiniz kırmızı et, hamburger veya sosis miktarı? (Tam porsiyon 100-150 g) | <1 | |
| 6. Günlük tükettiğiniz tereyağı, margarin veya krema miktarı? (1 porsiyon=12 g) | <1 | |
| 7. Günlük tükettiğiniz gazlı ve/veya şekerle tatlandırılmış içecek miktarı? | <1 | |
| 8. Şarap içiyorsanız haftada ne kadar tüketiyorsunuz? (1 kadeh=100 ml) | ≥ 7 | |
| 9. Haftada tükettiğiniz kurubaklagil miktarı? (1 porsiyon=150 g) | ≥3 | |
| 10. Haftada tükettiğiniz balık / deniz ürünü miktarı? (100-150 g balık, 4-5 parça veya 200 g deniz ürünleri) | ≥3 | |
| 11. Haftada kaç kez ev yapımı olmayan ticari kurabiye, kek gibi hamur işi ürünler tüketiyorsunuz? | <2 | |
| 12. Haftada tükettiğiniz kuruyemiş miktarı? (1 porsiyon=30 g) | ≥3 | |
| 13. Sığır eti, kırmızı et, hamburger veya sosis yerine tavuk, hindi vb. beyaz et yemeyi tercih ediyor musunuz? | Evet | |
| 14. Haftada kaç kez domatesli, sarımsak, soğan vb. sos eklenmiş; zeytinyağında sotelenmiş, haşlanmış sebze, makarna, pirinç vb. yemekleri tüketiyorsunuz? | ≥2 | |

## 3. BULGULAR

Araştırmaya katılan 150 katılımcıya ait sosyodemografik özellikler ve hastalıkla ilgili sorulara yanıtlar ile tansiyon ve BKİ ölçümlerini kapsayan veri toplama formuna ait bulgular Tablo 2 ve Tablo 3'te sunulmuştur. Katılımcıların yaş ortalamasının 54,75±11,72 yıl olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %54,7'si kadın, %45,3'ü erkek olup, büyük çoğunluğunun evli (%96,7) olduğu saptanmıştır. Mesleki durum açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %40,0'ının ev hanımı, %38,0'ının aktif olarak çalıştığı, %20,0'sinin emekli ve %2,0'sinin işsiz olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyine göre dağılım incelendiğinde, bireylerin %58,0'ının lise öncesi, %18,7'sinin lise, %23,3'ünün ise lise üstü eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Ekonomik durum açısından katılımcıların çoğunluğu orta gelir grubunda (%65,3) yer alırken, %24,0'ı düşük, %10,7'si iyi ekonomik koşullara sahip olduğunu ifade etmiştir. Yaşanılan yer bakımından değerlendirildiğinde ise, katılımcıların büyük kısmının kent merkezinde (%82,0), geri kalanının ise kırsal bölgede (%18,0) ikamet ettiği tespit edilmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Hipertansiyon Hastalarının Sosyodemografik Bulguları

| **Parametreler** | **Katılımcılar (n=150)** | |
|---|---|---|
| | **Ortalama veya Sayı** | **±SS veya %** |
| **Yaş (Yıl)** | 54,75 | 11,72 |
| **Cinsiyet** | | |
| Kadın | 82 | 54,7 |
| Erkek | 68 | 45,3 |
| **Medeni Durum** | | |
| Evli | 145 | 96,7 |
| Bekar | 5 | 3,3 |
| **Meslek** | | |
| Çalışıyor | 57 | 38,0 |
| Çalışmıyor | 3 | 2,0 |
| Ev Hanımı | 60 | 40,0 |
| Emekli | 30 | 20,0 |
| **Eğitim Düzeyi** | | |
| Lise Öncesi | 87 | 58,0 |
| Lise | 28 | 18,7 |
| Lise Üstü | 35 | 23,3 |
| **Sosyoekonomik Durum** | | |
| İyi | 16 | 10,7 |
| Orta | 98 | 65,3 |
| Düşük | 36 | 24,0 |
| **İkamet** | | |
| Kent | 123 | 82,0 |
| Kırsal | 27 | 18,0 |

Araştırmaya katılan hipertansiyon hastalarının klinik özellikleri incelendiğinde, hastalık süresinin ortalama 8,7±7,9 yıl olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %30,0'ı sigara kullandığını, %4,0'ı alkol tükettiğini, buna karşılık büyük çoğunluğun (sırasıyla %70,0 ve %96,0) bu alışkanlıklara sahip olmadığını belirtmiştir. Hastalığa yönelik davranışlar incelendiğinde,

katılımcıların %33,3'ü düzenli diyet uyguladığını, %15,3'ü egzersiz yaptığını, %62,0'sinin tuz tüketimini sınırladığını ifade etmiştir. Eşlik eden hastalıklar açısından değerlendirildiğinde, bireylerin yarısında (%50,0) herhangi bir ek hastalık bulunmazken; %12,7'sinde diyabet, %11,3'ünde koroner kalp hastalığı, %1,3'ünde kemik erimesi ve %24,7'sinde diğer hastalıklar tespit edilmiştir. Katılımcıların BKİ değerleri incelendiğinde, %22,7'sinin normal kiloda, %46,7'sinin fazla kilolu, %21,3'ünün obez ve %9,3'ünün morbid obez grubunda yer aldığı görülmüştür. Poliklinik ortamında yapılan anlık kan basıncı ölçümlerine göre, hastaların %58,0'inde tansiyonun kontrol altında olduğu, buna karşın %28,7'sinde 140/90–160/100 mmHg, %13,3'ünde ise >160/100 mmHg değerleriyle kontrolsüz hipertansiyonun devam ettiği belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Hipertansiyon Hastalarının Hastalığa İlişkin Bulguları

| **Parametreler** | **Katılımcılar (n=150)** | |
|---|---|---|
| | **Ortalama veya Sayı** | **±SS veya %** |
| **Hipertansiyon Süresi (Yıl)** | 8,70 | 7,90 |
| **Sigara İçme** | | |
| Evet | 45 | 30,0 |
| Hayır | 105 | 70,0 |
| **Alkol Tüketme** | | |
| Evet | 6 | 4,0 |
| Hayır | 144 | 96,0 |
| **Diyet Yapma** | | |
| Evet | 50 | 33,3 |
| Hayır | 100 | 66,7 |
| **Egzersiz Yapma** | | |
| Evet | 23 | 15,3 |
| Hayır | 127 | 84,7 |
| **Ek Hastalık** | | |
| Yok | 75 | 50,0 |
| Koroner Kalp Hastalığı | 17 | 11,3 |
| Diyabet | 19 | 12,7 |
| Kemik Erimesi | 2 | 1,3 |
| Diğer | 37 | 24,7 |
| **Tuz Kullanımı** | | |
| Yok | 0 | 0 |
| Az Tuzlu (Kısıtlı) | 93 | 62,0 |
| Normal Tüketim (Kısıtsız) | 57 | 38,0 |
| **Beden Kütle İndeksi (BKİ)** | | |
| 18.5-24.9 | 34 | 22,7 |
| 25-29.9 | 70 | 46,7 |
| 30-34.9 | 32 | 21,3 |
| ≥35 | 14 | 9,3 |
| **Anlık Tansiyon Ölçümü (mm/Hg)** | | |
| <140-90 | 87 | 58,0 |
| 140-90-160/100 | 43 | 28,7 |
| >160/100 | 20 | 13,3 |

Araştırmaya katılan hipertansiyon hastalarının Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği (MEDAS) ve Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) puan ortalamaları incelendiğinde, katılımcıların Akdeniz diyetine

uyum düzeyinin ortalama 5,66±1,65 olduğu belirlenmiştir. Buna göre bireylerin %66,0'ının 7 puanın altında, yani diyete düşük düzeyde uyum gösterdiği; yalnızca %34,0'ının Akdeniz diyetine uyum sağladığı saptanmıştır. Katılımcıların yaşam kalitesi toplam puanı 21,68±5,05 olarak bulunmuştur. QLI alt boyutları değerlendirildiğinde; sağlık ve fonksiyonellik alt boyutu ortalamasının 20,71±6,47, aile alt boyutu ortalamasının 22,27±5,59, sosyal ve ekonomik alt boyutunun 21,80±5,09 ve psikolojik-inançsal alt boyutunun 22,99±4,99 olduğu görülmüştür (Tablo 4).

**Tablo 4.** Hipertansiyon Hastalarının MEDAS (Akdeniz Diyeti Ölçeği) ve Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) Bulguları

| **Parametreler** | **Katılımcılar (n=150)** | |
|---|---|---|
| | **Ortalama** | **±SS veya %** |
| **AKDENİZ DİYETİ ÖLÇEĞİ (MEDAS)** | 5,66 | 1,65 |
| <7 (n, %) | 99 | 66,0 |
| 7≤ (n, %) | 51 | 34,0 |
| **TOTAL QLI** | 21,68 | 5,05 |
| S1 QLI (Sağlık ve Fonksiyonellik Alt Kategorisi) | 20,71 | 6,47 |
| S2 QLI (Aile Alt Kategorisi) | 22,27 | 5,59 |
| S3 QLI (Sosyal ve Ekonomik Alt Kategorisi) | 21,80 | 5,09 |
| S4 QLI (Psikolojik ve İnançsal Alt Kategorisi) | 22,99 | 4,99 |

Hipertansiyon hastalarında Akdeniz diyetine uyum düzeyine göre yaşam kalitesi puanlarının karşılaştırılması sonucunda, MEDAS puanı 7'nin altında olan bireylerle (n=99) 7 ve üzeri puan alan bireyler (n=51) arasında yaşam kalitesi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p$>0,05) ve toplam yaşam kalitesi puanı Akdeniz diyetine düşük uyum grubunda 21,7±5,4, yüksek uyum grubunda ise 21,6±4,3 olarak belirlenmiştir. QLI alt boyutları değerlendirildiğinde, sağlık ve fonksiyonellik alt boyutu ($p$=0,959), aile alt boyutu ($p$=0,273), sosyal ve ekonomik alt boyut ($p$=0,526) ile psikolojik ve inançsal alt boyut ($p$=0,982) açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p$>0,05) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) ve Akdeniz Diyetine Uyum Ölçeğinin (MEDAS) Karşılaştırılması

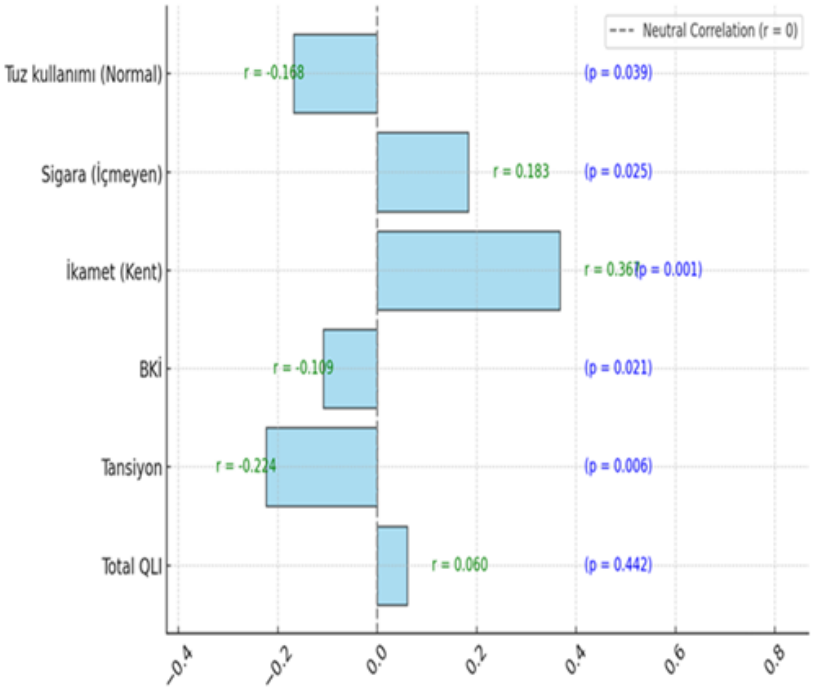
| | **MEDAS <7 (n=99)** | **MEDAS 7≤ (n=51)** | ***P* Değeri** |
|---|---|---|---|
| | | **Ortalama±SS** | |
| **TOTAL QLI** | 21,7±5,4 | 21,6±4,3 | 0,820 |
| S1 QLI (Sağlık ve Fonksiyonellik Alt Kategorisi) | 20,7±6,8 | 20,8±5,7 | 0,959 |
| S2 QLI (Aile Alt Kategorisi) | 22,6±5,6 | 21,6±5,4 | 0,273 |
| S3 QLI (Sosyal ve Ekonomik Alt Kategorisi) | 21,9±5,1 | 21,4±5,0 | 0,526 |
| S4 QLI (Psikolojik ve İnançsal Alt Kategorisi) | 23,0±5,1 | 23,0±4,8 | 0,982 |

Hipertansiyon hastalarında Akdeniz diyetine uyum düzeyi ile yaşam kalitesi ve çeşitli sosyodemografik-klinik değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, Akdeniz diyetine uyum ile toplam yaşam kalitesi puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (r=0,06, *p*=0,442). Buna karşın, tansiyon ölçüm değeri (r=-0,224, *p*=0,006) ve BKİ (r=-0,109, *p*=0,021) ile Akdeniz diyetine uyum arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır; bu durum, diyet uyumu arttıkça tansiyon düzeyinin ve BKİ'nin azalma eğiliminde olduğunu göstermektedir. Ayrıca, kentte yaşayan bireylerde (r=0,367, *p*=0,001) ve sigara kullanmayanlarda (r=0,183, *p*=0,025) diyet uyumunun anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Normal tuz tüketimi ile diyet uyumu arasında ise negatif yönlü zayıf bir ilişki görülmüştür (r=-0,168, *p*=0,039). Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, ekonomik durum, hipertansiyon süresi, diyet yapma ve egzersiz değişkenleri ile Akdeniz diyetine uyum arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (*p*>0,05) (Tablo 6).

**Tablo 6.** Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Diyetine Uyum Ölçeğinin (MEDAS) Toplam Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) ve Diğer Parametreler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

| **Parametreler** | **MEDAS** |
|---|---|
| Toplam QLI | r: 0,06, *p*= 0,442 |
| Tansiyon Ölçüm Değeri | r: - 0,224, *p*= 0,006 |
| BKİ | r: - 0,109, *p*= 0,021 |
| İkamet (Kent) | r: 0,367, *p*= 0,001 |
| Sigara (İçmeyen) | r: 0,183, *p*= 0,025 |
| Tuz Kullanımı (Normal) | r: - 0,168, *p*= 0,039 |
| Yaş | r: - 0,072, *p*= 0,379 |
| Cinsiyet (Kadın) | r: 0,020, *p*= 0,812 |
| Medeni Durum (Bekar) | r: 0,046, *p*= 0,575 |
| Meslek (Emekli) | r: 0,073, *p*=0,376 |
| Sosyoekonomik Durum (Düşük) | r: - 0,134, *p*=0,102 |
| Hipertansiyon Süresi | r: - 0,051, *p*= 0,538 |
| Diyet (Yapan) | r: - 0,039, *p*= 0,635 |
| Egzersiz (Yapan) | r: - 0,076, *p*=0,354 |

Şekil 1'de görüldüğü üzere, Akdeniz diyetine uyum ile yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (*p*>0,05). Buna karşın, diyet uyumu arttıkça tansiyon ve BKİ değerlerinin azaldığı; kentte yaşayan ve sigara kullanmayan bireylerde uyumun daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca tuz tüketimi ile diyet uyumu arasında zayıf fakat anlamlı bir negatif ilişki saptanmıştır (r=-0,168, *p*=0,039).



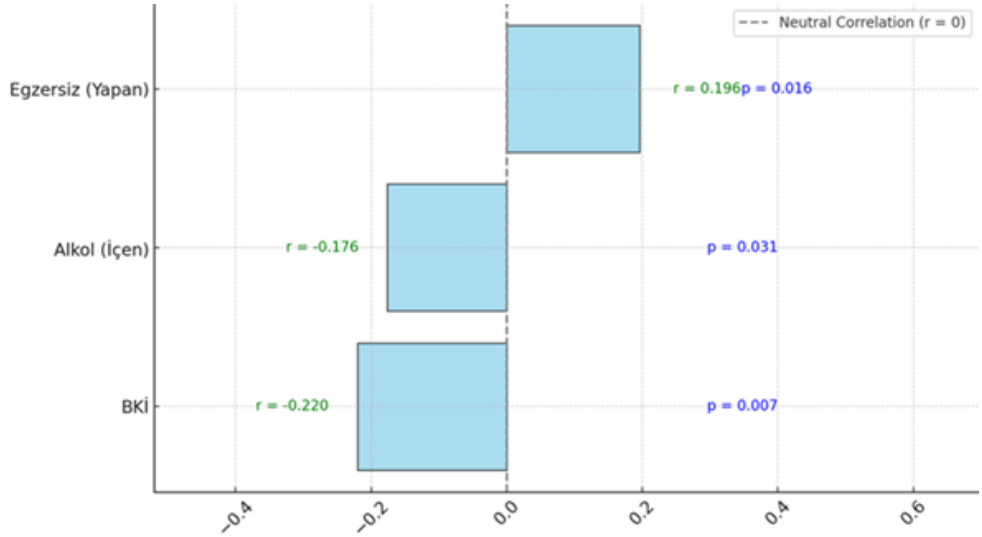

**Şekil 1.** Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Diyetine Uyum Ölçeğinin (MEDAS) Toplam Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) ve Diğer Parametreler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırmada yaşam kalitesi ile çeşitli değişkenler arasındaki ilişkiler incelendiğinde, BKİ ile yaşam kalitesi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-0,220, *p*=0,007). Benzer şekilde, alkol tüketimi yaşam kalitesini olumsuz etkilemiş (r=-0,176, *p*=0,031), buna karşılık düzenli egzersiz yapan bireylerde yaşam kalitesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (r=0,196, *p*=0,016). Yaş, cinsiyet, hipertansiyon süresi, ek hastalık, tansiyon değeri, ikamet yeri, tuz kullanımı, medeni durum, meslek, ekonomik durum ve diyet yapma değişkenleri ile yaşam kalitesi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (*p*>0,05) (Tablo 7).

**Tablo 7.** Hipertansiyon Hastalarında Toplam Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) ve Diğer Parametreler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

| Parametreler | Total QLI |
|---|---|
| BKİ | r: - 0,220, *p*=0,007 |
| Alkol (İçen) | r: - 0,176, *p*= 0,031 |
| Egzersiz (Yapan) | r: 0,196, *p*=0,016 |
| Yaş | r: 0,051, *p*= 0,533 |
| Cinsiyet (Kadın) | r: 0,041, *p*= 0,622 |
| Hipertansiyon Süresi (Yıl) | r: - 0,04, *p*=0,596 |
| Ek Hastalık | r: - 0,064, *p*=0,436 |
| Tansiyon Ölçüm Değeri | r: - 0,112, *p*=0,174 |
| İkamet (Kent) | r: - 0,070, *p*= 0,393 |
| Tuz Kullanımı (Normal) | r: - 0,049, *p*=0,556 |
| Medeni Durum (Evli) | r: 0,121, *p*= 0,140 |
| Meslek (Çalışıyor) | r: 0,005, *p*=0,948 |
| Sosyoekonomik Durum (İyi) | r: 0,147, *p*=0,102 |
| Diyet (Yapan) | r: 0,118, *p*= 0,150 |

Şekil 2'de görüldüğü üzere, yaşam kalitesi indeksi (QLI) ile BKİ ve alkol kullanımı arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler bulunmuştur (sırasıyla r=-0,220, *p*=0,007; r=-0,176, *p*=0,031). Buna karşın, egzersiz yapan bireylerde yaşam kalitesi puanlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (r=0,196, *p*=0,016).




**Şekil 2.** Hipertansiyon Hastalarında Toplam Yaşam Kalitesi İndeksi (QLI) ve Diğer Parametreler Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

## 4. TARTIŞMA

Hipertansiyon, yetişkin bireylerde yaygın olarak görülen, birçok hastalıkla birlikte seyredebilme özelliğine sahip ve beslenme alışkanlıklarından doğrudan etkilenen kronik bir

sağlık sorunudur. Polikliniklerde takipli hipertansiyon tanılı yetişkin hastaların en sık görüldüğü yaş genellikle 40-60 yaş aralığıdır. Kadınlarda menopoz öncesi hipertansiyon prevalansı nispeten erkeklere göre düşük kalırken menopoz sonrası giderek artar (TKD Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2020; Satman ve ark., 2013). Çalışma grubumuzdaki hastaların yaş ortalaması da 54,75±11,72 yıl olarak saptandı; %54,7'si kadın hastalardı. Ayrıca hastalarımızın BKİ değerleri %46,7 hastada 25-29,9 aralığında, %30,6 hastada ≥30 olarak bulundu. Bu durumda yüksek BKİ hipertansiyon hastalarımızda önemli oranda eşlik eden bir risk faktörü olarak öne çıkmaktaydı.

Hastaneye başvuruda ilk kez hipertansiyon tanısı alan hastalar çalışmaya dahil edilmediği için çalışmadaki hastaların hipertansiyon hastalık süresi 8,7±7,9 yıl olarak bulundu; %42 hastada tansiyon kontrolü istenen düzeyde değildi (>140/90 mmHg). Bununla da ilişkili olarak hastalarımızın egzersiz yapma (%15,3), diyet yapma (%33) ve tuz kısıtlaması (%38) oranları da düşük düzeylerdeydi. Özellikle erkek cinsiyette ve ileri yaşlarda da hastalık kontrolü bakımından daha dikkatli olmak gerektiği bildirilmiştir (Aypak ve ark., 2013). Çalışmaya katılan bireylerde, kültürel değerler ve toplumsal tutumların etkisiyle alkol tüketiminin oldukça sınırlı (%4) olduğu görülmüştür. Buna karşın, hastaların uzun süreli izlem altında bulunmalarına rağmen sigara kullanımının %30 oranında sürdüğü belirlenmiştir.

Akdeniz tipi beslenme; zeytinyağı, balık, kurubaklagil, tam tahıl, sebze ve meyve tüketiminin ön planda olduğu bir beslenme modelidir ve bu diyet biçiminin hipertansiyon üzerinde olumlu etkiler yarattığı çeşitli çalışmalarda belirtilmiştir (Barbaros ve Kabaran, 2014; Ekim, 2018). Akdeniz diyetine bağlılık arttıkça kardiyovasküler hastalık riskinin azaldığı gösterilmiştir (Martínez-González ve ark., 2012). MEDAS, hastaların beslenme alışkanlıklarını değerlendirmede kullanılabilecek geçerli bir ölçek olarak önerilmektedir (Pehlivanoğlu ve ark., 2019). Çalışmamızda hastaların ortalama MEDAS değerleri 5,66±1,65 olarak düşük bulunmuştur. Bu değer hastaların genel olarak Akdeniz diyetine iyi uyum göstermediklerine işaret etmektedir. Ülkemizin farklı bölgelerinde sağlıklı ve hasta bireylerde yapılan çalışmalarda saptanan ortalama MEDAS değerleri daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla Türkiye: 6,7±1,9; Antalya: 6,7±2,08; Eskişehir: 6,83±3,34; Samsun: 7,45±2,17; Gaziantep: 6,6±1,6; İstanbul: 6,6±2,33) (Pehlivanoğlu ve ark., 2019; Özkaya, 2023; Önder ve Seremet Kürklü, 2023; Uzdil ve ark., 2024; Katırcı Kırmacı ve ark., 2023; Aydemir ve ark., 2024). Ülkemizde hipertansiyon hastalarında MEDAS skorlarının araştırıldığı çalışma sayısının kısıtlı olduğu, Diyarbakır'da hipertansiyon hastalarında ise bu çalışma sonuçlarının ilk olduğu değerlendirilmektedir.

Eskişehir'deki 117 hipertansiyon hastası üzerinde yapılan bir çalışmada, Akdeniz tipi beslenme alışkanlıklarının kan basıncı regülasyonu ve metabolik sendrom parametreleri üzerindeki etkisi araştırılmış; çalışmamızda olduğu gibi MEDAS skoru yüksek olan hipertansiyon hastalarının daha iyi kan basıncı regülasyonuna ve daha düşük BKİ değerlerine sahip oldukları görülmüştür. Bu çalışmada hipertansiyon hastalarının %38,5'inin Akdeniz diyetine uyum açısından düşük puan (<7) aldığı görülürken çalışmamızda bu oran %66 olarak daha yüksek orandadır.

Çalışma grubunda Akdeniz diyetine uyum (MEDAS ≥7) düzeyinin, kent merkezinde yaşayan bireylerde anlamlı biçimde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p$=0,006). Kırsalda ikamet eden 24 hastadan yalnızca 3'ünün MEDAS puanının 7 ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Bulgular, Akdeniz diyetine uyum skorlarının düşük kan basıncı değerleri, düşük BKİ, az tuz tüketimi, kentte yaşama ve sigara kullanmama ile pozitif yönlü ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur. Özellikle sigara içmeyen, tuz kısıtlamasına dikkat eden, normal kilolu ve kentte yaşayan bireylerin diyete daha fazla uyum sağladıkları görülmüştür. Bu durum, kent yaşamının hem beslenme bilinci ve farkındalığını artırması hem de sağlıklı besinlere erişim kolaylığı sağlaması ile ilişkili olabilir. Buna karşılık, kırsal bölgelerde yaşayan bireylerin hayvansal kaynaklı besinleri (et ve süt ürünleri) daha sık tüketme alışkanlıklarının, Akdeniz tipi beslenmeye uyum düzeylerini düşürdüğü düşünülmektedir.

Sigara kullanmayan bireylerin, sağlıklı beslenme ilkelerine ilişkin önerilere karşı daha yüksek farkındalık ve uyum eğilimi gösterdikleri düşünülebilir. Çalışmamızda gösterilen BKİ ile MEDAS skoru arasındaki negatif ilişkiyi doğrular nitelikte obez bireylerin Akdeniz diyetine uyumunun daha düşük olduğu bildirilmiştir (Durmaz ve Arslan, 2017). Yüksek sodyum alımı ile hipertansiyon arasındaki ilişki iyi bilinmektedir (Burns ve ark., 2019). Hastalarımızdan tuz kısıtlamasına uymayanların oranı %38 bulunmuş; kısıtlı tuz tüketim oranı arttıkça MEDAS skorlarının da yükseldiği gözlenmiştir. Akdeniz diyetinin sağlıklı beslenme ilkelerini benimsemeyi teşvik ettiği söylenebilir.

Araştırmalarda hipertansiyon hastalarında yaşam kalitesini etkileyen çok çeşitli demografik, fiziksel ve psikolojik faktörlerden söz edilmiştir. Hipertansiyonun kontrolünde yaş, tedaviye ve beslenme planına uyum, ek hastalıkların varlığı ile aile ve yakın çevreden sağlanan sosyal destek belirleyici faktörler arasında yer almaktadır (Yıldız ve Sert, 2017). Bununla birlikte, Akdeniz diyetine yüksek düzeyde uyum gösteren bireylerin, genellikle daha iyi ekonomik koşullara ve daha yüksek eğitim düzeyine sahip oldukları çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur (Veronese ve ark., 2018; Schröder ve ark., 2011; Kalkuz ve Demircan, 2021). Çalışmamızda Akdeniz diyetine uyumun kentte ikamet edenlerde daha yüksek olması; buna

karşın yaş, eğitim, cinsiyet gibi çalışmalarda gösterilen bazı faktörlerle ilişkisinin olmaması, bireylerin yöresel beslenme alışkanlıklarına sıkı derecede bağlı olduklarını düşündürmektedir.

Hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesi skorları ile ilgili yapılan araştırmalar, bu hastaların yaşam kalitesinin genellikle düşük olduğunu ve çeşitli faktörlerin bu durumu etkilediğini göstermektedir (Gün ve Korkmaz, 2014). Hastalarımızın toplam yaşam kalitesi (QLI) skoru da düşük kalmıştır (21,68±5,05). Çalışma grubumuzdaki hastalarda toplam QLI ile BKİ düşüklüğü, alkol tüketimi olmaması ve egzersiz yapıyor olma arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Buna göre yüksek BKİ, hareketsiz yaşam ve alkol tüketiminin, hipertansiyonu ve genel sağlığı kötüleştirerek yaşam kalitesini olumsuz etkilediği söylenebilir. Yüksek BKİ ve obezite ile ilişkili sağlık sorunlarının hipertansiyon hastalarında fiziksel aktiviteyi kısıtlayarak yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğu bildirilmiştir (Erci ve ark., 2018).

Çalışmamızda hem MEDAS'a uyum hem de yaşam kalitesi (QLI) skorları düşük oranda olmakla birlikte, yaşam kalitesi ile MEDAS arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış, ancak hem yüksek BKİ hem de fiziksel aktivite azlığının yaşam kalitesini olumsuz etkiliyor olması diyet ve sağlıklı beslenmenin de önemini desteklemektedir.

Ülkemizde yetişkinlerde Akdeniz diyetine uyum ile yaşam kalitesinin karşılaştırıldığı kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Edirne il merkezi aile sağlığı merkezlerine başvuran 18-65 yaş arası yetişkin bireylerde yapılan çalışmada Akdeniz diyetine daha fazla uyum gösterenlerde BKİ değerlerinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Ancak bu çalışmada da Akdeniz diyet skoru ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki net olarak gösterilememiştir. Bireylerin yalnızca yaşam kalitesi ölçeği ağrı alt boyutu ile Akdeniz diyetine uyum skoru arasında anlamlı bir ilişki bulunurken ($p$<0,05); diğer yaşam kalitesi boyutları ile Akdeniz diyetine uyum arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (Kalkuz ve Demircan, 2021).

Bursa'da 250 hipertansiyon hastasında yapılan bir çalışmada acil servise başvuran olguların Akdeniz diyetine uyumunun ve tedaviye uyumunun yaşam kalitesini etkilediği ($p$<0,05); en düşük yaşam kalitesi puanının fiziksel fonksiyon alt boyutundan alındığı bildirilmiştir. Bu çalışma çalışmamızdan farklı olarak acil servise başvuran hastalarda Akdeniz diyetine uyum ile yaşam kalitesi arasında pozitif anlamlı ilişki göstermiş; çalışmamızdaki en düşük puanlı yaşam kalitesi boyutu olan sağlık ve fonksiyonellik boyutuna benzer şekilde en düşük yaşam kalitesi puanı fiziksel fonksiyon alt boyutunda bildirilmiştir (Köse, 2019).

## 5. SONUÇ

Bu araştırma, Diyarbakır'daki hipertansiyon hastalarının büyük bölümünün, hastalıklarına rağmen yöresel olarak et ve süt ürünleri ağırlıklı beslenme alışkanlıklarını sürdürdüklerini ve Akdeniz diyetinin diğer bileşenlerinin tüketiminin düşük olabileceğini göstermiştir. Akdeniz diyetine yüksek düzeyde uyum gösteren hastalarda kan basıncı kontrolünün daha iyi olduğu, BKİ'nin daha düşük seyrettiği ve tuz kısıtlamasına daha fazla dikkat edildiği saptanmıştır. Ayrıca egzersiz yapan, alkol tüketmeyen ve düşük BKİ'ye sahip bireylerin yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hem Akdeniz diyetine uyum hem de yaşam kalitesi puanlarının genel olarak düşük olduğu; buna karşın BKİ ile yaşam kalitesi arasında doğrudan bir ilişki bulunduğu ortaya konmuştur. Bu bulgular, Akdeniz diyetine uyumun kan basıncı kontrolü ve yaşam kalitesini iyileştirmede önemli bir rol oynadığını göstermekte olup, benzer beslenme kültürüne sahip bölgelerde hastaların beslenme alışkanlıklarının düzenli olarak değerlendirilmesi ve farkındalık artırıcı girişimlerin planlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

**Teşekkür**

Çalışmaya katılan gönüllü bireylere teşekkür ederiz.

**Çıkar Çatışması**

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**Finansal Destek**

Bu çalışmada finansal destek bulunmamaktadır.

**Lisans Bilgisi**

**Telif Hakkı © 2026 Yazar(lar).**

Bu makale, **Creative Commons Atıf-GayriTicari 4.0 Uluslararası Lisansı (CC BY-NC 4.0)** kapsamında lisanslanmıştır. Bu lisans kapsamında eser, uygun atıf yapılması ve ticari amaçla kullanılmaması koşuluyla paylaşılabilir, çoğaltılabilir ve uyarlanabilir.

Lisans metnine aşağıdaki bağlantıdan ulaşabilirsiniz:

**https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/**

## KAYNAKLAR

Acıbuca, V., & Kaya, A. (2023). Mardin İli Artuklu İlçesinde Tüketicilerin Kırmızı Et Tüketim Tercihi ve Alışkanlıkları. *Çukurova Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi*, 38(2), 244-253.

Aydemir, B., Aksu, B. M., & Kayan Tapan, T. (2024). Üniversite Öğrencilerinin Akdeniz Diyetine Bağlılık Düzeylerinin Yaşam Kalitesi ve Beden Kütle İndeksi ile İlişkilendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(1), 139-146.

Aypak, C., Önder, Ö., Dicle, M., Yıkılkan, H., Tekin, H., & Görpelioğlu, S. (2013). Hipertansif Hastaların Kan Basıncı Kontrol Düzeylerinin ve Tedavi Uyumlarının Değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, *38*(2), 224-232.

Barbaros, B., & Kabaran, S. (2014). Akdeniz Diyeti ve Sağlığı Koruyucu Etkileri. *Beslenme ve Diyet Dergisi, 42*(2), 140-147.

Burns, J., Persaud-Sharma, D., & Green, D. (2019). Beyond JNC 8: Implications for Evaluation and Management of Hypertension in Underserved Populations. *Acta Cardiologica, 74*(1), 1–8.

Demir, Ş., & Özer, Z. (2014). Kardiyovasküler Hastalıklarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji, 21*(3), 182-191.

Durmaz C., & Arslan P. (2017). Toplumda Hipertansiyon ve Kan Basıncını Etkileyen Etmenler. *Beslenme ve Diyet Dergisi, 45*(3), 278-286.

Ekim, M. (2018). Hipertansiyon Tedavisinde Beslenme ve Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Önemi. *Bozok Tıp Dergisi*, *8*(2), 80-85.

Erci, B., Elibol, M., & Aktürk, Ü. (2018). Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 26*(2), 79-92.

Gün, Y., & Korkmaz, M. (2014). Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. *DEUHYOED*, *7*(2), 98-108.

Hagell, P., & Westergren, A. (2006). The Significance of Importance: An Evaluation of Ferrans and Powers' Quality of Life Index. *Quality of Life Research, 15*(5), 867-876.

Kalkuz, S., & Demircan, A. (2021). Effects of The Mediterranean Diet Adherence on Body Composition, Blood Parameters and Quality of Life In Adults. *Postgraduate Medical Journal*, *97*(1154), 798–802.

Katırcı Kırmacı, ZI & Kurtgil, S & Ota, N & Kırmacı, Y. (2023). Determination of Adherence to Mediterranean Diet, Physical Activity Level and Relationship Between Chronic Disease in Adults: Cross-Sectional Study. *Turkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, *8*, 1-10.

Köse, E.G. (2019). *Hipertansiyon Hastalarında Akdeniz Tipi Beslenme ve İlaç Tedavisine Uyumun Acil Servise Başvuru Sıklığına ve Yaşam Kalitesine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Bursa Uludağ Üniversitesi.

Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Ros, E., Covas, M. I., Fiol, M., Wärnberg, J., Arós, F., Ruíz-Gutiérrez, V., Lamuela-Raventós, R. M., Lapetra, J., Muñoz, M. A., Martínez, J. A., Sáez, G., Serra-Majem, L., Pintó, X., Mitjavila, M. T., Tur, J. A., Portillo, M. P., & Estruch, R. (2012). Cohort Profile: Design and Methods of the PREDIMED Study. *International Journal of Epidemiology, 41*(2), 377-385.

Martínez-González, M. A., García-Arellano, A., Toledo, E., Salas-Salvadó, J., Buil-Cosiales, P., Corella, D., Covas, M. I., Schröder, H., Arós, F., Gómez-Gracia, E., Fiol, M., Ruiz-Gutiérrez, V., Lapetra, J., Lamuela-Raventós, R. M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Muñoz, M. A., Wärnberg, J., Ros, E., & Estruch, R. (2012). A 14-item Mediterranean

Diet Assessment Tool and Obesity Indexes Among High-Risk Subjects: The Predimed Trial. *PloS One*, *7*(8), e43134.

Önder, A.H., & Seremet Kürklü, N. (2023). Kanser Hastalarında Akdeniz Diyetine Uyumun İnflamasyon ve Nüks Üzerine Olan Etkisi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 45(4), 504-13.

Özkaya, B.N. (2023). *Yetişkin Bireylerde Sürdürülebilir Besin Seçimi ve Akdeniz Diyetine Uyumun Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Beslenme ve Diyetetik Ana Bilim Dalı, Hacettepe Üniversitesi.

Pehlivanoğlu, E. F. Ö., Balcıoğlu, H., & Ünlüoğlu, İ. (2020). Akdeniz Diyeti Bağlılık Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Osmangazi Tıp Dergisi, 42*(2), 160-164.

Satman, I., Omer, B., Tutuncu, Y., Kalaca, S., Gedik, S., Dinccag, N., Karsidag, K., Genc, S., Telci, A., Canbaz, B., Turker, F., Yilmaz, T., Cakir, B., & Tuomilehto, J. (2013). Twelve-Year Trends in the Prevalence and Risk Factors of Diabetes and Prediabetes in Turkish Adults. *European Journal of Epidemiology*, *28*(2), 169–180.

Schröder, H., Fitó, M., Estruch, R., Martínez-González, M. A., Corella, D., Salas-Salvadó, J., Lamuela-Raventós, R., Ros, E., Salaverría, I., Fiol, M., Lapetra, J., Vinyoles, E., Gómez-Gracia, E., Lahoz, C., Serra-Majem, L., Pintó, X., Ruiz-Gutierrez, V., & Covas, M. I. (2011). A Short Screener is Valid for Assessing Mediterranean Diet Adherence Among Older Spanish Men and Women. *The Journal of Nutrition*, *141*(6), 1140–1145.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2025). Sağlıklı Beslenme ve Haraketli Hayat Dairesi Başkanlığı. https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/obezite.

Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği *Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. (2022). TEMD Yayınları, Ankara, 6. Baskı.

Türk Kardiyoloji Derneği *Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu*. (2020). Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, İstanbul.

Uzdil, Z., Çelebi, M. S. M., Öztürk, Y. E., & Kaya, P. S. (2024). Effect of Food Literacy on Adherence to Mediterranean Diet and Anthropometric Measurements in Adults. *Revista de Nutrição, 37*, e230034.

Veronese, N., Stubbs, B., Noale, M., Solmi, M., Rizzoli, R., Vaona, A., Demurtas, J., Crepaldi, G., & Maggi, S. (2018). Adherence to a Mediterranean Diet is Associated With Lower Incidence of Frailty: A Longitudinal Cohort Study. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland), 37*(5), 1492–1497.

Yıldız, H., & Sert, H. (2017). Hipertansif Hastalarda Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri Internal Medicine Nursing-Special Topics, 3*(3), 143-146.