



**T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

HİPERTANSİYON TANILI HASTALARDA TAMAMLAYICI TEDAVİ KULLANMA SIKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

BÜŞRA SONKAYA

**DANIŞMAN
Doç. Dr. ÖZLEM ÖRSAL**

2018

KABUL VE ONAY SAYFASI

KABUL VE ONAY SAYFASI

Büşra SONKAYA'nın Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "**Hipertansiyon tanılı hastalarda tamamlayıcı tedavi kullanım sıklığının değerlendirilmesi**" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" edilmiştir.

29.05.2018

Üye : Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Danışmanı)

Üye : Prof. Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU

Üye : Doç. Dr. Güler BALCI ALPARSLAN

Üye : Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÖZKARAMAN

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 01/06/2018 tarih ve 1177/1.5806 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasan Meysi GÜNEŞ
Enstitü Müdürü

ÖZET

Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı Tedavi Kullanma Sıklığının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmanın amacı kardiyoloji kliniğine yatan HT hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma eğilimlerini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma, 2017 yılı Haziran - Ağustos aylarında kardiyoloji kliniğine yatan HT hastalarıyla yapılan bir çalışmadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden evrenin tümüne ulaşmak hedeflenmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 100 (%96.2) hasta ile tamamlanmıştır. Veriler, çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan aydınlatılmış yazılı onam alınarak toplanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için gerekli olan verileri toplamak amacıyla, hastaların bazı sosyo-demografik özellikleri, hastalık tanıtıcı özellikleri ve TAT yöntemleri ile ilgili tutumlarını belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından oluşturulan "Veri Toplama Formu" Fagestrom Nikotin bağımlılık ölçeği ve nabız, sistolik/diyastolik kan basıncı değerleri hastaya ait dosya ve kayıtlardan kullanılmıştır. Veriler hasta odasında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Kategorik veriler kıkare testi, tekrarlı ölçümlerde Anova'da F testi, Mauchly's Test of Sphericity test, Greenhouse-Geisser F değeri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

Bulgular: Hastaların %64'ünün 66 yaş üzerinde olduğu ve %64'ünün kadın olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda hastaların %64'ünün TAT yöntemi olarak bitkisel tedavi kullandığı belirtilmiştir. Kullanılan bitkisel ürünlerde ilk sırayı %89,1 ile limon, ikinci sırayı %43,8 ile sarımsak, üçüncü sırayı %14,1 ile sarımsak ekstresi almıştır. Hastaların %39,1 önce ilaç kullanıp tansiyonu düşmezse bitkisel ürün almaktadır. Katılımcıların %62,5'i bitkisel ürün kullandıktan sonra tansiyon ölçümü yapmaktadır. Katılımcıların %85,9'u kullandığı bitkisel ürün hakkında doktora bilgi vermediği saptanmıştır. TAT kullanımının en sık görülmesi sırasıyla, kadınlarda %73,4, evli bireylerde %66,2, 66 yaş ve üzerinde %62,5, ilçede oturanlarda %60,7'dir. Çalışmamızda kadınların TAT kullanımı (%73,4) erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir ($p=0,018$). Hastaların yaş, eğitim durumu, medeni durum, ikamet yeri vb. sosyo demografik özellikler ve fiziksel egzersiz, sigara kullanımı, bağımlılık durumu vb. HT etki edebilecek bazı risk faktörlerinin TAT kullanımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (her biri için; $p > 0,05$). Hastaneye yatan TAT kullanan ve kullanmayan hastaların ilk 24 saatte ki tekrarlı ölçümlerinden elde edilen hem sistolik / diyastolik kan basıncı hem de nabız değerlerindeki düşüş zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olduğu görülmüştür (Herbiri için; $p < 0,001$).

Sonuç: Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişiklikleri dışında en fazla tamamlayıcı tedavi olarak bitkisel ürün

kullandıkları tespit edilmiştir. Kadınlarda TAT kullanımının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlıdır. Hastaların kan basıncını düşürmek için kullandıkları bitkisel ürünler sırasıyla limon, sarımsak ve sarımsak ekstresidir. TAT uygulama nedenleri tansiyonunu düzeltmek, yan etkilerinin az olması, kolay erişilebilirliği ve hastalığın kötüleşmesini önlemek olduğu, TAT yönteminin bilgi kaynağının komşu-arkadaş-akraba olduğu ve bireylerin kullandığı TAT yöntemini doktoruna söylemediği saptanmıştır. 24 saatte 6 kez tekrarlanan ölçümlerle; SKB ve DKB düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, tamamlayıcı ve alternatif tedavi, geleneksel tıp.



SUMMARY

Assessment of Completion Therapy Use in Patients with Hypertension

Objective: The purpose of this study is to evaluate the tendency of HT patients to use complementary and alternative therapies in the cardiology clinic.

Method: This cross-sectional study is a study conducted with HT patients admitted to the cardiology clinic in June-August 2017. In the study, it was aimed to reach the whole of the universe without choosing a sample and completed with a total of 100 (96.2%) patients who agreed to participate in the study. The data were collected with written informed consent from the patients who agreed to participate in the study. The data collection form "Fagestrom Nicotine Dependency Scale" and pulse, systolic / diastolic blood pressure values were determined by the researcher to determine the attitudes of the patients to some socio-demographic characteristics, disease descriptor characteristics and TAT methods with the aim of collecting the data necessary for conducting the research. files and records. The data were filled using the face-to-face interview technique in the patient's room. Categorical chi-squared test was used, Repeated measures were Anova F test, Mauchly's Test of Sphericity test, Greenhouse-Geisser F value. Significance level was taken as $p < 0,05$.

Result: 64% of the patients were over 66 years old and 64% of them were women. In our study, 64% of the patients reported using herbal treatment as TAT method. For the herbal products used, first order was lemon with 89,1%, second order with garlic with 43,8% and garlic extract with third order with 14,1%. 39.1% of patients use herbal medicines before taking herbal products if they do not have blood pressure. 62.5% of the respondents used blood pressure measurement after using herbal products. It was determined that 85.9% of the participants did not inform the doctor about the herbal product they used. The most frequent use of TAT was 73.4% in women, 66.2% in married people, 62.5% in people aged 66 and over, and 60.7% in residents. In our study, the use of TAT (73.4%) was found to be higher than that of men ($p = 0.018$). Age, educational status, marital status, place of residence, etc. socio-demographic characteristics and physical exercise, smoking, dependency status, etc. The difference between the use of TAT and some of the risk factors HT may be affected is not statistically significant ($p > 0.05$). A decrease in both systolic / diastolic blood pressure and pulsatility values obtained from repeated 24-hour measurements of patients using and not using TAT in the hospital was found to be statistically significant over time ($p < 0.001$ for each)

Conclusion: Patients with hypertension were found to use herbal products as the most complementary treatment except drug treatment

and lifestyle changes. The high use of TAT in women is statistically significant.

Keywords: Hypertension, complementary and alternative therapy, traditional medicine.



İçindekiler

KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
ÖZET	iii
SUMMARY	v
TABLO DİZİNİ	x
ŞEKİL DİZİNİ.....	xi
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1 Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Hipertansiyon Tanımı	4
2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	4
2.2.1. Kan basıncına göre sınıflandırma	4
2.2.2. Hedef organ hasarına göre sınıflandırma.....	6
2.2.3. Etiyolojiye göre sınıflandırma	6
2.2.3.1. Esansiyel (primer) hipertansiyon	6
2.2.3.2. Sekonder hipertansiyon	7
2.2.4. Özel hipertansiyon tipleri	8
2.2.4.1. Beyaz önlük hipertansiyonu	8
2.2.4.2. Maskeli hipertansiyon	9
2.3. Fizyopatoloji	9
2.3.1. Genetik faktörler.....	10
2.3.2. Sempatik sinir sistemi aktivasyonu.....	11
2.3.3. Renin anjiyotensin aldosteron sistemi.....	11
2.3.4. Renal sodyum tutulumu.....	11
2.3.5. Hiperinsülinemi ve insülin direnci	12
2.3.6. Hipertansiyon ve obezite	12
2.4. Klinik Belirti ve Bulgular	12
2.5. Kan Basıncı Ölçümü.....	12
2.5.1. Ölçüm sırasında dikkat edilecek hususlar	13
2.5.2. Kan basıncı ölçüm tekniği	13
2.6. Hipertansiyon Epidemiyolojisi.....	14
2.7. Hipertansiyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	15

2.8. Hipertansiyon Tedavisi	15
2.8.1. Yaşam tarzı değişiklikleri ve nonfarmakolojik tedavi	16
2.8.1.1. Kilo verilmesi.....	17
2.8.1.2. Günlük alınan tuz miktarının azaltılması	17
2.8.1.3. Potasyum alımı	18
2.8.1.4. Alkol tüketimi	18
2.8.1.5. Sigara tüketimi	18
2.8.1.6. Fiziksel aktivite	18
2.8.2. Esansiyel hipertansiyonun farmakolojik tedavisi	19
2.8.3. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi	21
2.8.3.1. Tamamlayıcı alternatif tedavilerde kullanılan yöntemler	23
2.8.3.2. Tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurma nedenleri	24
3- GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni.....	25
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	25
3.5. Veri Toplama Araçları.....	26
3.5.1. Veri Toplama Formu (EK-3)	26
3.5.2. Değerlendirme Formu (EK-4)	26
3.6. Veri Toplama Araçlarının Kullanılması.....	27
3.7. Araştırmanın Uygulanması.....	27
3.7.1. Araştırmanın değişkenleri.....	27
3.7.2. Araştırmanın sınırlılıkları.....	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
4- BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	40
5.1. HT Hastalarının Hastalık Tanıtıcı Özellikleri	40
5.2. HT Hastalarının TAT Kullanmasına İlişkin Özellikleri	41
5.3. TAT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların HT Etki Edecek Risk Faktörleri	43
5.4. TAT Kullanımının Vital Bulgulara Etkisi.....	45
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	46

KAYNAK DİZİNİ	47
EK DİZİNİ	56
EK - 1 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı	56
EK - 2 Kurum İzni.....	59
EK - 3 Veri Toplama Aracı	66
EK -4 Değerlendirme Formu.....	70
ÖZGEÇMİŞ.....	71



TABLO DİZİNİ

Tablo 2.1	
JNC VIII kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması, 2014	4
Tablo 2.2	
ESC / ESH kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması, 2013	5
Tablo 2.3	
NICE kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması, 2011	5
Tablo 2.4	
ASH / ISH kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması, 2014	5
Tablo 2.5	
Kan Basıncı Yüksekliği ile Risk Gruplarının Sınıflandırılması	6
Tablo 2.6	
Sekonder Hipertansiyonun Nedenleri	8
Tablo 2.7	
Korotkoff Sesleri	13
Tablo 2.8	
Antihipertansif tedavi protokolü	16
Tablo 2.9	
Kardiyovasküler hastalıklar ve Hipertansiyon tedavisi için kullanılan bitki ve gıda takviyeleri	23
Tablo 4.1	
HT hastalarının sosyo demografik özellikleri ve HT etki edebilecek bazı risk faktörlerinin dağılımı (n=100)	30
Tablo 4.2 HT hastalarının hastalık tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=100).....	32
Tablo 4.3 HT hastalarının TAT kullanmaya ilişkin özelliklerinin dağılımı (n=100)	34
Tablo 4.4 TAT kullanan ve kullanmayan hastaların sosyo demografik özellikleri ve HT etki edebilecek bazı risk faktörlerine göre dağılımı (n=100)	36
Tablo 4.5 TAT kullanımının 24 saatte ölçülen 6 vital bulgu değerlerine etkisi (n=100)	38

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 2.1. Kan basıncı kontrolünde yer alan bazı faktörler	10
Şekil 2.2. Hipertansiyonda tedavi yaklaşımları	21
Şekil 2.3. Araştırmanın uygulama planı	28
Şekil 4.1. 24 saatlik SKB bulguları	39
Şekil 4.2. 24 saatlik DKB bulguları	39
Şekil 4.3. 24 saatlik nabız bulguları	39



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

- ACEİ :** Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri
ADE: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim
AKBM: Ambulatuvar kan basıncı monitörizasyonu
ARB: Anjiyotensin reseptör blokerleri
ASH: Amerikan Hipertansiyon Derneği
BB: Beta bloker
BDT: Bilişsel davranışsal terapiler
BKİ: Beden Kitle İndeksi
CCB: Kalsiyum kanal blokeri
DKB: Diyastolik Kan Basıncı
DM: Diabetes Mellitus
DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
ESC: Avrupa Kardiyoloji Topluluğu
ESH: Avrupa Hipertansiyon Topluluğu
HT: Hipertansiyon
ISH: Uluslararası Hipertansiyon Derneği
JNC: Birleşik Ulusal Komite
KA: Kalsiyum antagonist
KB: Kan Basıncı
KBH: Kronik böbrek hastalığı
KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği
KVH: Kardiyovasküler Hastalık
mmHg: milimetre civa
NCCIH: The National Center for Complementary and Integrative ve Health
NİCE: National Institute for Health and Clinical Excellence
NO: Nitrik oksit
OH: Organ Hasarı
RAAS: Renin Anjiyotensin Aldosteron Sistemi
RF: Risk faktörü
SCORE: Sistematik Koroner Risk Değerlendirme
SKB: Sistolik Kan Basıncı
SSS: Sempatik Sinir Sistemi
TA: Tansiyon
TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
TD: Tiyazid diüretik
TURDEP-II: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Hipertansiyon (HT), kan basıncının (KB) normal değerlerden yüksek olmasıyla karakterize ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) raporuna göre ölümün en önlenebilir nedenlerinden olan kontrol altına alınabilir bir halk sağlığı problemidir. Prevalansı demografik, kültürel, coğrafik, beslenme ve genetik faktörlerle değişiklikler göstermekte olup yol açtığı komplikasyonlar nedeniyle önemli kronik hastalıklar arasındadır (World Health Organization, A global brief on hypertension, 2018). Onat ve ark. 1990 yılından beri devam eden Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında ülkemizde HT en sık Karadeniz bölgesinde görülmektedir (Onat vd., 2017).

Türkiye'de HT prevalansı, kadınlarda %32.3 erkeklerde %28.4 iken toplam prevalans %30.3'tür (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması-2, 2016). Türk HT Prevelans Çalışması-2 göz önüne alındığında ülkemizde yetişkin her 3 kişiden 1'inde HT olduğu bilinmektedir. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sisteminin 2017 yılı sonuçlarında Türkiye nüfusunun 80 milyona ulaştığı bilinmektedir ve 20 yaş üzeri 55 milyon kişiden 16 milyon kişinin HT olduğu varsayılabilir (Türkiye İstatistik Kurumu, Merkezi Dağıtım Sistemi, 2018). 60 yaş ve üzerinde hipertansiyon prevalansı %85'lere kadar yükselirken, 30 yaş altında da %12 ile ihmal edilmeyecek düzeydedir. (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması-2, 2016).

Avrupa Araştırma Koordinasyon Ajansı (EURIKA) çalışması sonuçlarına göre dünya genelinde ve ülkemizde HT %32,7 ile kardiyovasküler hastalıklar risk faktörlerinde ilk sırada yer almaktadır (Guallar vd., 2011). Türk Kardiyoloji Derneği HT Çalışma Grubunun açıklamasına göre HT, her sene dünyadaki 7.6 milyon insanın ölümüne ve 90 milyon insanın maluliyetine neden olmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 17 Mayıs Dünya Hipertansiyon Günü - Bugün Tansiyonunuzu Ölçtürdünüz mü?, 2018).

Dünyada 2015 yılında meydana gelen 56,4 milyon ölümün 15 milyonu iskemik kalp hastalığı ve inme ikilisinden meydana gelmiştir (World Health Organization, 2018). 2012 yılı içerisinde dünyada gerçekleşen bulaşıcı olmayan hastalıkların sebep olduğu ölümler, %46,2 (17,5 milyon) kalp ve damar hastalıklarıdır. Bu ölümlerin 7,4 milyonu kalp krizi 6,7 milyonu inme nedeniyledir. 2030 yılında kalp ve damar hastalıklarının neden olduğu ölümlerin 22,2 milyon olacağı öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kalp Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı, 2015; Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, 2013).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre ölüme sebebiyet veren hastalıkların başında %39,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları gelmektedir. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklanan ölümlerin %40,5'i iskemik kalp hastalığı, %23,6'sı serebrovasküler hastalık, %22,3'ü diğer kalp hastalığı ve %8,8'i hipertansiyon hastalıklardan kaynaklanmıştır (Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018).

Bu derece mortalite etkeni olan HT'u, kontrol altına almak için farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerle tedaviye uyumunun sağlayıp komplikasyon oluşumunu engellemek gerekmektedir. Önlenabilir kronik hastalıkların başında gelen HT için değiştirilebilir risk faktörleri arasında sağlıklı beslenme, fiziksel egzersiz yetersizliği, sigara ve alkolün zararlı kullanımı gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, Türkiyede Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2017-2021, 2016; World Health Organization, 2018). Avrupa Hipertansiyon Derneği / Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC/ESH) Kılavuz'unda yaşam biçimi değişiklikleri; kilo verilmek, alkol alımının kısıtlanmak, egzersiz yapmak, tuz tüketiminin kısıtlanmak, diyetle yeterli potasyum, magnezyum, kalsiyum alımını sağlanmak, sigarayı bırakmak, diyetle meyve ve sebze tüketimini artırmak, doymuş ve toplam yağ tüketimini azaltılmak olarak belirlemiştir (Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014).

HT'u kontrol altına alabilmek için kişilerin kan basıncı yüksekliğinin farkına varmaları gerekmektedir. Ancak bazı kişilerde KB yükseldiğinde, herhangi bir semptom görülmediğinden uzun yıllar bunu fark etmeyebilir ve bu durum hayati organlara hasar verebilir. Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) sonucunda HT olanların %41,9'u bunun farkında olmadığı belirtilmiştir. Diğer bir deyişle, HT farkındalığı kadınlarda %63.2, erkeklerde %48.5 olmak üzere toplamda %58.1'dir (Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği, 2010). TÜİK 2016 verilerinde 15 yaşında ve üstünde olan kişilerin geçen 12 ay içinde koruyucu hizmetlerden yararlanmanın cinsiyete göre dağılımında; tansiyon ölçtürme, erkeklerde %41,1 kadınlarda %55,9 kan şekeri ölçtürme, erkeklerde %32,0 kadınlarda %47,2 kolesterol ölçümü yaptırma, erkeklerde %29,4 kadınlarda %43,8 olduğu görülmüştür (Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması, 2018).

HT'nun tedavi edilmesindeki amaç, KB normale döndürülmesinin yanında, diğer kardiyovasküler risk etkenlerinin ortadan kaldırılması, hedef organ hasarlarının engellenmesi, hastanın yaşam kalitesinin korunması ve mortalitenin düşürülmesidir. Sistolik kan basıncının (SKB) 140mmHg, diyastolik kan basıncının (DKB) da 90mmHg altında tutulması gerekmektedir (Severcan, 2011). Hipertansiyon tedavisinde farmakolojik, non-farmakolojik, tamamlayıcı ve alternatif tedavi yaklaşımları kullanılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Ulusal Sağlık Enstitüsü Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCIH) Tamamlayıcı ve Alternatif

Tedavi'yi (TAT); geleneksel tıbbın bir parçası sayılmayan ancak tıbbın çeşitli alanlarında yerini almış uygulama ve ürünler olarak tanımlamıştır (National Center for Complementary and Integrative Health, 2016). Tamamlayıcı tedavi, bilimsel tıba destek olarak yapılan tedavilerdir. Alternatif tedavi yöntemlerinden biri de bitkisel tedavi fitoterapidir (Bal, 2009; Sayiner, 2011).

DSÖ 2000 yılındaki verilerine göre, Avusturalya, Avrupa ve Kuzey Amerika'daki kişilerin %50 TAT yöntemlerinden birini kullandığını ve bunlar içinde en çok kullanılan yöntemin bitkiler olduğu açıklanmıştır (Dedeoğlu, 2014; Sarı, 2009). Ülkemizde yapılan çalışmalar hastaların hipertansiyon tedavisi için bilimsel tedavi dışında TAT yöntemlerini de kullandığını göstermektedir. Kullanılan TAT yöntemleri arasında en çok bilinen ve uygulanan ise bitkisel yöntemlerdir. Ülkemizde 2010 yılı ve sonrası hipertansif hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi olarak bitkisel ürün kullanımı %53-94 arasındadır. En çok kullanılan bitkilerin başında limon (%16-50), sarımsak (%2-50), limon + sarımsak (%21) gelmektedir (Akpınar & Tezel, 2003; Biçen, vd., 2012; Efe, Akça, Kiper, Aydın, & Gümüş, 2012; Erdoğan, Oğuz, & Erol, 2014; Güven, Muz, Ertürk, & Özcan, 2013; İpek, vd, 2013; Kalem, 2013; Sağkal, Demiral, Odabaş, & Altunok, 2013; Sarı, 2009).

Yapılan çalışmalarda HT hastalarının kullandığı TAT yöntemleri araştırılrsa da KB etkisinin gözlemlendiği bilimsel çalışmalar ülkemizde oldukça azdır. Bu bağlamda HT hastalarının kullandığı TAT yöntemlerinin ve KB üzerine etkisi konusunda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Bu saptamalar doğrultusunda planlanan çalışmada HT tanılı hastalarda tamamlayıcı tedavi kullanma sıklığı ve KB bulguları değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

1.1 Araştırmanın Soruları

1. Kadınlar erkeklere göre daha mı fazla TAT kullanmaktadır?
2. Yaş ilerledikçe TAT kullanımını artar mı?
3. Kronik hastalık varlığı TAT kullanımını etkiler mi?
4. Gelir düzeyi düşük olanlar daha mı fazla TAT kullanır?
5. TAT kullanımını kan basıncını etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon Tanımı

KB, ventriküllerden artere atılan kanın, damar duvarına yaptığı basınç olarak tanımlanır ve iki bileşenden oluşur. SKB: kalp kasıldığında (ventrikül sistolü) kalbin damarlara attığı kanın damar duvarına yaptığı basınç iken, DKB: kalp gevşediğinde (ventrikül diyastolü) damar duvarında var olan basınçtır. Kan basıncının uluslararası standartlarda kabul edilen ölçüm birimi milimetre cıvadır (mmHg) (Ay, 2011; Severcan 2011).

Genellikle yüksek kan basıncı olarak bilinen HT, arteriyal kan basıncının yükselmesi ile karakterize süregelen (kronik) bir hastalıktır. DSÖ, ESH / ESC 2013 kılavuzu, Birleşik Ulusal Komite (JNC) 7. raporu, America Hipertansiyon Derneği / Uluslararası Hipertansiyon Derneği ASH / ISH 2014 Kılavuzu; HT için 140mmHg'ı SKB üst limiti, 90mmHg'ı DKB üst limiti kabul etmektedirler. Bu değerlerin üzerine çıkması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (American Society of Hypertension, 2014; Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014; National Institutes of Health, 2017).

HT tedavisinde amaç, kan basıncının normale düşürülmesinin yanında, diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, hedef organ hasarlarının azaltılması ve hastanın yaşam kalitesinin korunmasıdır. Bunun içinde SKB 140mmHg, DKB da 90mmHg altında tutulması gerekmektedir (Severcan, 2011).

2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

2.2.1. Kan basıncına göre sınıflandırma

Hipertansiyonun tanısını kolaylaştırmak, ulusal ve uluslararası bir ölçüt belirlemek amacıyla farklı profesyonel organizasyonlar bazı kılavuzlar oluşturmuştur. (Gün, 2012; Ünsal, 2013; Kaya, 2016). Günümüzde, JNC-7 ve ESH/ESC'nin yayınladığı rehberler daha yaygın kullanılmaktadır.

JNC'nin yayınladığı kılavuzda kan basıncı sınıflandırması Tablo 2.1'de gösterilmiştir (Joint National Committee, 2014).

Tablo 2.1: JNC VIII kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması, 2014

Kategori	Sistolik Kan Basıncı		Diyastolik Kan Basıncı
Normal	<120mmHg	Ve	<80mmHg
Prehipertansiyon	120-139mmHg	ve/veya	80-89mmHg
Evre 1 hipertansiyon	140-159mmHg	ve/veya	90-99mmHg
Evre 2 hipertansiyon	>160mmHg	Ve	>100mmHg

mmHg: milimetre cıva

ESH/ESC 'nin yayınladığı kılavuzda kan basıncı sınıflandırması Tablo 2.2'de gösterilmiştir (Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014).

Tablo 2.2: ESC / ESH kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması, 2013

Kategori	Sistolik mmHg	Ve	Diyastolik mmHg
Optimum	<120	ve / veya	<80
Normal	120-129	ve / veya	80-84
Yüksek Normal	130-139	ve / veya	85-89
Evre 1 HT	140-159	ve / veya	90-99
Evre 2 HT	160-179	ve / veya	100-109
Evre 3 HT	≥180	ve / veya	≥110
İzole Sistolik HT	≥140	ve	<90

mmHg: milimetre cıva

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) yayınladıkları kılavuzda kan basıncı sınıflandırması 2.3'te gösterilmiştir (Kaya, 2016).

Tablo 2.3: NICE kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması, 2011

Kategori	
Evre 1 HT	≥ 140/90mmHg + AKBM gün içi veya evde kan basıncı ölçümü ortalaması ≥ 135/85 mmHg
Evre 2 HT	≥ 160/100 mmHg + AKBM gün içi veya evde kan basıncı ölçümü ortalaması ≥ 150/95 mmHg
İleri evre HT	Sistolik ≥ 180 mmHg veya diyastolik ≥ 110 mmHg

AKBM: Ambulatuvar kan basıncı monitörizasyonu, mmHg: milimetre cıva

ASH / ISH yayınladıkları kılavuzda kan basıncı sınıflandırması Tablo 2.4'te gösterilmiştir (American Society of Hypertension, 2014).

Tablo 2.4: ASH / ISH kılavuzuna göre hipertansiyon sınıflaması, 2014

Kategori	Sistolik mmHg		Diyastolik mmHg
Prehipertansiyon	120-139	Veya	80-89
Evre 1 HT	140-159	Veya	90-99
Evre 2 HT	≥160	Veya	≥100
İzole Sistolik HT	≥140	Ve	<90

2.2.2. Hedef organ hasarına göre sınıflandırma

Hedef organ hasarına göre sınıflandırma; yüksek kan basıncının, hayati bazı organlardaki bulguların varlığına ve şiddetine göre değerlendirilmesidir. Kan basıncı yüksekliğinde tanı ve tedavinin amacı kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Kardiyovasküler hastalık riski KB düzeyi, hedef organ tutulumu ve diğer risk faktörlerinin varlığı ve yokluğu ile ilişkilidir. Sistemik Koroner Risk Değerlendirme (SCORE) modeli, kardiyovasküler riski belirlemede yaygın olarak kullanılmaktadır. ESH/ESC Kılavuzları toplam kardiyovasküler riski "düşük", "orta derece", "yüksek" ve "çok yüksek risk" olarak derecelendirmiştir (Tablo 2.5) (Açıkgöz, 2014; Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014; Kaya, 2016; Tiryakioğlu, 2012; Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

Tablo 2.5: Kan basıncı yüksekliği ile risk gruplarının sınıflandırılması

Diğer Risk Faktörleri, Asemptomatik OH veya Hastalıklar	Kan Basıncı (mm/Hg)			
	Yüksek normal SKB 130-139 veya DKB 85-89	1. derece HT SKB 140-159 veya DKB 90-99	2. derece HT SKB 160-169 veya DKB 100-109	3. derece HT SKB ≥180 veya DKB ≥110
Başka risk faktörü yok		Düşük risk	Orta risk	Yüksek risk
1-2 risk faktörü	Düşük risk	Orta risk	Orta - Yüksek risk	Yüksek risk
3 veya daha fazla risk faktörü	Düşük - Orta risk	Orta - Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek risk
OH, KBY (Evre3) veya DM	Orta - Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek risk	Yüksek - çok yüksek risk
Semptomatik KVH, KBY (Evre 4 veya daha yüksek) ve DM (OH veya risk faktörleri ile birlikte)	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk	Çok yüksek risk

SKB: Sistolik Kan Basıncı, DKB: Diyastolik Kan Basıncı, HT: Hipertansiyon, OH: Organ Hasarı, KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği, DM: Diabetes Mellitus, KVH: Kardiyovasküler Hastalık

2.2.3. Etiyolojiye göre sınıflandırma

Hipertansiyon etiyojisine göre primer ve sekonder hipertansiyon olmak üzere ikiye ayrılır.

2.2.3.1. Esansiyel (primer) hipertansiyon

Esansiyel/Primer hipertansiyon, nedeni bilinmeyen hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Tüm yaş gruplarında görülen en yaygın HT tipidir ve HT hastalarının % 90-95'ini oluşturmaktadır. Primer hipertansiyonun gelişiminden genetik yatkınlık, çevresel ve psikososyal faktörlerin sorumlu

olduğu düşünölmektedir (Açıkgöz, 2014; Mccance, Huether, Brashers, & Rote, 2010). Primer hipertansiyonla ilişkili risk faktörleri;

- ✓ Ailede hipertansiyon öyküsü
- ✓ İlerlemiş yaş
- ✓ Cinsiyet (55 yaşın altındaki erkekler ve 70 yaş üzeri kadınlar),
- ✓ Siyah ırk,
- ✓ Diyetle yüksek sodyum alımı
- ✓ Glikoz intoleransı,
- ✓ Sigara
- ✓ Obezite,
- ✓ Ağır alkol kullanımı
- ✓ Potasyum, kalsiyum ve magnezyum yönünden düşük beslenmedir.

Bu faktörlerin çoğu aynı zamanda diğer kardiyovasküler hastalıklar içinde risk faktörleridir (Cinli, 2012; Göktepe, 2017; Gün, 2012; Güngör, 2014; Hacıoğlu, 2014; Mccance, vd., 2010; Severcan, 2011).

Esansiyel hipertansiyon; risk faktörlerinin büyük bir kısmının önlenbilir olması, yaygın bir şekilde görülmesi ve toplumda kontrolü sağlamak için yoğun çaba gerektirmesi sebebiyle halk sağlığı çalışmaları açısından önemli olan bir hipertansiyon çeşididir (Bozkurt, 2013; Tiryakioğlu, 2012).

2.2.3.2. Sekonder hipertansiyon

Belirli bir sebebi olan HT sekonder/ikincil HT olarak adlandırılır. HT olgularının yaklaşık %5-10'unu oluşturmaktadır. Sekonder hipertansiyon çoğunlukla böbrek hastalıkları, endokrin sistem, nörolojik hastalıklar, aort kaarktasyonu, gebelik, intravasküler volüm artması, ilaç kullanımı gibi nedenlerle oluşmaktadır. HT nedenleri Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve JNC'nin kabul ettiği şekliyle Tablo 2.6'da gösterilmiştir (Açıkgöz, 2014; Bozkurt, 2013; Cinli, 2012; Göktepe, 2017; Gün, 2012; Güngör, 2014; Hacıoğlu, 2014; Khatib & El-Guindy, 2005; Severcan, 2011; Tiryakioğlu, 2012).

Tablo 2.6: Sekonder hipertansiyonun nedenleri

**SİSTOLİK VE DİYASTOLİK
HİPERTANSİYON:**

- a. Primer
- b. Sekonder
 - i. Renal
 - 1. Renal parankim hastalıklar
 - Akut Glomerülonefrit
 - Kronik Pyelonefrit
 - Polikistik Renal Hastalık
 - Diyabetik nefropati
 - Hidronefroz
 - 2. Renovasküler Hastalıklar
 - Renal arter stenozu
 - Intarrenal vaskülit
 - 3. Renin oluşturan tümörler
 - 4. Renoprival
 - 5. Primer sodyum retansiyonu
(Liddie sendr., Gordon Sendr.)
 - ii. Endokrin
 - 1. Akromegali
 - 2. Hipotiroidizm
 - 3. Hipertiroidizm
 - 4. Hiperkalsemi
(Hiperparatiroidizm)
 - 5. Adrenal Bozukluklar
 - a. Kortikol
 - Cushing Sendromu
 - Primer Aldosteronizm
 - Konjenital
 - Adrenal Hiperplazi
 - b. Medüller
 - Feokromasitoma
 - 6. Ekstaradrenal
 - Kromaffin Tümörleri
 - 7. Karsinoid Sendrom
 - 8. Ekzojen Hormon kullanımı
 - Östrojen
 - Glukokortikoidler
 - Mineralokortikoidler
 - Sempatomitikler
 - Tiamin içeren yiyecekler
 - Monoamino oksidaz inhibitörleri
 - iii. Aort koartasyonu
 - iv. *Gebeliğe Bağlı Hipertansiyon*
 - v. Nörolojik Hastalıklar
 - 1. Kafa içi basınç artışı
 - Beyin tümörü
 - Ensefalit
 - Respiratuar Asidoz
 - 2. Uyku-apne sendromu
 - 3. Kuadripleji
 - 4. Familyal distonomia
 - 5. Akut Porfiriya
 - 6. Guillain-Barre sendromu
 - 7. Kurşun Zehirlenmesi
 - vi. *Akut Sitres (cerrahi grışimler)*
 - 1. Psikojenik hiperventilasyon
 - 2. Hipoglisemi
 - 3. Yanıklar
 - 4. Pankreatit
 - 5. Alkolü Bırakma
 - 6. Orak Hücre Hastalığı krizi
 - 7. Yeniden Canlandırma Sonrası
 - 8. Ameliyat Sonrası
 - vii. Artmış Damar içi basınç
 - 1. Alkol
 - 2. Nikotin
 - 3. Siklosporin, tacrolimus,
 - 4. Diğer ajanlar

SİSTOLİK HİPERTANSİYON

- i. Artmış kalp atımı
 - Aort yetmezliği
 - A-V fistül,
 - Patent ductus arteriosus
 - Tirotoksikoz,
 - Kemiğin Paget hastalığı
 - Beriberi
 - Hiperkinetik Sirkülasyon
- ii. Aortun sertliği
- iii. İyatrojenik Hipertansiyon

2.2.4. Özel hipertansiyon tipleri

2.2.4.1. Beyaz önlük hipertansiyonu

Beyaz önlük hipertansiyonu, hekim muayenesi sırasında KB ölçümünün yüksek olması ile günün diğer saatlerinde, klinik dışındaki KB ölçümlerinin normal bulunmasıdır. Yapılan çalışmalarda bu tip hipertansiyonun oluşmasında doktordan başka faktörlerin de etkili

olabileceğinden "izole ofis hipertansiyonu" teriminin kullanılmasını önerilmiştir (Parati, Ulian, Santucci, Omboni, & Mancia, 1998; Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

Toplum genelinin yaklaşık %15'inde beyaz önlük hipertansiyonunun bulunduğu dair kanıtlar vardır (Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014; Dolan, vd., 2004; Güngör, 2014; Hansen, Jeppesen, Rasmussen, Ibsen, & Torp-Pedersen, 2006; Mancia, vd., 2006). Türkiye'de yapılan bir çalışmada, beyaz önlük hipertansiyonunu yaklaşık olarak kadınlarda %23, erkeklerde %12 bulunmuştur (Nalbantgil, vd., 1993).

Beyaz önlük hipertansiyonunda tanı, muayene sırasında en az 3 kere ölçülen kan basıncının $\geq 140/90$ mmHg ve evde $\leq 135/85$ mmHg ölçülmesi ile konur. Yine de ilk ölçümde yüksek çıkan kan basıncının masum olmadığı, bu bireylerin diğer bireylere göre daha fazla kardiyovasküler risk altında olduğu belirtilmektedir (Cinli, 2012; Hacıoğlu, 2014; Khatib & El-Guindy, 2005; Mancia, vd., 2006; Sarı, 2009; Tiryakioğlu, 2012). Beyaz önlük hipertansiyonu tanısının 3-6 ay içerisinde doğrulanması gerekmektedir. Bu hastaların tekrarlı ofis dışı KB ölçümleri ile değerlendirilmesi ve yakından takip edilmesi önerilmektedir (Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014).

2.2.4.2. Maskeli hipertansiyon

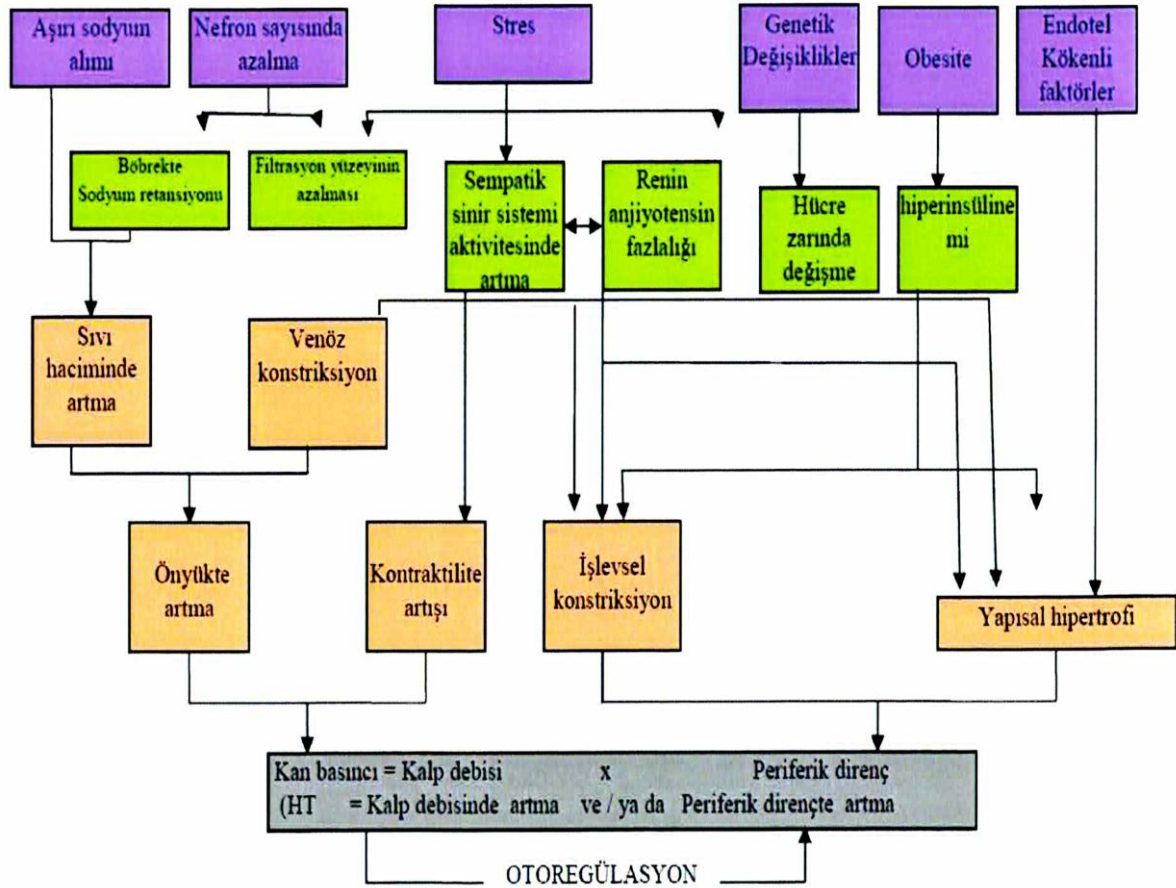
Maskeli-İzole ambulatuvar hipertansiyon, kan basıncının muayenede normal olup, tıbbi ortam dışında normal düzeyden yüksek olmasıdır (Stergiou & Bliziotis, 2011). Saptanması daha zor olan bu hipertansiyonu, yaş, cinsiyet, sigara, alkol, fiziksel aktivite, anksiyete gibi klinik dışı yaşam tarzı alışkanlıkları muayene dışındaki kan basıncı ölçümünü etkileyebilir (Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014).

Muayenede KB değerleri normal olan her 7 bireyden birinin bu grupta olabileceği düşünülmüştür (Cinli, 2012; Mancia, vd., 2006). Maskeli hipertansiyonu olan bireyler, KB normal olan bireylerle kıyaslandığında, metabolik risk faktörü ve organ hasarı prevalansının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014; Güngör, 2014; Sarı, 2009).

2.3. Fizyopatoloji

Kan basıncı, kardiyak debi ile arter sistemine giren kanın arter duvarında oluşturduğu basınçtır. Kan basıncı regülasyonunda meydana gelen bozukluk sonucu hipertansiyon oluşabilir. Kan basıncı kontrolünde; santral sinir sistemi, böbrekler, periferik sinir sistemi, vasküler endotel, adrenal ve hipofiz bezleri görev alır (Güngör, 2014; Mccance, vd., 2010; Severcan, 2011; Topçam, 2017). HT gelişiminde rolü olan patofizyolojik faktörler;

- Artmış sempatik sinir sistemi (SSS) aktivitesi,
- Sodyum tutan hormonların aşırı üretimi,
- Aşırı vazokonstriktör, yetersiz vazodilatör madde üretimi,
- Renin üretimindeki değişiklikler,
- Diyetle sodyumun fazla ve potasyumun az alınması,
- Obezite, insülin direnci ve diyabet,
- Damar hücre büyümesinde etkili faktörlerin aşırı üretimi,
- Endotel hasarıdır.



Şekil 2.1: Kan basıncı kontrolünde yer alan bazı faktörler

2.3.1. Genetik faktörler

Hipertansiyon patogeneğinde genetik faktörlerin önemli rolü vardır. Hipertansiyondan sorumlu tek bir gen tanımlanmamış olmasına rağmen; sorumlu genetik yapı monogenik ve poligenik olarak ayrılmaktadır. Monogenik nedenler arasında; belirgin mineralokortikoid fazlalığı, glukokortikoid yanıtı aldosteronizm, Liddle sendromu, tip 2 pseudohiperaldosteronizm örnek olarak verilebilir. Poligenik nedenler ise primer hipertansiyondan daha fazla sorumlu olmakla birlikte renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) ve sodyum kanalları, β_2 ve β_3 adrenoreseptörler, endotelin-1 (ET-1), nitrik oksit sentaz (NOS3, NOS2A), Guanin nükleotid bağlayıcı protein β_3 subünit (GNB3) ile ilgili genlerdir (Cinli, 2012; Güngör, 2014; Mccance, vd., 2010).

2.3.2. Sempatik sinir sistemi aktivasyonu

Hipertansiyonlu bireylerde epinefrin norepinefrin üretiminin artması ya da bu reseptörleri kapsayan reseptör reaktivitesinin yükselmesi sonucunda SSS aşırı aktif olabilir (Mccance, vd., 2010). Sempatik sinir sisteminin uyarılması sonucunda kardiyak output (kalp debisi) ile damar direnci artar (kalp, böbrek ve periferik damarlar üzerindeki etki ile) ve sıvı birikimi neden olur. Periferik vazokonstriksiyon gelişip, kalp hızı artmakta ve sürrenal bezden noradrenalin salgısıyla birlikte kan basıncında artış gerçekleşmektedir. Dolaşımda yer alan noradrenalin seviyesi, hipertansiflerde normotansiflerden daha fazladır. Bu ilişki özellikle genç hipertansiflerde daha belirgin olmakla birlikte yaşın artması ile azalma gösterir (Cinli, 2012; Gün, 2012; Güngör, 2014; Topçam, 2017).

2.3.3. Renin anjiyotensin aldosteron sistemi

Renin anjiyotensin aldosteron sistemi (RAAS), homeostatik kontrolde kan hacmi ve KB düzenleyen önemli sistemlerden biridir. Karaciğerden salgılanan anjiyotensin, böbrek jukstaglomerülerinden salgılanan renin ile anjiyotensin-I'e dönüştürülür. Anjiyotensin-I, akciğer damar endotelindeki anjiyotensin dönüştürücü enzim (ADE) ile hızlıca Anjiyotensin II'ye çevrilir. Anjiyotensin-II böbrek üstü bezi korteksinden aldosteron salınımını uyarır. Anjiyotensin II'nin AT1 ve AT2 olmak üzere 2 tip reseptörü vardır. Anjiyotensin II'nin AT1 reseptörüne bağlanmasıyla periferik damarlarda daralma, aldosteron sentez ve salınımı, renal tübüler sodyum geri alımı, SSS aktivitesi ve vasopressin salınımı uyarılır, negative feed back ile renin salınımı baskılanır. RAAS 'ın bloke edilmesi kan basıncını düşürmektedir (Cinli, 2012; Gün, 2012; Güngör, 2014; Mccance, vd., 2010; Topçam, 2017).

2.3.4. Renal sodyum tutulumu

Böbrek ve vücut sıvısı arasında bulunan geri besleme mekanizması sayesinde kan basıncındaki artış sonrasında basınç natriürez mekanizmasıyla idrardaki sodyum ve su atılımı artmakta, bunun sonucu olarak toplam vücut sıvısının azalması ile kan basıncında azalma gerçekleşmektedir. Sodyum retansiyonu, su retansiyonuna ve kan hacminin artmasına yol açarak renal fonksiyonları ve vasküler reaktiviteyi değiştirmekte, bu durum ise hipertansiyona neden olmaktadır. Renal yaralanmalar renal vasokonstriksiyonla veya doku iskemisiyle sonuçlanabilir. Doku iskemisi, böbreklerde inflamasyona ve glomerül ve tübüllerin disfonksiyonunu etkiler (Cinli, 2012; Gün, 2012; Güngör, 2014; Mccance, vd., 2010; Topçam, 2017).

2.3.5. Hiperinsülinemi ve insülin direnci

İnsülin direnci, iskelet kaslarında glukoz kullanımının azalmasıyla karakterize metabolik bozukluk olup kan basıncı yükselmesine etki etmektedir. Genellikle insülin direncine metabolik bozukluklar eşlik eder (azalmış glukoz toleransı, tip 2 diabetes mellitus, artmış trigliserit ve hipertansiyon gibi). Bu risk faktörleri topluluğu metabolik sendrom veya insülin direnç sendromu olarak adlandırılmaktadır. İnsülinin metabolik etkileri olmasının yanı sıra; endotelde nitrik oksit (NO) üretimini arttırması sonucu vazorelaksasyon ve böbrekten sodyum geri emilme etki etmesi ile kan basıncı üzerine de etkileri vardır (Cinli, 2012; Güngör, 2014).

2.3.6. Hipertansiyon ve obezite

Obezitenin tanımlanması için; vücut ağırlığının, vücut boyunun karesine oranıyla hesaplanan beden kitle indeksi (BKİ) kullanılmaktadır. Obezite, hipertansiyona neden olan çoğu norohümorale, metabolik, renal ve kardiyovasküler sürece katkıda bulunur, özellikle bu faktörler endotel disfonksiyona ve renal sodyum retansiyonuna katkıda bulunurlar (Mccance, vd., 2010). Obez hipertansif bireylerde özellikle artmış intravasküler volüm nedeniyle artmış kardiyak output mevcuttur (Güngör, 2014).

2.4. Klinik Belirti ve Bulgular

Hipertansiyon, erken dönemde yüksek kan basıncı hariç hiçbir belirti ve bulgu göstermediğinden sessiz hastalık (lanthanic) olarak adlandırılır. Hipertansiyon hastası olmaksızın yılda en az bir-iki kez kişiler kan basıncı ölçümü yaptırılmalıdır. Hipertansiyon tanısı KB ölçümü ile konmaktadır. Bireylerde kan basıncının yükselmesiyle baş ağrısı, diplopi, dilde pelteleşme, yüzde veya vücutta karıncalanma, çarpıntı, dispne, halsizlik, yorgunluk, epistaksis, tinnitus, pollaküri, noktüri ve alt ekstremitelerde ödem gibi belirtiler olabilmektedir (Açıkgöz, 2014; Gün, 2012; Mccance, vd., 2010; Ünsal, 2013).

Kronik hipertansiyon, kalp hastalığı, böbrek yetmezliği, merkezi sinir sistemi fonksiyon bozukluğu, görme bozukluğu, bozulmuş hareketlilik, vasküler tıkanıklık veya ödeme sebep olabilir (Açıkgöz, 2014; Gün, 2012) (Mccance, vd., 2010).

2.5. Kan Basıncı Ölçümü

KB zaman dilimi içinde birçok değişiklikler (artış/düşüş) gösterir. Bu sebeple HT tanısı, farklı zamanlarda birden çok kan basıncı ölçümlerine dayandırılmalıdır (Cinli, 2012; Kaya, 2016). Tekrarlanan ölçümler, başlangıçta ölçülen yüksek değerlerin devam edip etmediğini veya normale dönerek yalnızca düzenli kontrollere mi ihtiyaç duyulduğunun tespit edilmesini öğrenmemizi sağlar. (Gün, 2012; Türk Kardiyoloji

Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000). Kan basıncını ölçmek için gerekli koşullar sağlanmalıdır.

2.5.1. Ölçüm sırasında dikkat edilecek hususlar

Kan basıncın ölçümündeki ilk adım bireye işlemin anlatılmasıdır. Hasta sessiz sakin bir ortamda en az 5 dakika dinlenip, sırtını bir yere yaslayarak oturmalı ve tansiyon ölçülecek kol çıplak bırakılmalıdır. Ölçüm esnasında birey konuşmamalı, iki ayağı yere basacak şekilde oturmalı ve ölçüm sağ koldan yapılmalıdır. Hastanın kolu desteklenerek kalp seviyesinde tutulmalıdır. Ölçüm öncesinde (30 dakika) hastanın sigara, çay veya kahve tüketmemiş kafein almamış hatta yemek yememiş olmalıdır (Arık & Dilek, 2013; Cinli, 2012; Kaya, 2016; Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

2.5.2. Kan basıncı ölçüm tekniği

Tansiyon aletinin manşonu, bireye uygun boyutta olup dirsek çukurunun 2,5-3 cm üstünde kolu sarmalıdır. Ölçüm yapılırken stetoskop manşonun altına sıkıştırılmamalıdır.

Manşon radial nabzın kaybolduğu düzeyi 20-30 mmHg aşacak şekilde şişirilir. Stetoskop brakial artere yerleştirilerek kontrol valvi saniyede 2-4 mmHg hızla açılır. Sesin ilk duyulduğu andaki değer (Korotkoff faz 1) SKB, sesin artık duyulmadığı andaki değer ise (Korotkoff faz 5) DKB'dır. Diyastolik basınç çok düşük ise seslerin hafiflemeye başladığı an (Korotkoff faz 4) diyastolik basınç olarak kaydedilir. Korotkoff sesleri tablo 2.7'de gösterilmiştir (Arık & Dilek, 2013; Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014; Cinli, 2012; Gün, 2012; Kaya, 2016; Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

Tablo 2.7: Korotkoff sesleri

Faz I	Başlangıçta hafif, tekrarlayıcı, net duyulsüben vuruş şeklinde iken iki ardışık atımda şiddeti artar; sistolik kan basıncı değerini verir
Faz II	Kısa bir periyotta ses hafifler ve hışıltı şeklini alabilir -oskületuar gap- bazı hastalarda kısa bir süre ses kaybolur
Faz III	Ses keskinleşir, tekrar hışıltı şeklini alabilir veya yoğunluğu artabilir
Faz IV	Ses boğucu bir karakter alır, yumuşayabilir
Faz V	Seslerin tamamen kaybolduğu faz olup, diyastolik kan basıncı değerini verir.

Manşon kolda uzun süre şişmiş olarak bırakılmamalıdır. Ölçümler arasında en az bir dakika beklenmelidir (Venöz konjesyonu engellemek için). Korotkoff sesleri zor duyulduğunda hastanın kolu baş seviyesinin üstüne kaldırılarak eller 5-10 kez açıp kapattırılarak venlerin boşalması sağlanır ve ölçümler yinelenir.

İlk muayenedeki ölçümler her iki koldan yapılmalı aralarında ikişer dakika bırakılmalıdır ve sonuçların ortalaması alınır., yüksek olan koldaki kan basıncı hastanın kan basıncı olarak kabul edilmelidir.

Yaşlılarda, diyabetli hastalarda, ortostatik hipotansiyonun sık görüldüğü durumlarda ve antihipertansif ilaç tedavisi altındaki hastalarda ölçümlerin ayakta tekrar edilmesi gereklidir. Ayaktaki ölçümler hasta ayağa kalktığı gibi ve ayağa kalktıktan 2 dakika sonra yapılmalıdır. Gençlerde kan basıncı yüksek bulunmuş ise koarktasyonu elemek için bacadan da ölçümler yapılmalıdır (Arık & Dilek, 2013; Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014; Cinli, 2012; Gün, 2012; Kaya, 2016; Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

2.6. Hipertansiyon Epidemiyolojisi

Hipertansiyon, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde tüm yaş, ırk, cinsiyet gruplarında dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında önde gelen risk faktörlerindedir. Hipertansiyon tek başına değerlendirildiğinde kan basıncı 120/80 mm/Hg'yi aştığında riskin artmaya başladığı gözlenmektedir (Gün, 2012). Dünyada yılda 17,3 milyon hipertansif ölüm olmakta ve 2030 yılında beklenen sayı 23,6 milyon olarak öngörülmektedir (American Heart Association, 2012).

Altun ve ark., Türkiye'de erişkinlerde nüfus temelli yapılan epidemiyolojik çalışmada HT prevalansı %31,8 olarak bulunmuştur (Altun, et al., 2005). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) sonuçlarına göre; 20 yaş ve üzeri hipertansiyon prevalansı %31,3 iken erkeklerin %30,9'unda, kadınların %32,3'ünde hipertansiyon olduğu görülmüştür (Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği, 2010). 2003 yılında hipertansiyonu olanların % 40,7'si hastalığın farkında iken 2011 yılında bu oran % 54,7'ye çıkmıştır. İlaç tedavisi alanlar 2003'te % 31,1 iken 2012'de % 47,4'e ve kan basıncı kontrolü de % 8,1'den % 28,7'ye yükseldiği görülmüştür (Altun, et al., 2005; Şengül, et al., 2013).

TÜİK 2016 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre dolaşım sistemi hastalıkları oranı %39,84'tür (Türkiye İstatistik Kurumu, Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2018). Türkiye Sağlık istatistikleri Yıllığı 2016 verilerine göre kişilerin (15 yaş ve üzeri) % 15,8'i hipertansiyonlu olduğunu, kadınların % 20,5'i ve erkeklerin % 11,1'i hipertansiyonlu olduğunu ifade etmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018). Önceki istatistiklere göre bu oranlarda artış vardır. TÜİK 2016 verilerinde 15 yaşında ve üstünde olan kişilerin geçen 12 ay içinde koruyucu hizmetlerden yararlanmanın cinsiyete göre dağılımında; tansiyon ölçtürme, erkeklerde %41,1 kadınlarda %55,9 kan şekeri ölçtürme, erkeklerde %32,0 kadınlarda %47,2 kolesterol ölçümü yaptırma, erkeklerde %29,4 kadınlarda %43,8 olduğu görülmüştür (Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Sağlık Araştırması, 2018).

2.7. Hipertansiyonun Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Ülkemizde çok fazla hipertansiyon hastası olduğundan ve hipertansiyonun insanlara oluşturduğu risk ile ülke ekonomisine olan maliyeti göz önüne alındığında erken tanı koyulup tedavi edilmesi önemlidir (Uyarel, 2014). Hipertansiyonda değiştirilebilir risk faktörleri arasında fazla kalori alımı, tuzlu yeme alışkanlığı, yetersiz potasyum ve kalsiyum alımı, aşırı sigara ve alkol tüketimi, psikososyal stres ve sedanter yaşam tarzı yer alır. Değiştirilemeyen risk faktörleri yaş, cinsiyet, ırk, genetik yatkınlık, aile olarak gruplandırılmıştır (Karadakovan & Aslan, 2011; Teke, 2016).

2.8. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tanısı aldıktan sonra bireyde kan basıncı yüksekliğinin nedenleri araştırılır. Hasta klinik ve laboratuvar verileri ile sekonder hipertansiyon tanısı alırsa öncelikle HT neden olan hastalık için uygun tedaviye başlanır. Eğer hastaya sekonder hipertansiyon tanısı koyulmaz ise hasta primer hipertansiyon olarak kabul edilerek uygun tedaviye başlanır (Acehan, 2010).

Hipertansiyon tedavisinde amaç, kan basıncının normale seviyede tutulması, diğer kardiyovasküler risk faktörlerinin ortadan kaldırılması, hedef organ hasarlarının geriletilmesi ya da ilerlememesi, aterosklerozun önlenmesi ile birlikte hastanın yaşam kalitesinin korunmasıdır. (Tiryakioğlu, 2012)

Kan basıncı yüksekliği hedef organlarda hemen müdahale gerektirecek bir etki oluşmamış ve aşırı yüksek değilse, tıbbi yöntemlerden önce kan basıncı yükselmesinde sorumlu ikinci derecedeki etkenlerin ortadan kaldırılması gerekir. Antihipertansif tedaviye başlamak iki kritere dayanmalıdır. İlki sistolik ve diyastolik kan basıncı düzeyi, ikincisi de kardiyovasküler risk düzeyidir (Acehan, 2010). Tablo 2.8'de antihipertansif tedavi protokolü görülmektedir (Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014).

Tablo 2. 8: Antihipertansif tedavi protokolü

Diğer risk faktörleri organ hasarı veya hastalık	Kan Basıncı (mmHg)			
	Yüksek normal SKB 130–139 DKB 85–89	1. derece HT SKB 140–159 DKB 90–99	2. derece HT SKB 160–179 DKB 100–109	3. derece HT SKB ≥180 DKB ≥110
Başka risk faktörü yok	KB girişimi yok	Birkaç ay yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Birkaç hafta yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Hemen ilaç tedavisi
1–2 risk faktörü	Yaşam tarzında değişiklik KB girişimi yok	Birkaç hafta yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Birkaç hafta yaşam tarzında değişiklik, sonrasında, KB kontrol altında değilse, ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Hemen ilaç tedavisi
>3 risk faktörü	Yaşam tarzında değişiklik KB girişimi yok	Birkaç hafta yaşam tarzında değişiklik, Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Hemen ilaç tedavisi
OH, evre 3 KBH veya Diyabet	Yaşam tarzında değişiklik KB girişimi yok	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + ilaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Hemen ilaç tedavisi
Semptomatik KVH, evre ≥4 KBH veya OH/RFleri olan diyabet	Yaşam tarzında değişiklik KB girişimi yok	Yaşam tarzında değişiklik + İlaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + İlaç tedavisi	Yaşam tarzında değişiklik + Hemen ilaç tedavisi

DKB = diyastolik kan basıncı, HT = hipertansiyon, KB = kan basıncı, KBH = kronik böbrek hastalığı, KVH = kardiyovasküler hastalık, OH = organ hasarı, RF = risk faktörü, SKB = sistolik kan basıncı

2.8.1. Yaşam tarzı değişiklikleri ve nonfarmakolojik tedavi

KB hangi evrede olursa olsun toplum sağlığı için risk faktörlerini ve klinik durumları kontrol altına almak amacı ile her yetişkin bireye uygun yaşam tarzı değişiklikleri önerilmelidir (Arıcı, et al., 2015; Acehan, 2010). Yaşam tarzıyla ilgili alınan önlemler, ilaçların antihipertansif etkilerini artırır ve çoklu ilaç kullanımına olan ihtiyacı azaltır (Lip, 2004). İngiliz Hipertansiyon Derneğinin farmakolojik olmayan yöntem önerileri şöyledir:

Kan basıncını azaltan önlemler

- Kilo verilmesi
- Tuz alımının azaltılması
- Alkol alımının azaltılması
- Fiziksel egzersiz
- Meyve sebze tüketiminin artırılması
- Yağ tüketiminin azaltılması

Kardiyovasküler riski azaltan önlemler

- Sigaranın bırakılması
- Doymuş yağ yerine poli ansatüre ve mono ansatüre yağ kullanımı
- Balık yağı kullanımında artış
- Toplam yağ alımında azalma (Lip, 2004).

2.8.1.1. Kilo verilmesi

BKİ 27 kg/m²'nin üzerinde olan aşırı kilolu bireylerin HT risklerinin, kilolu olmayan bireylerden üç kat fazla olduğu belirtilmiştir. Vücut ağırlığı normalin %20 üzerinde olanlarda HT sıklığı normal kilolulardan 2 katıdır (Samur & Yıldız, 2008). Yağ hücreleri leptin ve adiponektinleri gizler. Leptinin birincil işlevi hipotalamus ile etkileşimle vücut ağırlığının kontrolü ve yağ depolanması yoluyla iştahı baskılayarak metabolik hızın artırılmasıdır. Leptin seviyesinin kronik olarak yüksek olması obezite ile ilişkilidir, sonucunda da ağırlığı azaltıcı işlevlere direnç ve sempatik sinir sistemi aktivitesinde artma, renal sodyumun atılımının azalması, inflamasyonun ilerlemesi görülmüştür. Adinopektin, adipoz dokusu tarafından üretilen fakat obezitede azalan bir proteindir. Azalmış adiponektin insülin direnci, azalmış endotel kaynaklı nitrik oksit üretimi ve sempatik sinir sistemi ve renin anjiotensin aldesteron sistemi aktivitesiyle ilişkilidir. Obezite ile ilgili bu değişiklikler sonucu vazokonstriksiyon, tuz ve su retansiyonu ve renal disfonksiyon birlikte ele alındığında hipertansiyonun gelişmesine neden olurlar (Mccance, vd., 2010). Verilen her 10 kilo için kan basıncında 2.5/1.5 mmHg düşüş elde edilir ve lipit profili ve insülin direncinde iyileşme sağlanabilir (Lip, 2004). Kilo kaybı başlangıçta yoğun natriürece neden olmaktadır. Sonrasında ise sempatik aktivitede azalma ve insülin hassasiyetinde düzelme ile kan basıncının uzun süreli düşmesini sağlamaktadır (Gün, 2012; Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

2.8.1.2. Günlük alınan tuz miktarının azaltılması

Klinik randomize çalışmalarda hipertansif hastalarda sodyum alımı günde 80-100 mmol (4.7-5.8 g) ile kısıtlandığında SKB 4.8±1 mmHg, DKB 2.5 ± 0.7 mmHg azalma olduğu belirtilmiştir. Kan basıncı düşüklüğünün sağlanması için ortalama 5 haftalık tuz kısıtlaması yapılması gerektiği ve hastalara günde 100 mmol (5,8 g) den az sodyum ya da 6 g'dan az NaCl (tuz) almaları önerilir. Sodyum kısıtlaması diüretiklere bağlı potasyum kaybının azaltır, osteoporoza karşı koruma sağlar, vasküler ve bronşial düz

kaslarda gevşeme yapar ve sol ventrikül hipertrofisini geriletebilir. (Gün, 2012; Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000; Ünsal, 2013).

2.8.1.3. Potasyum alımı

Diyetle, taze meyve ve sebzelerden sağlanan günde yaklaşık 90 mmol potasyum hipertansif bireylerde kan basıncını düşürdüğü, bu düşmenin yapılan çalışmalarda SKB 4.4 mmHg, DKB 2.4 mmHg olduğu belirtilmiştir (Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000). Potasyum idrar ile vücuttan atılması nedeniyle üriner sistemde potasyum atımında sorun olan bireylerde hiperkalemiye bağlı kardiyak aritmiyi önlemek için potasyum alımının daha düşük düzeyde alınması önerilmektedir. Potasyumdan zengin sebze ve meyve tüketilerek potasyum alımı artırılmalıdır (Dalak, 2010; Gün, 2012; Ünsal, 2013).

2.8.1.4. Alkol tüketimi

Kan basıncı ile alınan alkol miktarı arasında paralel bir ilişki olduğu ve etil alkol miktarının günlük 28-55 g'ı geçenlerde hipertansiyon prevalansı fazla olduğu bilinmektedir. Alkol kullanan bireylerde akut kan basıncında yükselme görülmektedir. Alkol antihipertansif ilaçların etkisini azaltmakta ve inme riskini artırmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000). Yapılan araştırmaların sonuçları ile günde 3-6 birim alkol alımının %67 oranında azalmasının SKB 3 mmHg ve DKB 2 mmHg düşürdüğü gözlenmiştir (Gürel, 2009).

2.8.1.5. Sigara tüketimi

Sigara, lipid profilinin bozulmasına, insülin direncinin artmasına, sol ventrikül kütlesinde artışa ve endotele bağımlı vazodilatasyonda azalmaya neden olarak kan basıncını artırmaktadır. Her sigara içiminden sonra 15-30 dakika süren akut kan basıncı yükselmesi olmaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000). Sigara kullanımı kalp-damar hastalıkları için bilinen bir risk faktörüdür. Bu açıdan bakıldığında sigarayı bırakmanın hipertansiyon tedavisine katkı sağlayacağı açıkça görülmektedir (Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

2.8.1.6. Fiziksel aktivite

Sedanter yaşam süren kişilerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fizik aktivitesi olanlara göre %20-50 daha fazladır. Düzenli aerobik (izotonik) egzersiz yapan hipertansiflerde SKB 4-8 mmHg düşme olmaktadır. Hipertansif hastalar haftada en az 3-4 kez hedef kalp hızının % 60-70'ine ulaşacak şekilde 30-45 dakikalık hızlı yürüyüş yapmaları önerilmektedir. Düzenli egzersiz yapanlarda damar sertliği azalmakta,

total sistemik arteriel komplians, EDRF salgısı ve insülin hassasiyeti artmaktadır. Bu mekanizmalarda kan basıncının düşmesinde rol oynamaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000).

2.8.2. Esansiyel hipertansiyonun farmakolojik tedavisi

Antihipertansif tedavinin serebrovasküler hastalık insidansını %35–40, kalp krizi insidansını %20–25 ve kalp yetmezliği insidansını %50'den fazla azalttığı gösterilmiştir. İlaç tedavisindeki amaç, SKB'nı 140mmHg'nın ve DKB'nı 90 mmHg'nın altında olmasını sağlayarak hastanın yaşam kalitesini arttırmak, HT kaynaklı oluşabilecek morbidite ve mortalite riskini olabildiğince azaltmaktır (Açıkgöz, 2014; Ünsal, 2013).

JNC VII raporu ESH/ESC 2013 kılavuzu SKB 140mmHg'nın ve/veya DKB 90mmHg'nın üzerindeki değerlerde tedavi önermektedir (Avrupa Hipertansiyon Derneği, 2014; National Institutes of Health, 2017). (ASH/ISH Kılavuzunda 80 yaş ve üzeri bireylerde tedaviye başlama sınırı 150/90 mmHg olarak sınırlandırılmıştır (American Society of Hypertension, 2014). JNC-8 Kılavuzunda ise; hipertansiyonda tedaviye başlama yaşı 60 ve üzeri, başlama sınırı ise 150/90 mmHg olarak açıklanmaktadır (Joint National Committee, 2014).

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan beş grup ilaç; tiazid diüretikleri (TD), kalsiyum antagonistleri (KA), anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ), anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) ve beta bloker (BB) iken, beta blokerlerin kullanımı, egzersiz toleransını ve seksüel fonksiyonu azalttığı, yorgunluğa neden olmasından dolayı tartışmalıdır. JNC-8 Kılavuzunda beta blokerlerin tercih edilmesi azalmıştır (Açıkgöz, 2014).

Tiazid diüretikler, hipertansiyon tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılmaktadır. En yaygın kullanılan antihipertansiflerdir ve yalnız kullanıldığında hastaların yarısında kan basıncını düşürmektedirler. Diüretikler, normalde filtre edilmiş sodyumun % 5-% 8'inin geri emildiği distal kıvrımlı tubulus başlangıç segmentindeki luminal membranda sodyum ve klorür kotransportunu inhibe ederken potasyum ve bikarbonat atılımını artırır. Metabolik sendrom, glikoz intoleransı, gebelik ve gut hastalığı olanlarda kullanılması önerilmemektedir.

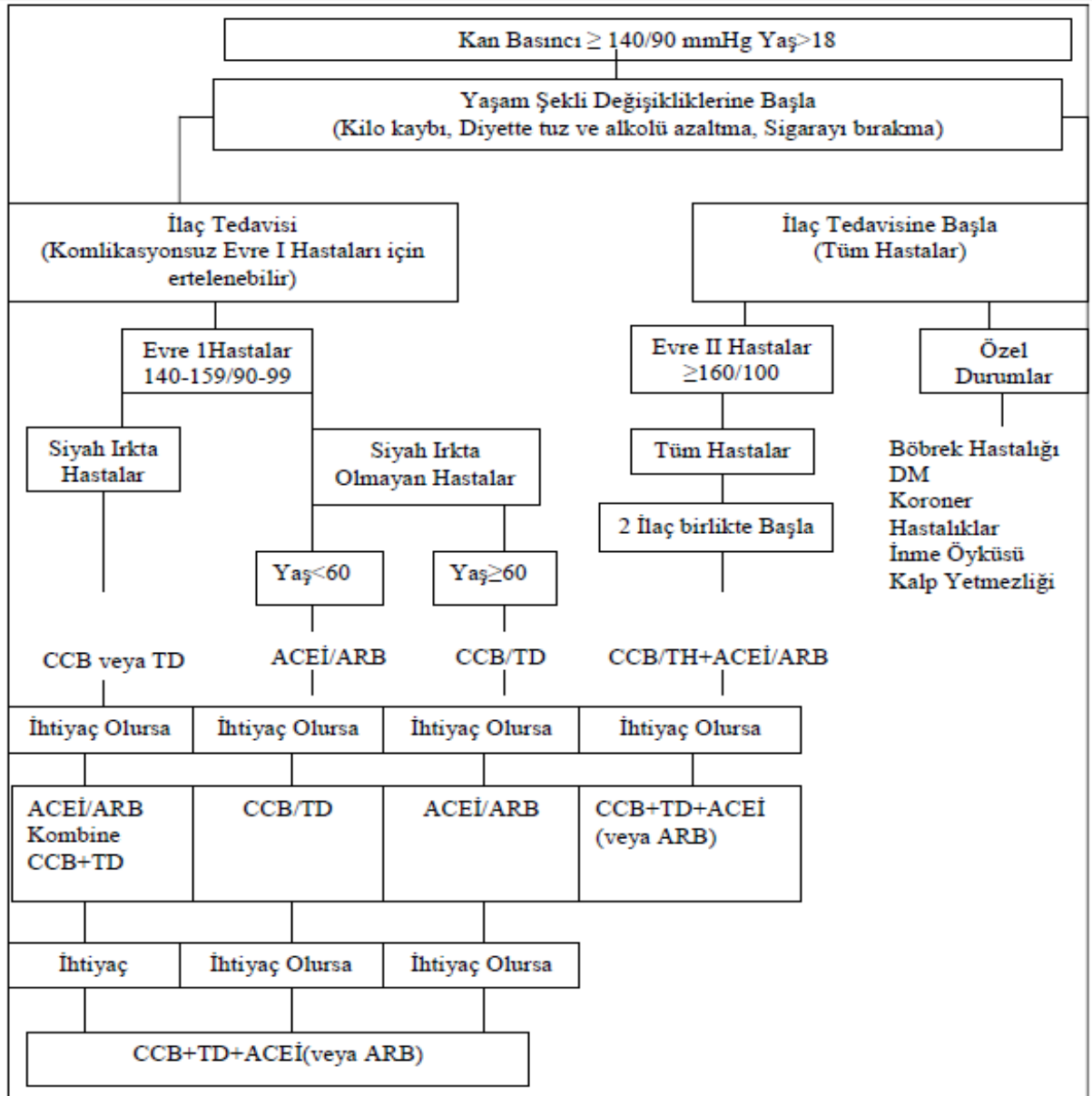
Kalsiyum antagonistleri, miyokard hücresinin depolarizasyonu sırasında hücre membranından kalsiyum girişini engelleyip koroner arter düz kaslarını gevşeterek oluşan dilatasyonla kan basıncında azalmayı sağlamaktadır. Asemptomatik ateroskleroz, anjina pectoris, tekrarlayan atrial fibrilasyon, periferik arter hastalığı, metabolik sendrom ve gebelikte tercih edilmektedir. Atrioventriküler blok ve kalp yetersizliğinde kullanılması önerilmemektedir.

Angiotensin converting enzim (ACE) inhibitörleri, anjiotensin I'in anjiyotensin II'ye dönüşümünü engelleyerek aldosteron salınımını ve bradikinin yıkılımını azaltıp, vazodilatasyona ve periferik damar direncinin düşmesine neden olup kalp debisinde artış sağlamaktadır. Anjiyonörotik ödem, hiperkalemi, bilateral renal arter stenozu ve hamilelikte kullanımı önerilmemektedir.

Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB), anjiyotensin II reseptörlerine etkileyerek anjiyotensin II salınımını engeller. Damarları genişleterek damar hipertrofisini ve sempatik sinir sistemi aktivitesini azaltarak kan basıncını düşürürler. Gebelikte, hiperkalemi ve bilateral renal arter stenozu olanlarda kullanılmamalıdır.

Beta blokerler (BB), kalp debisini, renin salınımını azaltarak kan basıncını düşürmektedir. Koroner arter hastalığı, kalp yetersizliği tedavisinde ve anjino pektoris ve miyokard enfarktüsü yönetiminde kullanılmaktadır. Periferik arter hastalığı, metabolik sendrom, glikoz intoleransı, atrioventriküler blok ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlarda kullanılması önerilmemektedir (Açıkgöz, 2014; Ünsal, 2013).

ESH/ESC kılavuzları düşük-ortalama kardiyovasküler riske sahip bireylerde tek ilaç, yüksek-çok yüksek riske sahip olan bireylerde ise 2'li antihipertansif ilaç önermektedir. HT'da tedavi yaklaşımları Şekil 2'de özetlenmiştir (Açıkgöz, 2014; American Society of Hypertension, 2014).



CCB: Kalsiyum Kanal Blokeri, TD: Tiyazid Diüretikleri, ACEİ: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü, ARB: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri

Şekil 2.2: Hipertansiyonda tedavi yaklaşımları

2.8.3. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi

Geleneklerine bağlı toplumlarda örf ve adetlerin etkisinin fazla olduğu bilinmektedir. Ülkemizde uzun yıllardır alternatif uygulamalar ya da ek olarak kullanılan tamamlayıcı uygulamalar vardır (Bulduklı, 2015).

Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü 1998’de kurulan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi (NCCAM) ismi daha sonra Ulusal Tamamlayıcı ve Bütünleştirici Sağlık Merkezi (The National Center for Complementary and Integrative ve Health - NCCIH) olarak değiştirilmiştir. NCCIH Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi'yi (TAT); geleneksel tıbbın bir parçası sayılmayan ancak tıbbın çeşitli alanlarında yerini almış uygulama ve ürünler olarak

tanımlamıştır. Tamamlayıcı tedavi, bilimsel tıbbı destek olarak yapılan yaklaşımlarken, Alternatif tedavi hastaların geleneksel tedavisinin yerine kullanılan uygulamalardır (Bal, 2009; National Center for Complementary and Integrative Health, 2016; Sayiner, 2011).

Ülkemizde 2011 yılında çıkan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde "Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı" kurulmuştur. 2014 yılında Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurulması ile (Resmi Gazete Sayı:29187, Kanun No:6569) Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü kurulması için gelişmeler başlamıştır. Yapılan çalışmaların yetersiz, tamamlayıcı tedavilerin ülkemizde yeterince bilinmiyor ve tamamlayıcı tedavileri uygulayan profesyonel kişi sayısının az olması; ülkemizde tamamlayıcı tedavi kullanımı ile ilgili kesin veriler olmamasının temel nedenlerindedir.

DSÖ 2000 yılındaki ifadesinde, Avusturalya, Avrupa ve Kuzey Amerika'daki kişilerin %50 TAT yöntemlerinden birini kullandığını ve bunlar içinde en çok kullanılanın bitkisel ilaçlar olduğu açıklanmıştır (Dedeoğlu, 2014; Sarı, 2009). Amerika da yapılan retrospektif bir çalışmada hipertansiyonu olan bireylerin TAT kullanımı %12,8-%69,5, Nijerya'da %29-%39,1, Tayvan'da %49,7, Güney Afrika'da %21, Gana'da % 19,5, Uganda'da %56, Filistin'de %85,7'dir. Yapılan bu çalışmalarda en sık kullanılan TAT'nin, bitkisel tedaviler olduğu belirtilmiştir (Kretchy, Danquah, & Owusu-Daaku, 2014) (Bell, vd., 2006) (Lee, Mokhtar, Krauss, & Ong, 2014) (Kes, Gökdoğan, & Tuna, 2016).

Kullanılan bitkisel tedavilerin Gana'da moringo yaprağı karahindiba, sarımsak iken; Filistin'de ise sarımsak, zeytin, gül, alıç, anason, papatya, zencefil; Nijerya'da sarımsak, zencefil; Malezya'da gamat, giseng, kırmızı pirinç mayası, mavi yeşil alg; Amerika'da sarımsak olduğu belirlenmiştir (Bell, vd., 2006) (Kretchy, vd., 2014) (Lee, vd., 2014) (Kes, vd., 2016).

Ülkemizde yapılan çalışmalar hastaların hipertansiyon tedavisi için bilimsel tedavi dışında TAT yöntemlerini de kullandığını ve kullanılan TAT yöntemleri arasında en çok bilinen ve uygulananın bitkisel tedaviler olduğu saptanmıştır. Ülkemizde 2010 yılı ve sonrası hipertansif hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi olarak bitkisel ürün kullanımı %53-94 arasındadır. En çok kullanılan bitkilerin başında limon (%16-50), sarımsak (%2-50), limon + sarımsak (%21) gelmektedir (Akpınar & Tezel, 2003; Biçen, vd., 2012; Efe, vd., 2012; Erdoğan, vd., 2014; Güven, vd., 2013; İpek, vd., 2013; Kalem, 2013; Sağkal, vd., 2013; Sarı, 2009).

2.8.3.1. Tamamlayıcı alternatif tedavilerde kullanılan yöntemler

Tamamlayıcı ve alternatif yaklaşımlar etki mekanizmalarına göre daha kolay anlaşılması için NCCIH tarafından beş kategoriye ayırmıştır. (Dedeoğlu, 2014)

Bilişsel davranışsal yaklaşımlar: Meditasyon, hipnoz, gevşeme egzersizleri, bilişsel davranışsal terapileri (BDT), biofeedback ve hayal kurmayı içermektedir.

Manipülatif yaklaşımlar: Beden temelli tedavilerden masaj, refleksoloji ve egzersiz gibi yaklaşımlardır.

Enerji yaklaşımları: Reiki, akupressur, refleksoloji ve terapötik dokunma yer almaktadır.

Alternatif tıbbi yaklaşımlar: Akupunktur, ayurveda ve homeopati alternatif tıbbi sistemleri oluşturan yaklaşımlardır. Geleneksel Çin Tıbbı'nın temel tedavi yöntemlerinden biri akupunkturdur.

Biyolojik yaklaşımlar: Bitkiler, vitaminler ve gıda destekleri biyolojik yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Hastaların çoğu bitkisel yaklaşımları kullanmaktadır (Dedeoğlu, 2014). Kardiyovasküler hastalıklar ve Hipertansiyon tedavisi için kullanılan bitki ve gıda takviyeleri Tablo 2.9'da gösterilmiştir.

Tablo 2.9: Kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon tedavisi için kullanılan bitki ve gıda takviyeleri (Chrysant, 2016)

Bitki	Endikasyonu	Etki	İlaç Etkileşimi	Yan Etki
Ginseng	Kardiyovasküler hastalıklar ve Hipertansiyon	Belirsiz	Antidiyabetik, Digoxin, Varfarin	Hipoglisemi, Digital toksisitesi ve trombozis
St John's wort	Depresyon, Diabetes Mellitus	Muhtemelen etkili	CYP3A4 etkileyen ilaçlar	Kanama
Mother wort (Sığırkuyruğu)	Sedatif ve Taşikardi	Muhtemelen etkili	CYP3A4 etkileyen ilaçlar	Kanama
Ginkgo	Demans , Kardiyovasküler hastalıklar, Hipertansiyon	Belirsiz	CYP3A4 etkileyen ilaçlar	Kanama
Garlic (Sarımsak)	Kolesterol, Hipertansiyon, Kardiyovasküler hastalıklar	Muhtemelen etkili	Antikoagülanlar	Kanama
Alıç	Kardiyovasküler hastalıklar, Kalp Yetmezliği, Hipertansiyon	Muhtemelen etkili	Glikozitler	Digital toksisitesi
Saw palmetto (Cüce palmiye)	Benign Prostat Hipetrofisi	Muhtemelen etkili	Varfarin	Kanama
Kırmızı Adaçayı	Koroner Arter Hastalığı, Hipertansiyon	Muhtemelen etkili	Varfarin	Kanama
Meyan	Peptik ülser	Muhtemelen etkili	Spironolakton	Kardiyak aritmi, Hipertansiyon, Hipokalemi
Koenzim Q10	Kolesterol↓	Muhtemelen etkili	-	-
Vitamin E	Kolesterol↓, Kardiyovasküler hastalıklar	Muhtemelen etkili	-	-
Vitamin C	Hipertansiyon	Muhtemelen etkili	-	-
Vitamin B	Kardiyovasküler hastalıklar, Kalp Yetmezliği	Muhtemelen etkili	-	-
Balık Yağı	Kardiyovasküler hastalıklar,Hipertansiyon	Muhtemelen etkili	-	-

Bitkisel tedavi: Bitkilerin hastalıkların tedavisi amacıyla kullanıldığını gösteren en eski kayıtlar Çin, Hint ve Kuzey Afrika medeniyetlerinden kalan yazılı kaynaklardır. "Fitoterapi" terimi, Yunanca "Phyton" (bitki) ve "therapeia" (tedavi) kelimelerinden oluşmaktadır. "Bitkisel tedavi" ya da "bitkilerle yapılan tedavi" olarak adlandırılmaktadır (Koçdaş, 2013; Selçuk & Eyisan, 2012).

DSÖ 2000 yılında bitkisel ilaç tanımını; "Bitkilerin kök, yaprak, çiçek, kabuk, tohum gibi kısımları veya bu kısımlardan hazırlanan ekstratlar (sulu veya alkollü) ya da bitkilerden bir işlem sonucu elde edilen materyaller (uçucu yağ, sabit yağ, reçine, oleoresin, balsam)" olarak tanımlamıştır (Selçuk & Eyisan, 2012).

2.8.3.2. *Tamamlayıcı ve alternatif tedavilere başvurma nedenleri*

Hastaların TAT'a başvurmalarının başında genel sağlığı geliştirme ve tedavi sürecini kontrol altında tutma isteği olduğu bulunmuştur. Ayrıca konvansiyonel tedavinin başarısız olması ya da bazı yönleriyle konvansiyonel sağlık hizmetlerinden hoşnutsuzluk, sağlık profesyonelleriyle zayıf ilişkiler kurulması, tedavileri üzerinde kontrolü elinde tutma isteği, hastalık ve tedavi kaynaklı belirtilerin kontrolü ve yaşam kalitesini arttırmak, fiziksel ve ruhsal iyilik halini arttırmak, konvansiyonel tedaviden ümidin kesilmesi, TAT uygulamalarının çoğunun invaziv olmaması, TAT uygulamalarının erişilebilirliğinin daha kolay olması ve TAT uygulayıcılarının hastaya daha fazla zaman ayırması gibi nedenlerle TAT'a başvurulmaktadır (Koçdaş, 2013).

3- GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, 2017 yılı Haziran - Ağustos aylarında kardiyoloji kliniğine yatan HT hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi olarak bitki ve bitkilerden elde edilmiş ürünleri kullanma eğilimlerini değerlendirmek amacıyla yapılan kesitsel çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Karacabey Devlet Hastanesi Kardiyoloji servisinde yapıldı. Bu hastane 2012 Aralık ayında yeni hastane binasının temelleri atılmış olup, 32000 m2 lik açık alana inşa edilen ve 22000 m2 lik kapalı alana sahip 150 yatak kapasiteli yeni hastane inşaatı 2015 Nisan ayında tamamlanarak 14.05.2015 tarihinde resmi açılış töreni gerçekleştirilmiştir. Yeni hizmet binası 150 yatak kapasiteli olup klinikler 25 yataklıdır.

Karacabey Devlet Hastanesinde;

2015 yılında HT tanısıyla yatan birim bazlı hasta sayıları; Kardiyoloji: 156, Dahiliye: 126, Yoğun Bakım: 10, Göğüs Hastalıkları: 2, Genel Cerrahi: 1, Nöroloji: 1, Üroloji: 1'dir. HT tanısıyla ayaktan başvuran hasta sayısı ise; Kardiyoloji: 5570, Dahiliye: 6741, Acil Servis: 2778, Nöroloji: 128, Genel Cerrahi: 107, Göğüs Hastalıkları: 79, Üroloji: 25, Psikiyatri: 24, Ortopedi: 15, Enfeksiyon Hastalıkları: 8, Fizik Tedavi: 8, Kadın Doğum: 5, Kulak Burun Boğaz: 3, Dermatoloji:1, Göz: 1'dir.

2016 yılında HT tanısıyla yatan birim bazlı hasta sayıları; Kardiyoloji: 115, Dahiliye: 136, Yoğun Bakım: 13, Göğüs Hastalıkları: 4, Nöroloji: 9, Palyatif 7'dir. HT tanısıyla ayaktan başvuran hasta sayısı ise; Kardiyoloji: 6849, Dahiliye: 7905, Acil Servis: 2470, Nöroloji: 137, Genel Cerrahi: 128, Göğüs Hastalıkları: 141, Üroloji: 21, Psikiyatri: 14, Ortopedi: 12, Fizik Tedavi: 2, Kadın Doğum: 14, Beyin Cerrahi 15 'tir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Karacabey Devlet Hastanesi kardiyoloji kliniğine yatan hastalardan, bilgilendirme sonrası yazılı onam alınanlar oluşturmuştur. Karacabey Devlet Hastanesi Kardiyoloji servisine yatan hasta sayısı 2015 verilerine göre 156, 2016 verilerine göre 115'tir.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Haziran - Ağustos 2017 tarihleri arasında Karacabey Devlet Hastanesi kardiyoloji kliniğinde yatan, 18 yaş üzerinde olan, iletişim engeli olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden HT tanılı hastalar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden evrenin tümüne ulaşmak hedeflenmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 100 (%96.2) hasta ile tamamlanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Bireyin çalışmaya katılmayı kabul ettiğini gösteren ve araştırmacı tarafından oluşturulan "Aydınlatılmış Onam Formu" (EK-2), hastaların demografik özellikleri, hastalık tanıtıcı özellikleri ve TAT yöntemleri ile ilgili tutumlarını belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından oluşturulan "Veri Toplama Formu" (EK-3) kullanılmıştır. Vital bulgular için hastaya ait dosya ve kayıtlar kullanılarak "Değerlendirme Formu" (EK-4)ndan yararlanılmıştır.

3.5.1. Veri Toplama Formu (EK-3)

Araştırmacı tarafından, literatür bilgisinden yararlanılarak araştırmaya katılan bireylerin demografik özellikleri, HT verileri ve TAT ile ilgili eğilimlerini belirlemek üzere hazırlanmış 45 soruluk bir formdur.

Demografik özellikler bölümünde; grup, protokol no, yaş, cinsiyet, medeni durum, ikamet edilen yer, eğitim durumu, çalışma durumu, eve giren toplam aylık gelir, sağlık güvencesi, sigara (Fagerstrom ölçeği) - alkol kullanımı, egzersiz-diyet uygulaması ile ilgili 19 soru bulunmaktadır.

HT ve TAT ile ilgili eğilim özellikleri bölümünde; kaç yıldır hipertansiyonu olduğu, kontrollere gelme sıklığı, hastaneye yatmadan önce hipertansiyon tedavisi ile ilgili yapılan uygulamalar, kullanılan antihipertansif ilaç dozu yeterliliği, tansiyon yüksekliğini fark etme durumu, tansiyon yüksekliğinde meydana gelen belirtiler, tansiyon ölçüm cihazı varlığı, hipertansiyon dışında tanı alınan başka tanı varlığı (varsa nelerdir), ailede hipertansiyon varlığı (varsa kimler), hipertansiyonun tıbbi tedavisi dışında başka yöntemlere başvurma durumu, kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri, tansiyonunuzu düşürmek için kullanılan bitkisel ürünler, bitkisel ürünleri kullanım süresi, bitkisel ürünleri kullanma durumu, kullanılan bitkisel ürünlerin tansiyonu düşürdüğüne inanma, bitkisel ürünü aldıktan sonra tansiyon ölçümü yapma, kullanılan bitkisel ürün ile ilgili bilgilerin nereden edinildiği, kullanılan bitkisel ürün ile ilgili olarak daha önceden araştırma yapma durumu, tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma nedenleri, bitkisel ürünleri kullanma sıklığı, kullanılan bitkisel ürün hakkında doktorunuza bilgi verme durumu, hayır ise bu bilgiyi söylememe nedeni, kullanılan bitkisel ürünlerde yan etki olma durumu, kullanılan bitkisel ürünlere yapılan aylık harcama miktarı ile ilgili 26 soru bulunmaktadır.

3.5.2. Değerlendirme Formu (EK-4)

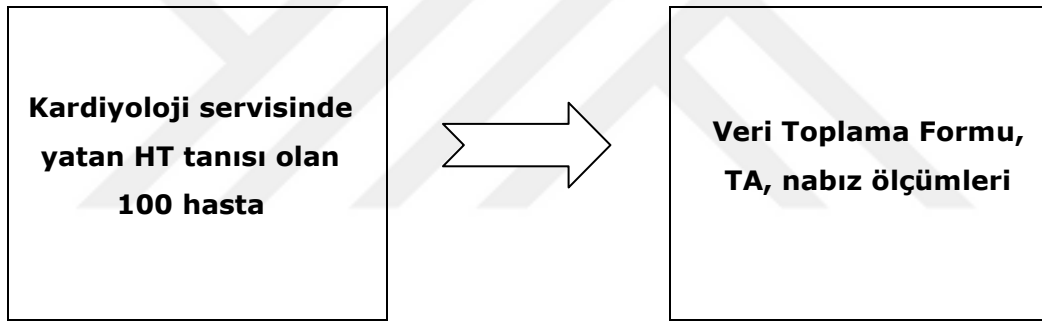
Hastalar ile ilgili genel bilgiler, araştırmacı tarafından hazırlanan değerlendirme formu ile alınmıştır. Bu çalışmada vital bulguların değerlendirilmesinde hastanın hastaneye yattığı andan itibaren 4 saat ara ile 24 saatlik yapılan ölçüm sonuçlarının ortalaması alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Kullanılması

Karacabey Devlet Hastanesi Araştırma Değerlendirme Komisyonu Onayı alındıktan sonra; Bireyin çalışmaya katılmayı kabul ettiğini gösteren izin "Aydınlatılmış Onam Formu" (EK-2) kullanılarak alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle veri toplama formu yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Değerlendirme formunda yer alan nabız, sistolik/diyastolik kan basıncı gibi hastaya bakım verme sırasında elde edilen gözlem ve ölçüm sonuçları, hastaya ait dosya ve kayıtlardan alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

2017 yılı Haziran - Ağustos aylarında Karacabey Devlet Hastanesi Kardiyoloji kliniğinde yatan ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş (yazılı onam alınarak) 100 HT hastasına araştırmacı tarafından veri toplama formu doldurulmuş ve kliniğe yatışı itibarıyla 4 saat ara ile 24 saat boyunca ölçülen nabız, kan basıncı değerleri hasta dosyasından alınmıştır. Araştırmanın uygulama planı Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 2.3: Araştırmanın uygulama planı

3.7.1. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hastanın TAT kullanma durumu.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların yaşı, cinsiyeti, kronik hastalığı. kan basıncı değerleri

3.7.2. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sadece Karacabey Devlet Hastanesi'nde yapılacak olması,
- Çalışmaya 18 yaş üzeri bireylerin dahil edilecek olması,
- Gebelerin çalışmaya alınamayacak olması,
- Tek araştırmacının olması,
- Holter veya yoğun bakım ortamlarındaki moniterize tansiyon değerleri incelenmemiş olması araştırmanın sınırlılıkları olarak kabul edilmektedir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS V23 kullanılarak yapıldı (IBM Corp, 2015). Kategorik veriler kıkare testi ile incelendi. Tekrarlı ölçümlerde Anova'da F testi kullanıldı. Anova için gereken küresellik varsayımı Mauchly's Test of Sphericity ile test edilmiş, küresellik varsayımının sağlanamadığı durumlarda Greenhouse-Geisser düzeltmelerinden elde edilen F değeri kullanılmıştır. Gruplara göre nicel parametrelerin sunumu ortalama \pm standart sapma şeklinde sunulurken, kategorik veriler frekans (yüzde) olarak sunuldu. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

Sigara bağımlılığının değerlendirilmesinde 1990 yılında Fagerstrom ve arkadaşları tarafından geliştirilen Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi kullanılmıştır (Fagerstrom, 1978). Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında Aksakal ve Khorshid tarafından yapılmıştır (Aksakal & Khorshid, 2006). Bu test toplam 6 sorudan oluşmakta olup, her soru 0,1,2,3 şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmektedir. Bu testten alınacak puanlar 0-10 arasında değişmektedir. Fagerstrom testi sonuçları, puanlara göre 0-2 çok az, 3-4 az, 5 orta, 6-7 yüksek, 8-10 çok yüksek bağımlılık şeklinde yorumlanmaktadır.

2017 yılı asgari ücret net 1404 TL'dir (Türkiye Cumhuriyeti Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2018). TÜİK göre 2 kişi yoksulluk sınırında (kişi başi günlük 2,15 doların altında), Türkiye Enerji Su ve Gaz İşçileri Sendikasına (TES-İS) göre açlık sınırı olan 1500'ün altında 58 kişi bulunmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, Yoksulluk Çalışması, 2018; Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu, 2018).

4- BULGULAR

Bu çalışma Karacabey Devlet Hastanesinde 100 kişi ile yapıldı. Katılımcıların %11'i (n=11) 54 yaş altında, %25'i (n=25) 55-65 yaş arasında, %64'ü (n=64) 66 yaş ve üzerindedir. Tüm hastalar içerisinde %64'ünü kadınlar (n=64) %36'sını erkekler (n=36) oluşturmaktadır.

Katılımcıların %71'i (n=71) evli %29'u bekar bireylerdir (n=29). Katılımcıların %71'i (n=71) ilçede %29'u (n=29) da mahallede yaşadıklarını belirtmişlerdir. Eğitim durumları incelendiğinde okuryazar olmayanlar %31 (n=31), okuryazarlar %14 (n=14), ilköğretim mezunları %45 (n=45), ortaokul mezunları %6 (n=6) ve lise mezunları da %4 (n=4) olarak elde edilmiştir. Hastaların %91'i (n=91) çalışırken, sağlık güvencesi olanlar da %91'dir (n=91). Katılımcıların %31'inin (n=31) asgari ücret ve altında, %19'inin (n=18) asgari ücret üzerinde aylık geliri vardır.

Düzenli aralıklarla alkollü içki kullanımı %1 (n=1) olarak tespit edilmiştir. Düzenli olarak fiziksel egzersiz yapanlar %3'tür (n=3). Katılımcıların tamamı dikkate alındığında hiç sigara içmeyenler %72 (n=72), hala içmekte olanlar %9 (n=9) ve sigara içmeyi bırakanlar %19'dur (n=19). Sigara içtiklerini belirten 9 kişinin (%9) Fageström bağımlılık düzeyi incelendiğinde %33,3'ünün (n=3) az bağımlı, %66,7'sinin (n=6) yüksek bağımlı olduğu saptanmıştır.

HT hastalarının sosyo demografik özellikleri ve HT etki edebilecek bazı risk faktörlerine göre dağılımı Tablo 4.1'de incelenmiştir.

Tablo 4.1: HT hastalarının sosyo demografik özellikleri ve HT etki edebilecek bazı risk faktörlerinin dağılımı (n=100)

	N	%*
Yaş		
54 yaş altı	11	11,0
55-65 yaş	25	25,0
66 yaş ve üzeri	64	64,0
Cinsiyet		
Kadın	64	64,0
Erkek	36	36,0
Medeni Durum		
Evli	71	71,0
Bekar	29	29,0
İkamet Yeri		
İlçe	71	71,0
Mahalle	29	29,0
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar Değil	31	31,0
Okur Yazar	14	14,0
İlköğretim	45	45,0
Ortaokul	6	6,0
Lise	4	4,0
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	91	91,0
Çalışıyor	9	9,0
Aylık Gelir		
Asgari ücret ve altı	31	63,3
Asgari ücret üstü	18	36,7
Sağlık Güvencesi		
Yok	9	9,0
Var	91	91,0
Fiziksel egzersiz		
Hayır	97	97,0
Düzenli olarak	3	3,0
Sigara içme durumu		
Hiç içmedi	72	72,0
Bıraktı	19	19,0
İçiyor	9	9,0
Fageströma göre		
Az bağımlı(a)	3	33,3
Yüksek Bağımlı(b)	6	66,7
Toplam**	100	100

*Sütun yüzdesi ** Satır yüzdesi

Hastaneye yatmadan önce HT tedavisi olarak ilaçlarını düzenli kullananlar %88 (n=88), ilaçsız tedaviye başvuranlar %2 (n=2) ve düzensiz ilaç kullananlar %10'dur (n=10). Katılımcıların %83'ü (n=83) kullandığı antihipertansif ilaç dozunun yeterli olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %79'u tansiyonunun yükseldiğini fark etmektedir (n=79). Hastaların %35,1'i (n=27) ense bölgesinde ağrı, %22,1'i (n=17) nefes darlığı, %35,1'i (n=27) çarpıntı, %40,3'ü (n=31) baş dönmesi, %50,6'sı (n=39) baş ağrısı ve %7,8'i (n=6) de sık idrara çıkma gibi belirtileri olduğunda tansiyonun yükseldiğini hissetmektedir. Katılımcıların %74'ü (n=74) tansiyon ölçüm cihazına sahiptir ve tansiyon ölçüm cihazına sahip olanların %98,6'sı (n=73) dijital ölçüm cihazı kullanmaktadır. Tansiyon ölçüm cihazı olmayanlardan en fazla hastaneye giderek (n=15) ikinci sırada komşudan temin ederek (n=4) en son ASM'ye (n=1) ya da doktora giderek (n=1) tansiyon ölçümü yaptırmaktadır.

Katılımcılardan %68'inin (n=68) HT dışında tanı aldığı başka bir hastalığı vardır. Alınan tanıları incelendiğinde ise %73,5'i (n=50) KY, %36,8'i (n=25) DM ve %19,1'i de (n=13) KOAH'dır. Hastaların %33'ünün (n=33) ailesinde HT tanısı almış başka birey vardır. Ailede HT tanısının en fazla anne ve çocukların aldığı bildirilmektedir. Katılımcıların %29'u (n=29) HT için özel uygulamaktadır. Hipertansiyon diyetlerinde ilk sırada tuzsuz yemekler, ikinci sırada tuzsuz ve yağsız yemekler, üçüncü sırada az tuzlu ve tuzsuz-şekersiz yemekler yer almaktadır.

HT hastalarının hastalık tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2'de incelenmiştir.

Tablo 4.2: HT hastalarının hastalık tanıtıcı özelliklerinin dağılımı (n=100)

	N	%
Hipertansiyon tedavisi		
Düzenli ilaç kullanımı	88	88,0
İlaçsız tedavi	2	2,0
Düzensiz ilaç kullanımı	10	10,0
Antihipertansif ilaç dozu yeterliliği		
Hayır	17	17,0
Evet	83	83,0
KB yüksekliğini fark etme durumu***		
Hayır	21	21,0
Evet	79	79,0
Baş ağrısı	39	50,6
Baş dönmesi	31	40,3
Çarpıntı	27	35,1
Ense bölgesinde hissedilen ağrı	27	35,1
Nefes darlığı	17	22,1
Sık idrara çıkma	6	7,8
Tansiyon ölçüm cihazınız varlığı		
Hayır	26	26,0
Evet	74	74,0
Dijital	73	98,6
Manuel	1	1,4
Kardiyovasküler hastalık dışında başka bir kronik hastalık varlığı		
Hayır	32	32,0
Evet	68	68,0
KY	50	73,5
DM	25	36,8
KOAHA	13	19,1
Ailede hipertansiyon varlığı		
Hayır	67	67,0
Evet	33	33,0
Hipertansiyona özel diyet		
Hayır	71	71,0
Evet****	29	29,0
Toplam**		

*Sütun yüzdesi, ** Satır yüzdesi, *** Birden fazla cevap var,

**** Tuzsuz- yağsız-şekersiz diyet vb.

Katılımcılara kullandıkları TAT yöntemleri sorulduğunda %64'ünün (n=64) HT tıbbi tedavisi dışında başvurdukları TAT yönteminin bitkisel tedavi olduğu saptanmıştır. HT yönelik kullanılan bitkisel ürünlerin; %89,1'i (n=57) limon, %43,8'i (n=28) sarımsak, %14,1'i (n=9) sarımsak ekstresi, %7,8'i (n=5) maydanoz, %4,7'si (n=3) ada çayı ve yeşil çay %3,1'dir (n=2). Hastaların %17,2'si (n=11) önce bitkisel ürünü kullanıp KB düşmezse ilaçlarını aldıklarını, %39,1 (n=25) önce ilacı kullanıp KB düşmezse bitkisel ürünü aldıklarını, %43,8'i (n=28) ise hem ilacı hem de bitkisel ürünü kullandıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %90,6'sı (n=58) kullandığı bitkisel ürünlerin tansiyonlarını düşürdüğüne inanmaktadır. Bitkisel ürün aldıktan sonra tansiyon ölçümü yapanlar katılımcıların %62,5'ini (n=40) oluşturmaktadır.

Kullandığı bitkisel ürünler hakkında bilgileri katılımcıların %82,8'i (n=53) komşu/arkadaş/akraba, 35,9'u (n=23) TV-Radyo, %4,7'si (n=3) diğer hastalar ve %4,7'si de (n=3) doktordan almıştır. Katılımcıların %84,4'ü (n=84) kullandığı bitkisel ürün ile ilgili daha önceden araştırma yapmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %85,9'u (n=55) tansiyonunu düzeltmek amacıyla, %4,7'si (n=3) son bir çare olarak gördüğü için, %7,8'i (n=5) hastalığın kötüye gitmesini engellemek için, %4,7'si (n=3) fiziksel konforu için, %3,2'si (n=2) doktor önerdiği için, %4,7'si (n=3) ailesi önerdiği için, %4,7'si (n=3) arkadaşı önerdiği için, %23,4'ü (n=15) kolay erişilebildiği ve %23,4'ü (n=15) de yan etkileri az olduğunu için TAT kullandıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %85,9'u (n=55) kullandığı bitkisel ürün hakkında doktora bilgi vermediği saptanmıştır. Gerek duymadığı için doktora bilgi vermeyenler %32,7 (n=18) iken doktor sormadığı için bilgi vermeyenler %67,3'tür (n=37). Katılımcıların %96,9'u (n=62) kullandığı bitkisel ürünlerin yan etkisi olmadığını belirtmiştir.

HT hastalarının TAT kullanmaya ilişkin özelliklerinin dağılımı Tablo 4.3'te incelenmiştir.

Tablo 4.3: HT hastalarının TAT kullanmaya ilişkin özelliklerinin dağılımı

	N	%*
TAT başvurma durumu		
Hayır	36	36,0
Evet	64	64,0
Kullanılan bitkisel ürünler***		
Limon	57	89,1
Sarımsak	28	43,8
Sarımsak ekstresi	9	14,1
Maydanoz	5	7,8
Ada çayı	3	4,7
Yeşil çay	2	3,1
Bitkisel ürün kullanma durumu		
Önce bitkisel ürün düşmezse ilaç kullanımı	11	17,2
Önce ilaç düşmezse bitkisel ürün kullanımı	25	39,1
Hem ilaç hem bitkisel ürün kullanımı	28	43,8
Bitkisel ürünlerin tansiyonu düşürdüğüne inanma		
Hayır	6	9,4
Evet	58	90,6
Bitkisel ürün aldıktan sonra tansiyon ölçme		
Hayır	24	37,5
Evet	40	62,5
Bitkisel ürünle ilgili bilgilerin nereden alındığı***		
Komşu-arkadaş-akraba	53	82,8
TV-radyo	23	35,9
Doktor	3	4,7
Diğer hastalar	3	4,7
Kullanılan bitkisel ürün ile ilgili önceden araştırma yapma		
Hayır	54	84,4
Evet	10	15,6
Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma nedeni***		
Tansiyonumu düzeltmek için	55	85,9
Yan etkileri az	15	23,4
Kolay erişilebiliyor	15	23,4
Hastalığın kötüleşmesini önlemek	5	7,8
Son bir çare gördüğüm için	3	4,7
Fiziksel konforum için	3	4,7
Doktor önerdiği için	2	3,2
Ailem önerdiği için	3	4,7
Arkadaşım önerdiği için	3	4,7
Kullanılan bitkisel ürün hakkında doktora bilgi verme		
Evet	9	14,1
Hayır	55	85,9
Gerek duymadım	18	32,7
Sormadığı için	37	67,3
Kullanılan bitkisel ürünlerde yan etki olma durumu		
Hayır	62	96,9
Evet	2	3,1
Toplam**		

Satır yüzdesi *Sütun yüzdesi *Birden fazla cevap

Tüm yaşlardaki bireylerde TAT kullanımı daha fazladır (54 yaş ve altı; %72,7 n=8, 55-65 yaş arası; %68,0 n=17, 66 yaş ve üzeri; %62,5 n=40). Yaş arttıkça TAT kullanımı da artmıştır.

TAT kullanımı kadınlarda %73,4 (n=47) iken erkeklerde %37,9'dur (n=18). Hem evli (%66,2; n=47) hem bekar (%62,1; n=18) bireylerde TAT kullanımı daha fazladır. TAT kullanımı ilçede ikamet edenlerde %60,7 (n=43) mahalle oturanlarda %75,9'dur (n=22).

Okur-yazar olmayan bireylerde TAT kullanımı %67,7 (n=21), okur-yazarlarda %85,7 (n=12), ilköğretim mezunlarında %62,5 (n=28), ortaokul mezunlarında %50,0 (n=3) ve lise mezunlarında %25,0'dir (n=1).

TAT kullanımı çalışmayan bireylerde %64,8 (n=59) çalışan kişilerde %66,7'dir (n=6). Asgari ücret ve altında aylık geliri olanlarda TAT kullanımı %74,2 (n=23) iken aylık geliri asgari ücret üzerinde olanlarda %61,1'dir (n=11). TAT kullanımı sağlık güvencesi olan kişilerde %63,7 (n=58), sağlık güvencesi olmayanlarda %77,8'dir (n=7).

Düzenli olarak fiziksel egzersiz yapma ile TAT kullanımı arasında bir ilişki saptanmamıştır. Hiç sigara kullanmayan (%72,2; n=52) ve sigarayı bırakan bireylerde (%47,4; n=9) TAT kullanımı daha fazla iken, sigara içenlerde (%44,4; n=4) daha azdır. TAT kullanımı Fageström bağımlılık düzeyine göre az bağımlı kişilerde %33,3 (n=1) ve yüksek bağımlı kişilerde %50,0'dir (n=3).

Özetle cinsiyet dışında yaş, eğitim durumu, medeni durum, ikamet yeri vb. sosyo demografik özellikler ve fiziksel egzersiz, sigara kullanımı, bağımlılık durumu vb. HT etki edebilecek bazı risk faktörlerinin TAT kullanımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (her biri için; $p > 0,05$; Tablo 4.4).

TAT kullanan ve kullanmayan hastaların sosyo demografik özellikleri ve HT etki edebilecek bazı risk faktörlerine göre dağılımı Tablo 4.4'te incelenmiştir.

Tablo 4.4: TAT kullanan ve kullanmayan hastaların sosyo demografik özellikleri ve HT etki edebilecek bazı risk faktörlerine göre dağılımı (n=100)

	TAT kullanmayanlar*		TAT kullananlar*		χ^2 ; p
	n	%	N	%	
Yaş					
54 yaş ve altı	3	27,3	8	72,7	
55-65 yaş	8	32,0	17	68,0	0,563;
66 yaş ve üzeri	24	37,5	40	62,5	0,754
Cinsiyet					
Kadın	17	26,6	47	73,4	5,563;
Erkek	18	62,1	18	37,9	0,018
Medeni durum					
Evli	24	33,8	47	66,2	0,154;
Bekar	11	37,9	18	62,1	0,695
İkamet yeri					
İlçe	28	39,4	43	60,6	2,118;
Mahalle	7	24,1	22	75,9	0,146
Eğitim durumu					
Okur-Yazar değil	10	32,3	21	67,7	
Okur-Yazar	2	14,3	12	85,7	
İlköğretim	17	37,8	28	62,5	6,302;
Ortaokul	3	50,0	3	50,0	0,178
Lise	3	75,0	1	25,0	
Çalışma durumu					
Çalışmıyor	32	35,2	59	64,8	0,012;
Çalışıyor	3	33,3	6	66,7	0,902
Aylık gelir					
Asgari ücret ve altı	8	25,8	23	74,2	0,918;
Asgari ücret üzeri	7	38,9	11	61,1	0,338
Sağlık güvencesi					
Yok	2	22,2	7	77,8	0,710;
Var	33	33,3	58	63,7	0,400
Fiziksel egzersiz					
Hayır	34	35,1	63	64,9	0,004;
Düzenli olarak	1	33,3	2	66,7	0,951
Sigara Kullanımı					
Hiç içmedi	20	27,8	52	72,2	
İçiyor	5	55,6	4	44,4	5,919;
Bıraktı	10	52,6	9	47,4	0,052
Toplam**					
Fageström Bağımlılık Düzeyi***					
Az bağımlı (a)	2	66,7	1	33,3	0,225;
Yüksek bağımlı (b)	3	50,0	3	50,0	0,635
Toplam**					

* Sütun yüzdesi, ** Satır yüzdesi, *** Sigara içenler

Tekrarlı ölçümlerden elde edilen sistolik kan basıncı değerlerindeki düşüşte zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olduğu görülmüştür (F:26,262; $p < 0,001$). TAT kullanımı ile sistolik kan basıncı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim olmadığı görülmüştür (F:0,042; $p:0,993$; Tablo 4.5). Pillai's Trace analizi sonucu dikkate alınarak TAT kullanan ve kullanmayan arasında anlamlı bir fark yoktur ($p:0,998$; Tablo 4.5). Ancak 6 ölçümlük SKB sonucunda 17.0mmHg'lık düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p:0,000$; Tablo 4.5). Şekillerden 4.1'de SKB değerleri; TAT kullanmayanlarda 137,4mmHg ile TAT kullananlarda 135,2 ile başlayan ölçümlerde sürekli bir azalma gözlemlenmiştir.

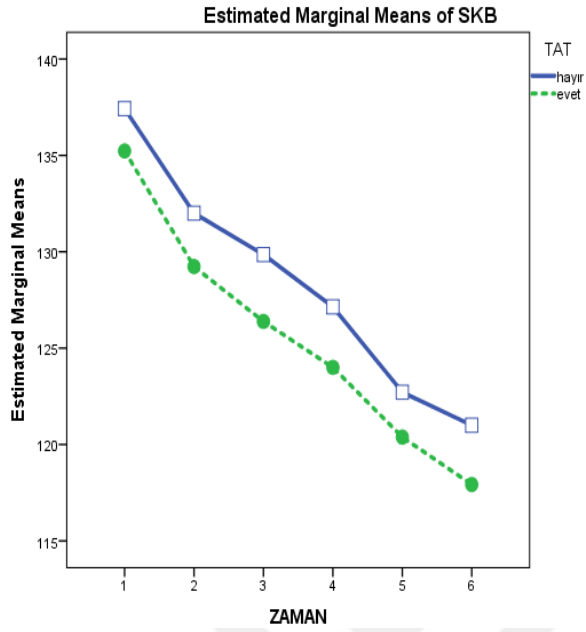
Tekrarlı ölçümlerden elde edilen diyastolik kan basıncı değerlerindeki düşüşte zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olduğu görülmüştür (F:4,448; $p < 0,001$). TAT kullanımı ile diyastolik kan basıncı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim olmadığı görülmüştür (F:0,232; $p:0,936$; Tablo 4.5). Pillai's Trace analizi sonucu dikkate alınarak TAT kullanan ve kullanmayan arasında anlamlı bir fark yoktur ($p:0,945$; Tablo 4.5). Ancak 6 ölçümlük DKB sonucunda 3.8mmHg'lık düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p:0,010$; Tablo 4.5). Şekillerden 4.2'de DKB; TAT kullanmayanlarda 78.5mmHg ile başlayan ilk değer 2.ölçümden sonra 0,2mmHg yükselmiş sonra tekrar düşüşe geçmiştir. 5. ölçüm sonrası sabit kalmıştır. TAT kullananlarda DKB'nda sürekli bir azalma görülürken 5. ölçümden sonra 0.5mmHg'lık bir artış görülmüştür.

Tekrarlı ölçümlerden elde edilen nabız değerlerindeki düşüşte zaman içerisinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik olmadığı görülmüştür (F:0,542; $p > 0,05$). TAT kullanımı ile nabız değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir etkileşim olmadığı görülmüştür (F:0,972; $p:0,411$; Tablo 4.5). Pillai's Trace analizi sonucu dikkate alınarak TAT kullanan / kullanmayan ve ölçümler arasında anlamlı bir fark yoktur ($p:0,476$; ve $p:0,644$; Tablo 4.5). Şekillerden 4.3'te nabız değerleri; TAT kullanmayanlarda milimetrik değişiklikler göstermekte olup artış ve inişlere rağmen son ölçümdeki değer ilk ölçümdeki değerden 0,8 birim daha fazladır. TAT kullananlarda 2. ölçümden 5. ölçüme kadar azalırken son ölçümde ise artmıştır.

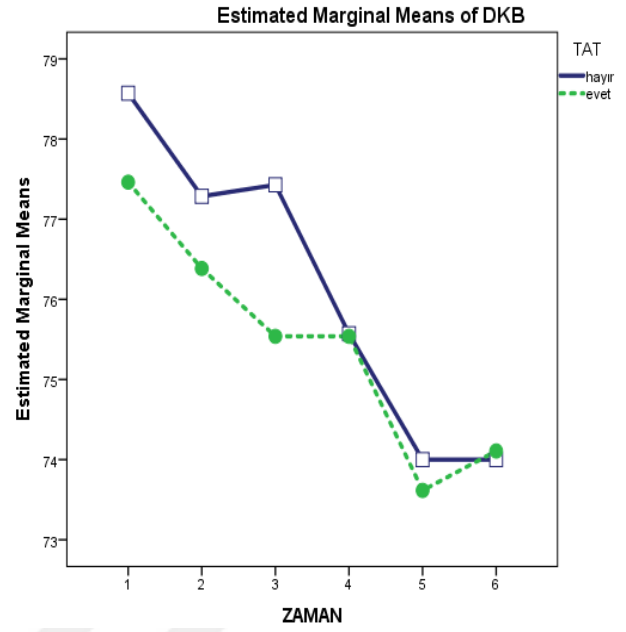
Tablo 4.5: TAT kullanımının 24 saatte ölçülen 6 vital bulgu değerlerine etkisi (n=100)

Vital bulgular	TAT kullanmayan	TAT Kullanan	Toplam Ortalama	Fark	Ölçümler arası analiz F; p
Sistolik Kan Basıncı					
SKB 1	137,4±24,5	135,2±24,3	136,0±24,3	-	12,095; 0,000
SKB 2	132,0±21,8	129,8±19,7	130,2±20,3	5,7	
SKB 3	129,8±22,1	126,3±16,9	127,6±18,9	8,3	
SKB 4	127,1±18,4	124,0±18,8	125,1±18,6	10,8	
SKB 5	122,7±16,9	120,3±14,4	121,2±15,3	14,7	
SKB 6	121,0±13,9	117,9±11,6	119,0±12,4	17,0	
Gruplar arası analiz		0,054;0,998			
Diastolik Kan Basıncı					
DKB 1	78,5±12,8	77,4±9,8	77,8±10,9	-	3,228; 0,010
DKB 2	77,2±10,6	76,3±9,9	76,7±10,1	1,0	
DKB 3	77,4±8,7	75,5±8,8	76,2±8,8	1,5	
DKB 4	75,5±7,5	75,5±8,5	75,5±8,5	2,2	
DKB 5	74,0±9,1	73,6±9,4	73,7±9,3	4,0	
DKB 6	74,0±7,7	74,1±7,9	74,0±7,8	3,8	
Gruplar arası analiz		0,238;0,945			
Nabız					
Nabız 1	80,2±12,3	79,2±11,1	79,5±11,5	-	0,674;0,644
Nabız 2	81,1±10,5	80,2±12,8	80,5±12,0	1,0	
Nabız 3	80,8±9,7	78,5±8,5	79,3±9,0	0,2	
Nabız 4	81,7±10,8	77,6±7,7	79,0±9,0	0,5	
Nabız 5	80,9±10,0	77,2±7,4	78,5±8,5	1,0	
Nabız 6	81,0±10,4	78,2±7,8	79,2±8,9	0,3	
Gruplar arası analiz		0,912;0,476			

TAT kullanımının 24 saatte ölçülen 6 kan basıncı değerlerine etkisi şekil 4.1 ve 4.2'de gösterilmiştir.

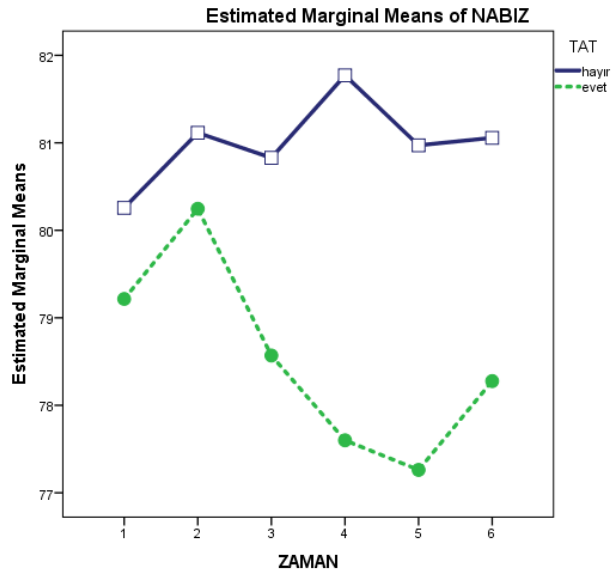


Şekil 4.1: 24 saatlik SKB bulguları



Şekil 4.2: 24 saatlik DKB bulguları

TAT kullanımının 24 saatte ölçülen 6 nabız değerlerine etkisi şekil 4.3'te gösterilmiştir.



Şekil 4.3: 24 saatlik nabız bulguları

5. TARTIŞMA

HT tedavisinde geleneksel olarak sarımsak, limon, vb. birçok bitkisel tedavi kullanıldığı bilinmektedir. Bu nedenle çalışmamızda HT hastalarında TAT kullanım sıklığını değerlendirmek amaçlanmaktadır. Kardiyoloji kliniklerine gelen hastaların limon, maydanoz gibi gizli kullanıma müsait bitkilerin yanı sıra sarımsak gibi kokan bitki kullanımı fark edilse bile rutin anamnezde yer almamaktadır. Kullanılan bitkisel ürünlerin vital bulgulara etkisini ele alan çalışma ise neredeyse yoktur. Kardiyoloji kliniklerinde modern tıp uygulamasının yanı sıra TAT kullanımı da incelenmek istendiğinden, bu çalışma da Tablo 4.2'den itibaren detaylı tartışılacaktır.

5.1. HT Hastalarının Hastalık Tanıtıcı Özellikleri

Standart antihipertansif tedavisi her zaman etkili değildir. HT'un kontrol edilememesi/tedavinin düzenlenememesi bilinen bir durumdur (Mahdaviroshan, Nasrollahzadeh, & Khodadadi, 2014; Ried, Travica, & Sali, 2016). Akpınar ve Tezel'in çalışmasında %21,6, Ried ve ark. çalışmasında %24,0 Ataman'ın çalışmasında %32,9 (Ataman, 2007) hastanın HT ilaçlarını düzenli olarak kullanmadıkları belirtilmiştir (Akpınar & Tezel, 2003; Ried, vd., 2016). **Belirtilen çalışmalara göre çalışmamızda daha düşük sıklıkta (%10) hastalar düzensiz ilaç kullanmaktadır.**

Çalışmamızda hastaların %83,0'ı kullandığı ilaçların dozunu yeterli bulmaktadır. Koç ve Sağlam'ın çalışmasında yaşlıların %97,3'ün aldıkları tıbbi tedaviden memnun olduğu belirtilmiştir (Koç & Sağlam, 2012).

Ülkemizde HT olan 2 kişiden biri bunun farkında değildir ve kadınlarda HT farkındalığı %66,9 erkeklerde %40,6'dır (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması-2, 2016). **Çalışmamızda tansiyonunun yükseldiğini fark etme durumu %79'dur ve en çok fark edilen belirti %50,6 ile baş ağrısıdır.**

Türkiye genelinde yapılan bir araştırmada (n=2747) HT hastalarının %46,6'sının evinde tansiyon ölçüm cihazı vardır ve tansiyon ölçüm cihazlarının %75,2'si dijitaldir (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türkiye Ev Kan Basıncı Ölçüm Aletleri Çalışması Sonuçları, 2011). **Bu çalışmada da tansiyon ölçüm cihazına sahip olanların sayısı daha fazladır (%74,0) ve kullanılan tansiyon ölçüm cihazlarının %98,6'sı dijitaldir.**

HT dışında en sık alınan tanılarda ilk sırada KY, ikinci sırada DM üçüncü sırada ise KOAH yer almaktadır. Güçlü ve ark., ile Ataman'ın yaptığı çalışmalarda HT ek olarak alınan tanıda birinci sırayı DM

almaktadır. Ayrıca Güçlü ve ark. yaptığı çalışmada ikinci sırayı hiperlipidemi alırken Ataman'ın yaptığı çalışmada kalp hastalıkları almaktadır (Güçlü, Ersu, Ersu, & Öngel, 2013; Ataman, 2007).

Hastaların %33'ünün ailesinde HT tanısı almış anne ve/veya çocukları vardır. Yardımcı ve ark. yaptığı çalışmada ise ailede HT tanısı alan bireylerde ilk sırada eş ikinci sırada anne olduğu bildirilmiştir (Yardımcı, Özçelik, & Sürücüoğlu, 2012).

Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programına göre günlük diyetdeki tuz miktarının 1 gram azaltılması ile felçlerin %5, kalp krizlerinin %3; 9 gram azaltılmasıyla ise felçlerin %34, kalp krizlerinin %24 azalacağı belirtilmiştir (Sağlık Bakanlığı, Türkiyede Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2017-2021, 2016). **Çalışmamızda katılımcıların %29'u en fazla tuzsuz diyet olmak üzere beslenmesini düzenlemektedir.** Çöl ve ark. ile Ataman'ın yaptıkları çalışmalarda benzer olarak tuz kısıtlaması yaptığı bildirilmiştir (Ataman, 2007; Çöl, Özdemir, & Ocaktan, 2006).

5.2. HT Hastalarının TAT Kullanmasına İlişkin Özellikleri

Hipertansiyon hastaları tıbbi tedaviye destek olması, kullanılan ilaçların dozunun azalması ya da ilaç tedavisi kullanım zorunluluğunu ortadan kaldırabilmek için başka yöntemlere başvurabilir (Aşılar & Gözüm, 2017). **Çalışmamızda katılımcıların %64'ü HT tıbbi tedavisi dışında TAT yöntemi olarak bitkisel tedaviyi kullanmaktadır.** Efe ve ark., Osamor ve Ovumi'nin yaptıkları araştırmalarda çalışmamıza benzer sonuç bildirilmektedir (Efe, vd., 2012; Osamor & Owumi, 2010).

Toplumumuzda sarımsak ve limonun tansiyonu düşürdüğüne dair yaygın bir inanış vardır. Bilimsel olarak da sarımsaktaki S-allyl-cystein maddesinin; hücre içi nitrik oksit (NO) ve hidrojen sülfür (H₂S) üretimini uyarması ve AT II üretimini inhibe etmesiyle vazodilatasyonu sağlayarak kan basıncını düşürdüğü belirtilmiştir (Al-Qattan, et al., 2006). **Çalışmamızda kullanılan bitkisel ürünler arasında ilk sırayı limon (%89,1) ikinci sırayı sarımsak (%43,8) üçüncü sırayı sarımsak ekstresi (%14,1) almaktadır.** Efe ve ark. (%76,0 limon - %59,1 sarımsak) ile Koç ve Sağlam'ın (%56,4 limon - %25,5 sarımsak) yaptıkları çalışma sonuçları çalışmamıza benzerdir (Efe, vd., 2012; Koç & Sağlam, 2012). Akpınar ve Tezel'e göre bu bitkilerin sık kullanım nedenleri halk arasında tansiyonu düşürdüğüne dair görüşlerin fazlalığı, kolay erişilebilirliği ve maliyetlerinin az olmasıdır. Bunların yanı sıra hipertansif hastaların diyetindeki tuz kısıtlaması ile azalan lezzetin artması için de kullanımının artabileceği belirtilmiştir (Akpınar & Tezel, 2003).

Bu çalışmada hastaların %39,1 önce ilaç kullanıp tansiyonu düşmezse bitkisel ürün almaktadır. Oysa Türk ve Süner'in yaptığı çalışmada hastaların %65,3'ünün öncelikli olarak ilaçlarını aldıkları

bildirilmiştir. **Çalışmamızda tansiyonları yükseldiğinde hem ilaç hem de bitkisel ürün kullanımı %43,8** iken Türk ve Süner'in çalışmasında %3,7'e kadar düşmektedir (Türk & Süner, 2008).

Çalışmamızda bitkisel ürünlerin tansiyonu düşürdüğüne inananlar çoğunluktadır (%90,6). Yapılan çalışmalar çeşitli sonuçlarda bildirilmesine karşın, bazı çalışmalarda tansiyonu düşürdüğüne inanmanın yüksek olduğu (Güven, vd., 2013), bazı çalışmalarda ise düşük olduğu rapor edilmektedir (Efe, vd., 2012).

Bu çalışmada katılımcıların %62,5'i bitkisel ürün kullandıktan sonra tansiyon ölçümü yapmaktadır. Güven ve ark. yaptığı çalışma sonuçları çalışmamıza benzerdir (%65,0) (Güven, vd., 2013).

Çalışmamızda hastaların %82,8'i kullandıkları bitkisel ürünlerle ilgili bilgileri komşu-arkadaş-akraba gibi sağlık personeli dışındaki bireylerden öğrenmiştir. Akpınar ve Tezel (%69,0), ile Güven ve ark. (%48,8) çalışmaları çalışma bulgumuzu desteklemektedir (Akpınar & Tezel, 2003; Güven, vd., 2013). Sağlık personeli dışındaki kişilerden elde edilen bu bilgiler Akpınar ve Tezel'e göre olumsuz sağlık davranışları kazanmalarına yol açabilir (Akpınar & Tezel, 2003).

Çalışmamızda kullandıkları bitkisel ürün hakkında araştırma yapan katılımcıların %15,6'sıdır. Biçen ve ark. yaptığı araştırma, çalışmamıza benzer sonuç bildirilmiştir (%17,0) (Biçen, vd., 2012).

Bu çalışmada hastaların %85,9'u TAT'ı tansiyonlarını düzeltmek için kullanmıştır. Güven ve ark. çalışmasında da hastaların öncelikli TAT kullanma nedeni tansiyonu düzeltmek amacıyla olduğu bildirilmiştir (%28,0) (Güven, vd., 2013). Efe ve ark. yaptığı çalışmada ise öncelikli TAT kullanım nedeni hastalığı kontrol altına almaktır (%28,4) (Efe, vd., 2012).

TAT kullanımı bireyin tedavisi için ilaç etkileşimi gibi olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden, hasta öyküsü dinlenirken mutlaka sorgulanmalıdır (Biçen, vd., 2012). **Bu çalışmada kullandığı bitkisel ürün hakkında doktora bilgi verenler hastaların %14,1'idir.** Biçen ve ark. yaptığı araştırma sonuçları çalışmamıza benzerdir (%13,0) (Biçen, vd., 2012). Yapılan çalışmalarda çeşitli sonuçlar bildirilmekte olup bazı çalışmalarda doktora bilgi vermenin yüksek olduğu Kretchy ve ark. (%30,7), Ali-Shtayeh ve ark. (%31,9), Güven ve ark. (%27,9), bazı çalışmalarda ise düşük olduğu Koç ve Sağlam (%7,3) rapor edilmektedir (Ali-Shtayeh, Jamous, Jamous, & Salameh, 2013; Güven, vd., 2013; Koç & Sağlam, 2012; Kretchy, vd., 2014).

Katılımcıların %96,6'sı kullandığı bitkisel ürünlerde yan etki olmadığını belirtmiştir. Bu durumun nedeni TAT yönteminin tipi, dozu, alındığı zaman gibi değişkenlerken etkilenmesi olabilir.

5.3. TAT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların HT Etki Edecek Risk Faktörleri

Ülkemizde HT prevalansı PatenT2 çalışmasına göre 70-79 yaş arasında %85,2 ile en fazladır (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması-2, 2016). Yaşın artması ile kronik hastalık sayısının artar. Kronik hastalık sayısı arttıkça TAT kullanımının artması beklenir (Güven, vd., 2013). **Çalışmamızda TAT kullanımı ile yaş arasında bir ilişki saptanamamıştır (p=0,754; Tablo4.4)**. Oysa Güven ve ark. yaptığı çalışmada yaş ile birlikte TAT uygulama sıklığının arttığını bildirmiştir (Güven, vd., 2013). Ancak Aşlar ve Gözüm'ün yaptığı çalışmada yaşın artması ile değil 65 yaş ve altı bireyler de TAT kullanımının anlamlı olduğu belirtilmiştir (Aşlar & Gözüm, 2017).

PatenT2 sonucuna göre 40 yaş üzerinde tüm yaşlarda HT kadınlarda erkeklerden daha fazladır (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması-2, 2016). **Çalışmamızda kadınların TAT kullanımı erkeklerden daha fazla olduğu görülmektedir (p=0,018; Tablo 4.4)**. Güven ve ark., İpek ve ark., Bahar ve ark. Aşlar ve Gözüm'ün yaptıkları çalışmalarda benzer olarak kadınlarda TAT kullanımı erkeklerden daha fazladır (Aşlar & Gözüm, 2017; Bahar, et al., 2013; Güven, vd., 2013; İpek, vd., 2013). Güven ve ark. göre kadınların çoğunluğunun ev hanımı olması nedeniyle kitle iletişim araçlarıyla daha çok vakit geçirdiklerinden kadınların erkeklerden daha çok TAT uygulamasının nedeni olabilir. Efe ve ark. ile Bahar ve ark. yaptıkları çalışmalarda ise istatistiksel olarak anlamlı olmasa da kadınların erkeklerden daha fazla TAT kullandığı bildirilmiştir (Bahar, vd., 2013; Efe, vd., 2012). Akpınar ve Tezel'in araştırmasında cinsiyet ile TAT kullanımına arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir (Akpınar & Tezel, 2003). Çalışmamıza zıt olarak Kretchy ve ark. ile Osamor ve Owumi'nin yaptıkları çalışmalarda erkeklerde TAT kullanımı kadınlardan daha fazladır (Kretchy, vd., 2014; Osamor & Owumi, 2010).

Bu çalışmada TAT kullanımı ile medeni durum arasında bir ilişki saptanamamıştır (p=0,695; Tablo 4.4). Benzer olarak Güven ve ark., Bahar ve ark., Aşlar ve Gözüm'ün yaptıkları çalışmalarda da medeni durum ile TAT kullanımı arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (Aşlar & Gözüm, 2017; Bahar, vd., 2013; Güven, vd., 2013). Çalışmamıza zıt olarak Efe ve ark. yaptığı çalışmada bekarların evlilere göre daha fazla TAT kullandığı bildirilmiştir (Efe, vd., 2012).

PatenT2 çalışması sonucunda kırsal kesimde HT prevalansı %32,5'tir (Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması-2, 2016). Taşrada yaşayanların sağlık kuruluşlarına ulaşmalarındaki güçlük TAT kullanımına yönelmenin

sebeplerinden biri olabilir (Güven, vd., 2013). **Bu çalışmada ikamet edilen yere göre TAT kullanımı arasında bir ilişki bulunamamıştır (p=0,146; Tablo 4.4).** Çalışmamıza zıt olarak Güven ve ark. yaptığı çalışmada ikamet edilen yer ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Güven, vd., 2013).

Eğitim seviyesi arttıkça bireylerin bilinç düzeyi de artar. Böylelikle TAT kullanımına daha bilinçli yaklaşılacağı öngörülmektedir (Güven, vd., 2013). **Çalışmamızda eğitim seviyesi ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,178; Tablo 4.4).** Akpınar ve Tezel ile Aşlar ve Gözüm'ünde çalışmamıza paralel olarak eğitim durumunun TAT kullanımına etkisi olmadığını belirtmiştir (Akpınar & Tezel, 2003; Aşlar & Gözüm, 2017). Oysa Güven ve ark. yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (Güven, vd., 2013).

Bu çalışmada çalışan bireyler ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,902; Tablo 4.4). Çalışmamızda olduğu gibi İpek ve ark., ile Aşlar ve Gözüm'ün çalışmasında çalışmayan bireylerin TAT kullanımı daha fazla olsa da aralarındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bildirilmiştir (Aşlar & Gözüm, 2017; İpek, vd., 2013).

Toplumda daha düşük gelir düzeyine sahip olanlarda TAT kullanımı daha fazla kullanılması beklenir. **Çalışmamızda aylık gelir ile TAT kullanımı arasında bir fark bulunamamıştır (p=0,338; Tablo 4.4).** Çalışmamıza benzer şekilde Güven ve ark. ile Aşlar ve Gözüm'ün yaptıkları çalışmalarda TAT kullanımı ile gelir durumu arasında bir ilişki bildirilmemiştir (Aşlar & Gözüm, 2017; Güven vd., 2013).

Bu çalışmada TAT kullanımı ile sağlık güvencesinin varlığı arasında bir ilişki bulunamamıştır (p=0,400; Tablo 4.4). Çetin'in genel TAT kullanımını ile bitkiler hariç TAT kullanımını araştırdığı çalışmada sağlık güvencesi olmayanların (%54,5) bitkileri ilaç olarak kullandığını saptamıştır ve bu durumun anlamlı olduğunu ifade etmiştir (Çetin, 2007).

Çalışmamızda fiziksel egzersiz ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,951; Tablo 4.4). Benzer olarak İpek ve ark. yaptığı çalışmada da fiziksel egzersiz ile TAT kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bildirilmemiştir (İpek, vd., 2013).

Bu çalışmada sigara kullananlar ile TAT kullanımı arasında bir fark saptanmamıştır (p=0,052; Tablo 4.4). İpek ve ark. yaptığı çalışmada da sigara kullanımı ile TAT kullanımı arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (İpek, vd., 2013). **Çalışmamızda Fageström bağımlılık düzeyi ile TAT kullanımı arasında bir ilişki saptanmamıştır (p=0,635; Tablo 4.4).**

5.4. TAT Kullanımının Vital Bulgulara Etkisi

Antihipertansiyon tedavisinde TAT yöntemlerinin kullanıldığı bilinmektedir. Örneğin sarımsağın KB üzerine etkisi adlı çalışmada akut ölçümden 4 yıla kadar KB incelenen 14 araştırma kronik etki araştırılmıştır (Mahdaviroshan, vd., 2014).

SKB 2 mmHg'lık bir düşüş, koroner arter hastalığı ölümlerinde %7, inme kaynaklı ölümlerde % 10 azalma sağlamaktadır (Türk Kardiyoloji Derneği, 17 Mayıs Dünya Hipertansiyon Günü - Bugün Tansiyonunuzu Ölçtürdünüz mü?, 2018). **Bu çalışmada 6 ölçümlük SKB sonucunda 17.0mmHg'lık düşüş görülmüştür (p:0,000; Tablo 4.5).** Mahdaviroshan ve ark. belirttiğine göre Ried K. 10mmHg ile benzer sonuç bildirirken (Mahdaviroshan, vd., 2014), Ried ve ark. 5mmHg ve Mahdaviroshan ve ark. belirttiğine göre Sobenin IA. 7mmHg ile daha düşük sonuç saptamıştır (Mahdaviroshan, vd., 2014; Ried, vd., 2016). Ancak Mahdaviroshan ve ark bildirdiğine göre Turner B., McCrindle, Zimmerman ve Jain çalışmalarında ise TAT kullanımı ile SKB arasında bir ilişki saptamamıştır (Mahdaviroshan, vd., 2014).

Bu çalışmada 6 ölçümlük DKB sonucunda 3.8mmHg'lık düşüş görülmüştür (p:0,010; Tablo 4.5). Mahdaviroshan ve ark. belirttiğine göre Sobenin IA. 3.8mmHg McMahan Kiesewetter 5mmHg çalışmalarında Auer 11mmHg'lık basınçla çalışmamızdan yüksek sonuçlar bildirilmiştir (Mahdaviroshan, vd., 2014). Ancak Ried ve ark. yaptığı çalışmada 1.9mmHg ile çalışmamızdan daha düşük sonuç bildirmiştir (Ried, vd., 2016). Hatta Mahdaviroshan ve ark bildirdiğine göre Turner B., McCrindle, Zimmerman Jain çalışmalarında ise TAT kullanımı ile DKB arasında bir ilişki saptamamıştır (Mahdaviroshan, vd., 2014).

TAT kullanıp kullanılmadığına bakılmaksızın Kardiyoloji kliniğine yatışlarda HT olanların kan basınçları mutlak suretlerde normal sınırlarda tutulması beklenir. **Çalışmamızda da benzer olarak klinikte yatan hastaların TAT kullanıp kullanılmaması ile tansiyon değerleri arasında bir ilişki saptanamamıştır (SKB p=0,993; DKB p=0,936; Tablo 4.5).** Çalışmalarda bildirilen SKB seviyelerindeki değişikliklerinin nedenleri arasında çalışmaların farklı yerlerde yapılmış olması, farklı TAT yöntemlerinin, farklı doz ve farklı sürelerde kullanılmış olması sayılabilir.

Çalışmamızda TAT kullanımı ile nabız değerleri arasında anlamlı bir fark yoktur (p=0,476; Tablo 4.5). Ried ve ark. yaptığı çalışmada benzer sonuç bildirmiştir (Ried, vd., 2016).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

HT hastalarının kullandığı TAT yöntemlerini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma sonucunda;

HT hastalarının ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişiklikleri dışında en fazla tamamlayıcı tedavi olarak bitkisel ürün kullandıkları tespit edilmiştir. Hastaların kan basıncını düşürmek için kullandıkları bitkisel ürünler sırasıyla limon, sarımsak ve sarımsak ekstresidir. TAT uygulama nedenleri tansiyonunu düzeltmek, yan etkilerinin az olması, kolay erişilebilirliği ve hastalığın kötüleşmesini önlemek olduğu, TAT yönteminin bilgi kaynağının komşu-arkadaş-akraba olduğu ve bireylerin kullandığı TAT yöntemini doktoruna söylemediği saptanmıştır. Kadınlar ile TAT kullanımı arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. 24 saatte 6 kez tekrarlanan ölçümlerle; SKB ve DKB düşüş istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu durum kişinin TAT kullanımına bakılmaksızın kliniğe yatan herkese uygulanan kan basıncını normal seviyelerde tutma eylemi kaynaklıdır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Kullanılan bitkisel ürünlerin tıbbi tedaviye, vital bulgulara etkisini değerlendiren yeni çalışmalarla araştırılması,
- Sağlık personellerinin TAT kullanımı hakkında kendileri bilgi sahibi olup bireylerin TAT kullanıp kullanmadıklarını belirleyerek; TAT kullanımı hakkında danışmanlık yapılması ve eğitim verilmesi,
- TAT kullanımına ait soruların hasta anemnez formlarına eklenmesi,
- Sarımsak ve limona ilişkin randomize kontrollü deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

KAYNAK DİZİNİ

- Acehan, O. (2010). Hipertansiyon Kontrolünde Hastalık Algısı ve Grup Görüşmelerinin Etkisi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. ADANA* .
- Açıkgöz, G. K. (2014). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumluluğu Arasındaki İlişki. *T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi MERSİN*.
- Akpınar, R. B., & Tezel, A. (2003). Kan Basıncını Düşürmek için Kullanılan Doğal Yöntemler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6 (3).*, 34-39.
- Aksakal, A., & Khorshid, L. (2006). Adana Tekel Sigara Fabrikasında Çalışan Bireylerin Sigara İçme ve Nikotin Bağımlılıklarının İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi 7(2)*, 57-64.
- Ali-Shtayeh, M. S., Jamous, R. M., Jamous, R. M., & Salameh, N. M. (2013). Complementary and Alternative Medicine (CAM) use among Hypertensive Patients in Palestine. *Complementary Therapies in Clinical Practice 19(4)*, 256-263.
- Al-Qattan, K., Thomson, M., Al-Mutawa'a, S., Al-Hajeri, D., Drobiova, H., & Ali, M. (2006). Nitric Oxide Mediates the Blood-Pressure Lowering Effect of Garlic in the Rat Two-Kidney, One-Clip Model of Hypertension. *J Nutr; 136*, 774-776.
- Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, U., Karatan, O., Turgan, Ç., Çağlar, S. (2005). Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Turkey (the Patent study) in 2003. *Journal of Hypertens ,23,18.*, 17-23.
- American Heart Association. (2012). Executive Summary: Heart Disease and Stroke Statistics- –2012 Update : a Report from the American Heart Association. *Circulation s:125*, 188-197; <http://circ.ahajournals.org/> by guest on September 21.
- American Society of Hypertension. (2014). Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Hypertension, 14-26*.
- Arıcı, M., Birdane, A., Güler, K., Yıldız, B. O., Altun, B., Ertürk, Ş., . . . Derneği, T. H. (2015). Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu. *Türk Kardiyoloji Derneği 43;(4)*, 402-409.

- Arık, N., & Dilek, M. (2013). *Hipertansiyon*. Samsun: Türk Nefroloji Derneği.
- Aşilar, R. H., & Gözüm, S. (2017). Hipertansif Bireylerin Tamamlayıcı Sağlık Yaklaşımı Kullanımları ve Bunun Antihipertansif İlaç Tedavi Uyumuna Etkisi. *Turkish Journal of Family Medicine Primary Care*, 235-244.
- Ataman, A. (2007). Erzurum İli İspir İlçesindeki Hipertansiyon Hastalarının Beslenme Alışkanlıkları Temel Alınarak Yaşam Tarzı Faktörlerinin Belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı Erzurum*.
- Avrupa Hipertansiyon Derneği. (2014). 2013 Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. *Türk Kardiyol Derneği Arş, Suppl. 4*, 1-72.
- Ay, F. A. (2011). *Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Bahar, Z., Kızılcı, S., Beşer, A., Besen, D. B., Gördes, N., Ersin, F., Çapık, C. (2013). Herbal Therapies Used by Hypertensive Patients in Turkey. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines*, 292-298.
- Bal, B. (2009). Hemşire ve Hekimlerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilere İlişkin Görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi. ANKARA*.
- Bell, R., Suerken, C., Grzywacz, J., Lang, W., Quandt, S., & Arcury, T. (2006). CAM use Among Older Adults Age 65 or Older With Hypertension in the United States: General use and Disease Treatment. *J Altern Complement Med.;12(9)*, 903-909.
- Biçen, C., Elver, Ö., Erdem, E., Kaya, C., Karataş, A., Dilek, M., & Akpolat, T. (2012). Hipertansiyon Hastalarında Bitkisel Ürün Kullanımı. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 29., 109-112.
- Bozkurt, N. G. (2013). Sıçanlarda D-Fruktoz ile Oluşturulan Hipertansiyon Üzerine Civan Perçemi (Achillea millefolium) Bitkisinin Etkileri. *T.C. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmakoloji ve Toksoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi VAN*.
- Bulduklu, Y. (2015). Hedef Kitle Bağlamında Tamamlayıcı Ve Alternatif Tıp Uygulamaları. *Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 607-627.
- Chrysant, S. (2016). The Clinical Significance and Costs of Herbs and Hypertension. *J Hum Hypertens.*, 1-6.

- Cinli, H. İ. (2012). Esansiyel Hipertansiyon Hastalarında Kan Basıncı Değişkenliği ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *T.C. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı İç Hastalıkları Uzmanlık Tezi MANİSA*.
- Çetin, O. B. (2007). Eskişehirde Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Sosyo Ekonomi*, 90-105.
- Çöl, M., Özdemir, O., & Ocaktan, M. E. (2006). Park Sağlık Ocağı Bölgesindeki 35 yaş üstü Hipertansiflerde Tedavi-Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine* 59(4), 144-150.
- Dalak, H. (2010). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. MERSİN*.
- Dedeoğlu, B. (2014). Kanserli Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavileri Kullanım Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı. EDİRNE*.
- Dolan, E., Stanton, N., Atkins, E., Den Hond, E., Thijs, L., McCormack, P., O'Brien, E. (2004). Determinants of White-Coat Hypertension. *Blood Pressure Monitoring* 9, 307-309.
- Efe, D., Akça, N. K., Kiper, S., Aydın, G., & Gümüş, K. (2012). Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kan Basıncını Düşürmeye Yönelik Kullandıkları Destekleyici Yöntemler. *Spatula DD. Cilt: 2 Sayı :4*, 207-212.
- Erdoğan, Z., Oğuz, S., & Erol, E. (2014). Kalp Hastalarının Tamamlayıcı Tedavi Kullanma Durumu. *Spatula DD. 2 (3).*, 135-139.
- Fagerstrom, K. (1978). Measuring Degree of Physical dependence to Tobacco Smoking with Reference to Individualization of Treatment. *Addict Behav.* 3(3-4), 235-241.
- Göktepe, M. C. (2017). Hipertansiyon ve Warfarin Kullanımının Travmatik Kafa İçi Kanamalara Etkisi. *T.C. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi İSTANBUL*.
- Guallar, E., Banegas, J., Blasco-Colmenares, E., Jimenez, F., Dallongeville, J., Halcox, J., Rodriguez-Artalejo, F. (2011). Excess Risk Attributable to Traditional Cardiovascular Risk Factors in Clinical Practice Settings Across Europe - The EURIKA Study. *BMC Public Health.* 18;11(1).

- Güçlü, Y. A., Ersu, A., Ersu, N. K., & Öngel, K. (2013). Aile Hekimliği Polikliniğinde Antihipertansif Kullanımı. *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi* 23(3), 127-132.
- Gün, Y. (2012). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilin Dalı Yüksek Lisans Tezi ISPARTA*.
- Güngör, G. (2014). Esansiyel Hipertansiyon ile Ürotensin 2 İlişkisi. *T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi İZMİR*.
- Gürel, S. (2009). Hipertansiyon ve Sağlıklı Yaşam. *Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi*.
- Güven, Ş. D., Muz, G., Ertürk, N. E., & Özcan, A. (2013). Hipertansiyonlu Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. Cilt;2 Sayı;3*, 160-166.
- Hacıoğlu, N. (2014). Hipertansiyonlu Hastaların Risk Faktörleri, Algıladıkları Yaşam Kalitesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İSTANBUL*.
- Hansen, T. W., Jeppesen, J., Rasmussen, S., Ibsen, H. H., & Torp-Pedersen, C. (2006). Ambulatory Blood Pressure Monitoring and Risk of Cardiovascular Disease: a Population Based Study. *American Journal of Hypertension* 19(3), 243-250.
- IBM Corp. (2015). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- İpek, E. G., Güray, Y., Demirkan, B., Güray, Ü., Kafes, H., & Başığit, F. (2013). Kardiyoloji Polikliniğine Başvuran Hastalarda Bitkisel Kökenli Alternatif Tedavilerin ve Tamamlayıcı Besin Ürünlerin Tüketim Prevelansı. *Türk Kardiyoloji Derneği Araştırması*, 41 (3), 218-224.
- Joint National Committee. (2014). Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report from the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* 311(5), 507-520.
- Kalem, M. (2013). Endotel Disfonksiyonu Olan Hipertansif Hastalarda Sarımsak Ekstresinin Akıma Bağlı Dilatasyon ve Endotel Fonksiyonu

- Üzerine Etkisi. *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. KAYSERİ.*
- Karadakovan, A., & Aslan, F. E. (2011). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Kitapevi.
- Kaya, E. P. (2016). Hipertansiyon Tanılı Hastaların İlaç Uyumunun Değerlendirilmesi . *T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanlık Tezi Ankara.*
- Kes, D., Gökdoğan, F., & Tuna, D. (2016). Hipertansiyonu Olan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı: Literatür Taraması. *Journal of Cardiovascular Nursing 7(12).*, 40-55.
- Khatib, O. M., & El-Guindy, M. S. (2005). *Clinical Guidelines for the Management of Hypertension*. EMRO Technical Publications Series 29 World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean Cario: <http://applications.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf>. adresinden alınmıştır
- Koç, Z., & Sağlam, Z. (2012). Yaşlı Hipertansif Hastaların Bitkisel Ürün Kullanım Durumlarının Belirlenmesi. *Türk Geriatri Dergisi, s:15.*
- Koçdaş, M. (2013). Hekim, Hemşire ve Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*
- Kretchy, I. A., Danquah, S., & Owusu-Daaku, F. (2014). Patterns and Determinants of the use of Complementary and Alternative Medicine : Cross Sectional Study of Hypertensive Patients in Ghana. *BMC Complementary and Alternative Medicine; 14(44).*, 3-7.
- Lee, K., Mokhtar, H., Krauss, S., & Ong, B. (2014). Hypertensive Patients' Preferences for Complementary and Alternative Medicine and the Influence of these Preference on the Adherence to Prescribed Medication. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 20.* , 99-105.
- Lip, G. (2004). *Clinical Hypertension in Practice*. Tercüme: Sansoy V. Uygulamada Klinik Hipertansiyon. *Global Yayın Ajansı, İstanbul.*, 1-103.
- Mahdaviroshan, M., Nasrollahzadeh, J., & Khodadadi, E. (2014). Effects of Garlic Supplementation on Blood Pressure. *Journal of Paramedical Sciences. Vol.5 No.1*, 92-98.

- Mancia, G., Facchetti, R., Bombelli, M., Grassi, G., & Sega, R. (2006). Long-Term Risk of Mortality Associated With Selective and Combined Elevation in Office, Home, and Ambulatory Blood Pressure. *Hypertension* 47, 846-853.
- Mccance, K. L., Huether, S. E., Brashers, V. E., & Rote, N. S. (2010). *Pathophysiology : The Biologic Basis For Disease in Adults and Children*. Mosby.
- Nalbantgil, İ., Kılıçcioğlu, B., Önder, R., Boydak, B., Terzioğlu, E., & İşler, M. (1993). "Beyaz Gömlek" Hipertansiyonuna Yaş ve Cinsiyetin Etkisi. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 21, 182-183.
- National Center for Complementary and Integrative Health*. (2016, 02 21). National Center for Complementary and Integrative Health: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health> adresinden alınmıştır
- National Institutes of Health. (2017). *The Seventh Report of the Joint National Committee on, Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. <https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/express.pdf> .
- Onat, A., Can, G., Yüksel, H., Ademoğlu, N., Erginel-Ünaltuna, N., Kaya, A., & Altay, S. (2017). *TEKHARF 2017 Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük*. İstanbul: Logos.
- Osamor, P. E., & Owumi, B. E. (2010). Complementary and Alternative Medicine in the Management of Hypertension in an Urban Nigerian Community. *BMC Complement Altern Med*.
- Parati, G., Ulian, L., Santucci, C., Omboni, S., & Mancia, G. (1998). Difference Between Clinic and Day Time Blood Pressure is not a Measure of the White Coat Effect. *Hypertension* 31, 1185-1189.
- Ried, K., Travica, N., & Sali, A. (2016). The Effect of aged Garlic Extract on Blood Pressure and other Cardiovascular Risk Factors in Uncontrolled Hypertensives: the AGE at Heart Trial. *Integrated Blood Pressure Control*:9, 9-21.
- Sağkal, T., Demiral, S., Odabaş, H., & Altunok, E. (2013). Kırsal Kesimde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerini Kullanma Durumu. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 27 (1)., 19-26.
- Sağlık Bakanlığı. (2013). *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması*. Ankara: Anıl Matbaa.

- Sağlık Bakanlığı. (2015). *Türkiye Kalp Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı*. Ankara: Anıl Reklam Matbaası.
- Sağlık Bakanlığı. (2016). *Türkiyede Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programı 2017-2021*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2018, 04 12). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Sağlık İstatistikleri Yıllığı: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> adresinden alınmıştır
- Samur, G., & Yıldız, E. (2008). Obezite ve Kardiyovasküler Hastalıklar / Hipertansiyon. *Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729 Ankara*.
- Sarı, A. (2009). Hipertansif Hastalarda Limon Kullanımının Kan Basıncı Üzerine Akut ve Kronik Etkilerinin Araştırılması. *T.C.Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi SAMSUN*.
- Sayiner, M. (2011). Fitoterapinin Eczacılıktaki Önemi. *Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Bitirme Tezi, Kayseri*.
- Selçuk, S. S., & Eyisan, S. (2012). Türkiye'deki Eczanelerde Bulunan Bitkisel İlaçlar. *Marmara Pharmaceutical Journal 16.*, 164-180.
- Severcan, Ç. (2011). Akupunktur Tedavisinin Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncı Değerlerine ve Nitrik Oksit Düzeyine Etkisi. *T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Biyokimya Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi ANKARA*.
- Stergiou, G. S., & Bliziotis, I. A. (2011). Home Blood Pressure Monitoring in the Diagnosis and Treatment of Hypertension; A Systematic Review. *American Journal of Hypertension 24(2)*, 123-134.
- Şengül, Ş., Erdem, Y., Akpolat, T., Derici, U., Sindel, Ş., Karatan, O., Ertürk, Ş. (2013). Controlling hypertension in Turkey: not a hopeless dream. *Kidney International Supplemets ,3.*, 326-331.
- Teke, N. (2016). Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri. *Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Konya*.
- Tiryakioğlu, A. E. (2012). Bir İlçede Aile Hekimliği Bilgi Sistemine Göre Esansiyel Hipertansiyona Yönelik Tedavi Uygulamaları ve Tedavi Maliyeti. *T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi ANKARA*.

- Topçam, S. (2017). L-name ile Hipertansiyon Oluşturulan Sıçanlarda Fumaria Officinalis Ekstraktının Kan Basıncına Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıbbi Farmakoloji Yüksek Lisans Programı. Yüksek Lisans Tezi. AYDIN.*
- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği (2017, 12 12) Türkiye Ev Kan Basıncı Ölçüm Aletleri Çalışması Sonuçları. <http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/OlcumAletleri.pdf> adresinden alınmıştır
- Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2016, 02 19). *Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması-2.* http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php adresinden alınmıştır
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2000). *Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu.* https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_2d304.htm?wbnum=1104 adresinden alınmıştır
- Türk Kardiyoloji Derneği. (2018, 04 13). 17 Mayıs Dünya Hipertansiyon Günü - Bugün tansiyonunuzu ölçtünüz mü?: <https://www.tkd.org.tr/duyuru/2950/17-mayis-dunya-hipertansiyon-gunu-bugun-tansiyonunuzu-olcturdunuz-mu> adresinden alınmıştır
- Türk, N., & Süner, A. (2008). Hipertansif Olgularda Non-Farmakolojik Yöntem ve Antihipertansif İlaç Kullanımının Analizi. *Göztepe Tıp Dergisi* 23(4), 133-142.
- Türkiye Cumhuriyeti Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.* (2018, 03 27). Türkiye Cumhuriyeti Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı: https://www.csgeb.gov.tr/media/4152/2017_onikiay.pdf adresinden alınmıştır
- Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği. (2010). *Türkiye Diyabet Hipertansiyon Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP-II) Sonuçları.* http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018, 04 14). *Merkezi Dağıtım Sistemi.* <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr> adresinden alınmıştır
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018, 04 12). *Ölüm Nedeni İstatistikleri.* Türkiye İstatistik Kurumu: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24572> adresinden alınmıştır

- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018, 04 12). *Türkiye Sağlık Araştırması*. Türkiye İstatistik Kurumu: <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=24573> adresinden alınmıştır
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018, 04 12). *Yoksulluk Çalışması*. Türkiye İstatistik Kurumu: <http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id=21867> adresinden alınmıştır
- Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu. (2018, 04 12). Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu: http://tesis.org.tr/assets/view/userfile/aclik_yoksulluk_subat_2017.pdf adresinden alınmıştır
- Uyarel, H. (2014). Tedavide Yaşam Tarzı Değişiklikleri. *Türk Kardiyoloji Derneği, Hipertansiyon Haber Bülteni*;1,1., 6-7.
- Ünsal, B. (2013). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylere Verilen Uyku Hijyeni Eğitiminin Uyku Kalitesine Etkisi. *T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi KAYSERİ*.
- World Health Organization. (2018, 04 14). *A Global Brief on Hypertension*. www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/ adresinden alınmıştır
- World Health Organization. (2018, 04 13). *World Health Organization*,. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> adresinden alınmıştır
- Yardımcı, H., Özçelik, A. Ö., & Sürücüoğlu, M. S. (2012). Yaşlılarda Hipertansiyon Durumu ve Beslenme Alışkanlıkları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17-36.

EK DİZİNİ

EK - 1 Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

Prof. Dr. Ömür ŞAYLIGİL
(Başkan)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Uğur BİLGE
(Başkan Yardımcısı)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
(Raportör)
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim
Dalı

**Prof. Dr. Setenay DİNÇER
ÖNER**
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Biyostatistik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Anatomi Anabilim Dalı

Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Histoloji ve Embriyoloji Anabilim
Dalı

Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Altan EŞSİZÖĞLU
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ömer KILIÇ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı /
Çocuk Enfeksiyon Hast. Bilim Dalı

Doç. Dr. Batu Can YAMAN
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Restoratif Diş Tedavisi
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Av. Önder CAN
Avukat

Etik Kurul Sekreterliği
Aysun SERTTAŞ
Makbule SARİÇİÇEK
Tel: 0 222 239 29 79 / 4690

Sayı: 80558721/G - 116
Konu: Karar -

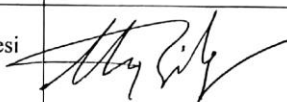



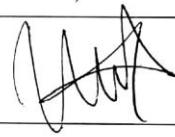
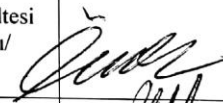
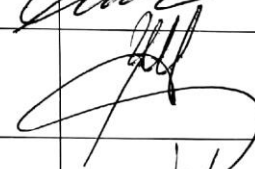

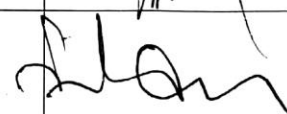
Sayın; Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Sorumlu Araştırmacısı olduğunuz *“Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı Tedavi Kullanma Sıklığının Değerlendirilmesi”* başlıklı çalışma hakkında alınan karar ilişkide gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.


Doç. Dr. Uğur BİLGE
Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI KARAR FORMU	
Başvuru Tarihi: 05.04.2017	Çalışmanın Başlığı: "Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı Tedavi Kullanma Sıklığının Değerlendirilmesi" Çalışmacılar: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü – Doç.Dr.Özlem ÖRSAL (Yüksek Lisans Tez Danışmanı), Bursa Karacabey Devlet Hastanesi - Hemşire Büşra EREN SONKAYA (Yüksek Lisans Tez Sahibi)
Çalışmanın değerlendirildiği ilk toplantı tarihi: 17.04.2017	Sonuç: "13.04.2013 tarihli ve 28617 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelikte destekleyici klinik araştırmanın başlatılmasından, yürütülmesinden veya finanse edilmesinden sorumlu olan kişi kurum veya kuruluş olarak tanımlanmaktadır. Mezkur yönetmeliğin 23'üncü maddesinin 1'inci fıkrasında "Kurumca onaylanan araştırma protokolünde belirtilen ve araştırmada kullanılan her türlü araştırma ürününün, ürünlerin kullanılmasına mahsus cihaz ve malzemeler ile muayene, tetkik, tahlil ve tedavilerin bedeli destekleyici tarafından karşılanır. Bu bedel, gönüllüye veya sosyal güvenlik kurumuna ödettirilmez." hükmü bulunmaktadır." Yukarıdaki maddeye istinaden; rutin dahi olsa, bakılacak tetkiklerin hasta arşivinden bakılması gereklidir. Aksi takdirde "bütçe" hazırlanması ilgili madde gereği zorunludur ve ilgili madde hükümleri tüm çalışmacılar için bağlayıcıdır.
Karar Tarihi: 17.04.2017 Karar No: 15	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doç.Dr.Özlem ÖRSAL (Yüksek Lisans Tez Danışmanı) sorumluluğunda yürütülen " <i>Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Tamamlayıcı Tedavi Kullanma Sıklığının Değerlendirilmesi</i> " başlıklı çalışmanın yapılmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliğiyle karar verilmiştir. Araştırmacılara başarılar dileriz.

**ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

	Unvanı/Adı/Soyadı	Kurumu	İmza
1	Prof. Dr.Ömür ŞAYLIGİL (Başkan)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
2	Doç. Dr. Uğur BİLGE (Başkan Yardımcısı)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı	
3	Doç. Dr. Özlem ÖRSAL (Raportör)	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	
4	Prof. Dr. Setenay DİNÇER ÖNER	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyostatistik Anabilim Dalı	
5	Prof. Dr. Hilmi ÖZDEN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı	
6	Prof. Dr. Varol ŞAHİNTÜRK	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	
7	Prof. Dr. Aydın YENİLMEZ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı	
8	Doç. Dr. Altan EŞSİZOĞLU	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
9	Doç.Dr.Ömer KILIÇ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı/ Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı	
10	Doç. Dr. Batu Can YAMAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Restoratif Diş Tedavisi Anabilim Dalı	
11	Prof. Dr. Bekir YAŞAR	Genel Cerrahi Uzmanı	
12	Av. Önder CAN	Hukuk	

EK - 2 Kurum İzni



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Sayı : 59346821/ 75

04.04.2016

Konu :

Sayın: Büşra EREN

31.03.2016 tarih ve 95063351-300/316 sayılı Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün "Anket İzni" konulu yazısı ektedir.
Gereğini rica ederim.

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Eki:3

Adres: Meşelik Yerleşkesi
26480 Eskişehir

Tel : 0 222 229 26 93-94
Fax: 0 222 229 26 95



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 95063351-300-316
KONU : Anket İzni hk.

31.03.2016

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programına kayıtlı 522320140002 numaralı öğrenci Büşra EREN'in, "**Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Sarımsak Uygulamasının Akut Kan Basıncı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi**" adlı tez çalışmasının gelişimi için anket uygulamasını Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Karacabey Devlet Hastanesi'nde yapması için, Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından gönderilen yazı yazımız ekinde gönderilmektedir.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr. Hasan Veysi GÜNEŞ
Sağlık Bil. Enst. Müdürü

EKİ- 2 sf. Yazı

109. Dr. Özlem ÖRSAL'a ve Büşra Eren'e ist yazı

Gelen Evrak:
Kayıt Tarihi: 01.04.2016
Kavut No: 77

Doç. Dr. Özlem ÖRSAL
Hemşirelik Bölüm Başkanı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

BURSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BURSA İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
24.03/2016 11:04 - 88553808 - 772 99 - E 6396
00021133110

Sayı : 88553808/772.99
Konu : Anket İzni Hk.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 11/03/2016 tarihli ve 254 sayılı yazı

İlgi sayılı yazınız gereği; Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek Lisans Programı öğrenci Büşra EREN'in, "Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Sarımsak Uygulamasının Akut Kan Basıncı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasının anket uygulamasını Birliğimize bağlı Karacabey Devlet hastanesinde yapabilmesi için 23.03.2016 tarih ve 6307 sayılı Makam Onayı Ek'te sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim

Prof.Dr.Rüstem AŞKIN
Genel Sekreter

EK: Makam Onayı (1 sayfa).

75. Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nilüfer/BURSA
Şenay YALÇIN Tel: 0 224 600 33 00-1154 E.Posta:senay.yalcin@sag

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 49141
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KARACABEY DEVLET HASTANESİ

2016/03/30
Görsel Tarih: 30-03-2016
Görsel No: 325
1

00-bc38-666969e99d37 kodu ile erişebilirsiniz.
-str.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 88553808/772.99
Konu : Anket İzni Hk.

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Eskişehir Osmangazi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 11.03.2016 tarih ve 254 sayılı yazısında; Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra EREN'in, "Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Sarımsak Uygulamasının Akut Kan Basıncı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması anket uygulamasını, Birliğimize bağlı Karacabey Devlet Hastanesinde uygulama talebi, Başkanlığımızca uygun görülmüş olup, "Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Sarımsak Uygulaması" uygunluğunun Karacabey Devlet Hastane Yöneticiliğince değerlendirilmesi hususunu;

Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Op.Dr.Muhammed GÜNAYDIN
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
.../03/2016
Prof.Dr.Rüstem AŞKIN
Genel Sekreter

75. Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nilüfer/BURSA
Şenay YALÇIN Tel: 0 224 600 33 00-1154 E.Posta:senay.yalcin@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f06b4dd3-33fb-4d5b-bc38-666969e99d37 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Karacabey Devlet Hastanesi

BURSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BURSA KARACABEY DEVLET
HASTANESİ
25/03/2016 15:55 - 77106980 - 772.99 - E.1318



- BÜŞRA EREN -

Sayı : 77106980/772.99
Konu : Anket İzni Hk.

BÜŞRA EREN
Hemşire

İlgi : 17/02/2016 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçeniz ile "Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Sarımsak Uygulamasının Akut Kan Basıncı Üzerine Etkisini Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasının anket uygulamasını hastanemizde yapabileme talebiniz Genel Sekreterliğimiz ve Yöneticiliğimizce uygun görülmüş olup onay yazıları ektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Mehmet PETEK
Hastane Yöneticisi / Başhekim

EKLER:
1-Anket İzni Hk.

KARACABEY DEVLET HASTANESİ
BELGENİN ASLI ELEKTRONİK İMZALIDIR
...../...../201.....

Mecidiye Mah. Şifa Sk. No:2 KARACABEY / BURSA
Gül İpek AYDEMİR Tel: 0224 676 10 92 / 1211 E-posta: gulipek.aydemir@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d7fa9c85-202b-457c-8c05-0e6fc3629ff2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 88553808/772.99
Konu : Anket İzni Hk.

BURSA KARACABEY DEVLET HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

Eskişehir Osmangazi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 11.03.2016 tarih ve 254 sayılı yazısı gereği; Hemşirelik Anabilim dalı Yüksek Lisans Programı öğrenci Büşra EREN'in, "Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Sarımsak Uygulamasının Akut Kan Basıncı Üzerine Etkisini Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışmasının, anket uygulamasını Sağlık Tesisinizde yapabilmesi için 23.03.2016 tarih ve 6307 sayılı Makam Onayı Ek'te sunulmuş olup, "Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Sarımsak Uygulaması" uygunluğunun Yöneticiliğinizce değerlendirilmesi,

Ayrıca, yapılacak çalışmanın Tesisinizde hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, anket/araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayatın korunmasına özen gösterilmesi hususunda;

Gereğini rica ederim

Op.Dr.Muhammed GÜNAYDIN
İdari Hizmetler Başkanı

EKLER:

- 1-Makam Onayı (1 adet),
- 2-Başvuru Formu (2 sayfa),
- 3-Ekler (....sayfa).

75. Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nilüfer/BURSA
Şenay YALÇIN Tel: 0 224 600 33 00-1154 E.Posta:senay.yalcin@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d7fa9c85-202b-457c-8c05-0e6fc3629ff2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



BURSA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - BURSA İLİ KHBGS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
23/03/2016 11:17 - 88553808 - 772.99 - E.6307
00021064611

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Bursa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 88553808/772.99
Konu : Anket İzni Hk.

GENEL SEKRETERLİK MAKAMINA

Eskişehir Osmangazi Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünün 11.03.2016 tarih ve 254 sayılı yazısında; Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Büşra EREN'in, "Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Sarımsak Uygulamasının Akut Kan Basıncı Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı tez çalışması anket uygulamasını, Birliğimize bağlı Karacabey Devlet Hastanesinde uygulama talebi, Başkanlığımızca uygun görülmüş olup, "Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Sarımsak Uygulaması" uygunluğunun Karacabey Devlet Hastane Yöneticiliğince değerlendirilmesi hususunu;
Makamımızca da uygun görüldüğü takdirde olurlarınıza arz ederim.

Op.Dr.Muhammed GÜNAYDIN
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR
.../03/2016
Prof.Dr.Rüstem AŞKIN
Genel Sekreter

75. Yıl Bulvarı Park Caddesi No:1 Nilüfer/BURSA
Şenay YALÇIN Tel: 0 224 600 33 00-1154 E.Posta:senay.yalcin@saglik.gov.tr

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e01007ea-e6ce-4407-afd2-4301f5cbf4da kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK - 3 Veri Toplama Aracı

A. SOSYO-DEMOGRAFİK VERİLER

- 1) Grup: () 1.grup () 2.grup () 3.grup
2) Protokol no:.....
3) Yaşınız:
4) Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
5) Medeni durumunuz: () Evli () Bekar
6) İkamet ettiğiniz yer: () İl () İlçe () Mahalle
7) Eğitim durumunuz: () Okur-yazar değil () Okur-yazar
() İlköğretim mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu
() Üniversite () Yüksek Lisans / Doktora
8) Çalışma durumunuz: () Çalışmıyor () Çalışıyor
9) Eve giren toplam aylık geliriniz:.....
10) Sağlık güvenceniz var mı? () Hayır () Evet

B. YAŞAM TARZI

1. Sigara Kullanımı:

- () Hiç içmemiş
() Bırakmış.....yıldır içmiyor,yıl.....paket/gün içmiş
() İçiyor.....yıl.....paket/gün

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi

1. Günün ilk sigarasını sabah uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?

- a. İlk 5 dakika içinde b. 6-30 dakika içinde c. 31-60 dakika içinde d. 1 saatten sonra

2. Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde sigara içmemek sizi zorlar mı?

- a. Evet b. Hayır

3. Günün hangi sigarasından vazgeçmek sizin için daha zordur?

- a. Sabah ilk içilen sigara b. Diğer zamanlarda içilen sigaralar

4. Günde kaç adet sigara içiyorsunuz?

- a. 31 ve daha fazla b. 21-30 adet c. 11-20 adet d. 10 ve daha az

5. Sabahları günün diğer zamanlarına göre daha fazla sigara içiyor musunuz? a. Evet b. Hayır

6. Yatmanızı gerektirecek kadar hasta olduğunuz zamanlarda da sigara içer misiniz?

- a. Evet b. Hayır

2. Alkollü içki kullanımı:

- () Hayır hiç kullanmam () Düzenli aralıklarla kullanırım

3-. Fiziksel egzersiz yapıyor mu?

- () Hayır hiç yapmam () Düzenli olarak yaparım

C. HİPERTANSİYON VERİLERİ (1. ve 2. grup cevaplayacak)

1) Ne kadar süredir hipertansiyonunuz var ?

.....

2) Ne sıklıkta kontrollere geliyorsunuz?

.....

3) Hastaneye yatmadan önce hipertansiyon tedaviniz ile ilgili olarak hangisini uyguladınız?

Düzenli ilaç kullanımı

İlaçsız tedavi (kilo verme, tuz kısıtlaması, sigaranın bırakılması, stresten uzaklaşma)

Düzensiz ilaç kullanımı

4) Kullandığınız antihipertansif ilaç dozu yeterli oldu mu?

Hayır Evet

5) Tansiyonunuzun yükseldiğini fark edebiliyor musunuz?

Hayır Evet

6) Tansiyonunuz yükseldiğinde hangi belirtiler olmaktadır?

Hiçbir belirti yok Ense bölgesinde hissedilen ağrı

Nefes darlığı Çarpıntı

Baş dönmesi Baş ağrısı

Sık idrara çıkma Diğer

7) Tansiyon ölçüm cihazınız var mı?

Hayır Hayır ise nereden temin ediyorsunuz.....)

Evet Dijital Manuel

8) Hipertansiyon dışında tanı aldığınız başka bir hastalığınız var mı? Varsa nedir?

DM KAH Kalp yetmezliği KOAH

Diğer.....

9) Ailede hipertansiyon tanısı almış başka bireyler var mı? Varsa kimler?

.....

10) Hipertansiyonunuz için özel bir diyet uyguluyor musunuz?

Hayır Evet

11) 'Evet' ise yaptığınız diyetin özellikleri nelerdir?

.....

12) Hipertansiyonun tıbbi tedavisi dışında başka yöntemlere başvuruyor musunuz?

Hayır Evet

13) Kullandığınız tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri nelerdir?

- Bitkisel ürünler Dini uygulamalar Kaplıcalar
 Masaj Aromaterapi Müzik terapileri
 Refleksoloji Diğer.....

14) Tansiyonunuzu düşürmek için kullandığınız bitkisel ürünler nelerdir?

- Sarımsak Limon Sarımsak ekstresi
 Kekik yağı Maydanoz Ada çayı
 Yeşil çay Diğer.....

15) Bitkisel ürünleri ne zamandır kullanıyorsunuz?

16) Bitkisel ürünleri kullanma durumunuz nasıldır?

- Önce bitkisel ürünü kullanıyorum düşmezse ilacımı alıyorum
 Önce ilacımı kullanıyorum düşmezse bitkisel ürünü alıyorum
 Hem ilacı hem bitkisel ürünü kullanıyorum

17) Kullandığınız bitkisel ürünlerin tansiyonunuzu düşürdüğüne inanıyor musunuz? () Hayır () Evet

18) Bitkisel ürünü aldıktan sonra tansiyon ölçümü yapıyor musunuz? () Hayır () Evet

19) Kullandığınız bitkisel ürünle ilgili bilgileri nereden edindiniz?

- TV-Radyo Gazete-Dergi-Kitap İnternet
 Diğer hastalar Komşu-Arkadaş-Akraba İlan-Broşür
 Doktor Diğer.....

20) Kullandığınız bitkisel ürün ile ilgili önceden araştırma yaptınız mı? () Hayır () Evet

21) Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma nedenleriniz nelerdir?

- Tansiyonumu düzeltmek amacıyla Fiziksel konforum için
 Son bir çare olarak gördüğüm için Merak ettiğim için
 Mali olanaksızlıklar nedeniyle Doktor önerdiği için
 Tıbbi tedaviden memnun olmadığım için Ailem önerdiği için
 İlaçların yan etkilerini gidermek için Arkadaşım önerdiği için
 Onlara daha fazla güveniyorum Yan etkileri az
 Hastalığın kötüye gitmesini engellemek Kolay erişilebiliyor

22) Bitkisel ürünleri kullanma sıklığınız nedir?

- Günde / Haftada
 İhtiyaç halinde

23) Kullandığınız bitkisel ürün hakkında doktorunuza bilgi verdiniz mi? () Hayır () Evet

24) Hayır ise bu bilgiyi söylememe nedeniniz nedir?

() Gerek duymadım () Sormadığı için () Vereceği tepkiden dolayı

25) Kullandığınız bitkisel ürünlerin yan etkisi oldu mu?

() Hayır () Evet

Oldu ise:.....

26) Hastalığınız için kullandığınız bitkisel ürünlere yaptığınız aylık harcama miktarı nedir?

.....

3. Grup cevaplayacak

Tansiyonunuz yüksek hissettiğinizde/ölçtüğünüzde ne yaparsınız ?

.....

.....

.....



EK -4 Değerlendirme Formu

1) Grup: () 1.grup () 2.grup () 3.grup		2) Yaş:	3) Cinsiyet: () Kadın () Erkek		Protokol no:
Fizyolojik Göstergeler					
	Anlık	8 saat	12 saat	16 saat	20 saat
Tansiyon					
Nabız					
Vücut Isısı					
spO₂					

ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Büşra SONKAYA
Doğum tarihi ve yeri : 08.05.1992 - OSMANGAZİ
Uyruğu : T.C.
Medeni durumu : Evli
İletişim adresleri : Elmasbahçeler Mah. 2.Temel Sokak. No:8 Neşe
Apt. Kat:2 Daire:4 OSMANGAZİ/BURSA
busraa.16n@gmail.com
537 226 8713

Eğitim Durumu

1998 - 2006 Akıncıtürk İhsan Dikmen İlköğretim Okulu,
2006 - 2010 Çelebi Mehmet Lisesi,
2010 - 2014 Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümü,
2014 - (halen) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı Yüksek Lisans.

Mesleki Deneyim : 2015 - 2017 Karacabey Devlet Hastanesi
Kardiyoloji Kliniği
2017 - (halen) Gürsu Cüneyt Yıldız Devlet Hastanesi
Acil Servis