

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

**HİPERTANSİYON HASTALARININ TAMAMLAYICI
ALTERNATİF TEDAVİ KULLANMA DURUMLARI VE
TAMAMLAYICI ALTERNATİF TEDAVİYE İLİŞKİN
TUTUMLARI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Hilal GÖKÇE

Referans no: 10133083

EDİRNE-2019

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

**HİPERTANSİYON HASTALARININ TAMAMLAYICI
ALTERNATİF TEDAVİ KULLANMA DURUMLARI VE
TAMAMLAYICI ALTERNATİF TEDAVİYE İLİŞKİN
TUTUMLARI**

(Yüksek Lisans Tezi)

Hilal GÖKÇE

Tez No:

EDİRNE-2019

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

ONAY

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Hilal GÖKÇE tarafından tez başlığı “Hipertansiyon Hastalarının Tanımlayıcı Alternatif Tedavi Kullanma Durumları ve Tamamlayıcı Alternatif Tedaviye İlişkin Tutumları” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **11/01/2019** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Yüksek Lisans Tezi**” olarak kabul edilmiştir.

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN
JÜRİ BAŞKANI (Danışman)



İmza

Dr. Öğr. Üyesi Nurhan ÖZPANCAR
ÜYE



İmza

Dr. Öğr. Üyesi Şebnem BİLGİÇ
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin ve tez çalışmam süresince yardım ve desteği için değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN'a, veri toplama aşamasında her türlü yardımı sağlayan Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi çalışanlarına, tez çalışmam süresince verdiği destek için Arş. Gör. Ezgi KINICI'ya, her zaman yanımda olan eşim Erdem GÖKÇE'ye, yaşamım boyunca desteğini ve sevgisini benden hiç esirgemeyen babam Yücel GÖZÜPEK, annem Nedret GÖZÜPEK ve kardeşim Miray GÖZÜPEK başta olmak üzere tüm aileme en içten duygularıyla teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
HİPERTANSİYONUN TANIMI	3
HİPERTANSİYONUN ETİYOLOJİSİ	3
HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ	4
HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI	5
HİPERTANSİYONUN BELİRTİLERİ	8
HİPERTANSİYONDA TEDAVİ STRATEJİLERİ	8
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER VE HİPERTANSİYONDA KULLANIMI	14
TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLERDE HEMŞİRENİN ROLÜ	18
GEREÇ VE YÖNTEMLER	20
BULGULAR	24
TARTIŞMA	38
SONUÇ VE ÖNERİLER	48
ÖZET	51
SUMMARY	53
KAYNAKLAR	55
TABLolar LİSTESİ	67
ÖZGEÇMİŞ	68
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

ACC:	American College of Cardiology
AHA:	American Heart Association
BKİ:	Beden Kitle İndeksi
DASH:	Dietary Approach to Stop Hypertension
DKB:	Diyastolik Kan Basıncı
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
ESC:	European Society of Cardiology
ESH:	European Society of Hypertension
HT:	Hipertansiyon
KAH:	Koroner Arter Hastalığı
KVH:	Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları
SKB:	Sistolik Kan Basıncı
TAT:	Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi
TATKTÖ:	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği
TEKHARF:	Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı

GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon küresel bir halk sağlığı sorunu olup hem sağlık hem de ekonomi için büyük bir yük oluşturan önlenebilir ve tedavi edilebilir kronik bir hastalıktır (1). Son 40 yılda hipertansiyon prevalansının değişiminin araştırıldığı bir çalışmada, hipertansif birey sayısının 2015 yılı itibarıyla 1 milyar kişiyi aştığı ve %90 düzeyinde arttığı bulunmuştur (2). Toplumda hipertansiyon görülme sıklığını, Amerikan Kalp Derneği 20 yaşından büyük yetişkinlerde %33 (3), Avrupa Kardiyoloji Derneği erişkin nüfusta %30-45 olarak bildirmiştir (4). Türkiye’de, Kılıçkap ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise hipertansiyon prevalansının %29,9 olduğu bulunmuştur (5).

Kardiyovasküler sistem hastalıkları için önemli bir risk faktörü olan hipertansiyon, kalp hastalıkları nedeniyle ölümlerin %45’inden, inme nedeni ile ölümlerin %51’inden sorumlu tutulmaktadır (1). Hipertansiyon tedavisindeki olumlu gelişmelere rağmen, hasta sayısının hızla artmasının nedenleri olarak dünyadaki yaşlı nüfusun artması, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki hipertansiyon görülme sıklığının artması, hastaların farkındalıklarının düşük olması ve tedaviye uyumlarının iyi olmaması gösterilmektedir (5). Hipertansiyonun yönetiminde etkili tedaviler bulunmasına rağmen kan basıncının kötü kontrolü temel sorunlardan birisidir (5).

Hipertansiyon tıbbi tedavi ve yaşam tarzı değişikliği ile kontrol altına alınabilen kronik bir hastalıktır. Bireylerin kan basınçlarının kontrol altına alınmasında önerilen tedaviye uyumun yanı sıra yaşam tarzı değişiklikleri ve diyet programları da önemli bir yer tutmaktadır (6,7). Ayrıca yapılan çalışmalar, artan hipertansiyon prevalansına paralel olarak hipertansif bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavilere (TAT) karşı ilginin giderek arttığını

göstermektedir (7,8,9,10,11). Yapılan bir literatür taramasında hipertansiyonu olan hastaların TAT kullanım sıklığının %12,8 ile %85,7 arasında değiştiği (10), Türkiye’de hipertansif bireylerde TAT kullanım sıklığının %28,3-%86,9 arasında olduğu bildirilmektedir (11).

Tamamlayıcı tedaviler, hastaların modern tıba ek olarak başvurdukları yöntemleri, alternatif tedaviler ise, modern tıbbi uygulamalar yerine kullanılan ve etkisi bilimsel olarak kanıtlanmamış yöntemleri içermektedir (12,13,14). Günümüzde hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yönelmesinin en önemli nedenleri olarak yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artması, yüksek maliyetli tedaviler ve yeni teknolojilere ulaşmada yaşanan güçlükler, ilaçların yetersiz kalması ya da yan etkileri ve tedavi seçeneklerine ilişkin şüpheler yer almaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının hastalara ayırdıkları sürenin kısıtlı olması da TAT kullanım sıklığını arttıran diğer bir neden olarak gösterilmektedir (14,15).

Günümüzde TAT yöntemlerinin kullanım sıklığı artmakla birlikte, hastaların kullandıkları yöntemler hakkında sağlık profesyonellerini bilgilendirmediği görülmektedir. Yapılan birçok çalışmada hipertansiyon hastalarının TAT kullanımını hakkında öğrenmek istediği bilgileri tedavi ve bakımından sorumlu sağlık ekip üyelerine sormadığı, konu ile ilgili bilgileri daha çok eş, dost, akraba ve medyadan aldıkları belirtilmektedir (7,9,16,17).

TAT yöntemlerinin bilinçsiz bir şekilde kullanılması ilaç tedavisinin etkinliğini azaltabileceği gibi, istenmeyen ilaç etkileşimlerine ve yan etkilere, tedavi sürecinin uzamasına ya da organ disfonksiyonlarına yol açabilmektedir (18,19,20). Bu nedenle sağlık çalışanlarının, özellikle hasta ile daha uzun süre etkileşimde olan hemşirelerin, hipertansiyon tanısı konulan hastalarda gelişebilecek komplikasyonları önlemek ve kan basıncını başarılı bir şekilde kontrol altına almak için, hastaların TAT kullanım durumları, kullanılan yöntemler ve kullanım nedenlerini sorgulaması önemlidir.

Bu çalışma hipertansiyon tanısı konulan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi (TAT) kullanma durumlarını ve tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

HİPERTANSİYONUN TANIMI

Damar lümeni içerisinde dolaşan kanın damar duvarına yapmış olduğu basıncın artması olarak (21) basit bir şekilde tanımlanabilen hipertansiyon, arter içi kan basıncının artması ile karakterize genetik, edinsel ve metabolik bozuklukların birlikte olabildiği bir sendromdur (22). Kardiyovasküler ve renal hastalıklar için önemli bir risk faktörü oluşturan hipertansiyon aslında önlenabilir ve tedavi edilebilir kronik bir hastalıktır (23).

Avrupa Hipertansiyon Derneği (European Society of Hypertension/ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (European Society of Cardiology/ESC) hipertansiyonu, ofiste ölçülen sistolik kan basıncı değerinin (SKB) ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik kan basıncı değerinin (DKB) ≥ 90 mmHg olması şeklinde tanımlamaktadır (4,24).

Amerikan Kalp Cemiyeti (American College of Cardiology/American Heart Association/ACC/AHA) tarafından 2017 yılında yayımlanan kılavuzda SKB'nın < 120 mmHg ve DKB'nın < 80 mmHg'nin altında olmasını normal tansiyon değerleri olarak tanımlamıştır (25). ESC/ESH tarafından 2018 yılında yayımlanan kan basıncı sınıflamasına göre ise; SKB'nın 120-129 mmHg ve/veya DKB'nın 80-84 mmHg olması normal kan basıncı değerleri olarak kabul edilmiştir (4).

HİPERTANSİYONUN ETİYOLOJİSİ

Hipertansiyonun nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte hipertansiyon oluşumunda etkisi olan bazı risk faktörleri bulunmaktadır (6). Hipertansiyonu olan bireyin değerlendirilmesinde kardiyovasküler risk faktörlerinin etkin şekilde sorgulanması son derece önemlidir. Hipertansiyon gelişiminde yaş, cinsiyet, fazla kalori alımı, tuzlu yeme alışkanlığı,

stres, obezite, ailede hipertansiyon öyküsü, sigara kullanımı ve aşırı alkol tüketimi gibi faktörler önemli rol oynamaktadır (26). 2013 ESC/ESH Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu'na göre hipertansiyonun risk faktörleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği'ne göre hipertansiyon risk faktörleri (24)

Risk Faktörleri
Cinsiyet (erkekler riskli grup)
Yaş (erkeklerde ≥ 55 yıl, kadınlarda ≥ 65 yıl)
Sigara
Dislipidemi
Total kolesterol ≥ 4.9 mmol/L (190 mg/dL),
Düşük dansiteli lipoprotein kolesterol > 3.0 mmol/L (115 mg/dL)
Yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol: Erkekler < 1.0 mmol/L (40 mg/dL), kadınlar < 1.2 mmol/L (46 mg/dL)
Trigliserid > 1.7 mmol/L (150 mg/dL)
Açlık kan şekeri 5.6-6.9 mmol/L (102-125 mg/dL)
Anormal glukoz tolerans testi
Obezite (BKİ ≥ 30 kg/m ² (boy))
Abdominal obezite (bel çevresi erkeklerde ≥ 102 cm; kadınlarda ≥ 88 cm)
Asemptomatik organ zararı
Diabetes mellitus
Mevcut kardiyovasküler veya renal hastalıklar

HİPERTANSİYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Hipertansiyon hem kardiyovasküler olay sıklığını arttıran bir hastalık, hem de risk faktörü olup sık görülen önemli bir halk sağlığı problemidir (27). Dünyada erişkin nüfusta hipertansiyon tanısı konulmuş bireylerin oranının 2000 yılı itibari ile %26,4 olduğu ve bu bireylerin büyük kısmının ekonomik olarak gelişmekte olan ülkelerde yaşadıkları bildirilmektedir. Ayrıca hipertansiyon görülme sıklığının giderek artacağı ve 2025 yılında %29,2'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir (8).

Türkiye'de hipertansiyon prevalansı ile ilgili yapılan gerçek örneklemin kullanıldığı ilk geniş kapsamlı araştırma olan Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

Sıklığı (TEKHARF) çalışması verilerine göre 1990 yılında her 3 yetişkinden 1'inde hipertansiyon olduğu bildirilmiştir. Hipertansiyon prevalansının %33,7 olduğu, yaş ilerledikçe prevalansın arttığı ve 35 yaş üzerinde kadınlarda erkeklerden daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (28). Hipertansiyon prevalansı ile ilgili yapılan diğer bir çalışma ise "Türk Hipertansiyon Prevalans" (PATENT) çalışmasıdır. Türkiye'de hipertansiyon dağılımı, prevalansı, farkındalık, tedavi ve kontrolünü belirlemek amacıyla 2003 yılında yapılan bu çalışmada yaşa ve cinsiyete göre düzeltilmiş hipertansiyon prevalansının %31,8 olduğu ve kadınlarda (%36,1) erkeklere (%27,7) göre daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, hipertansiyon hastalarının sadece %40,7'sine tanı konulduğu ve bu hastaların sadece %31,1'inin ilaç tedavisi aldığı, tedavi alanların %20,7'sinin kan basıncının kontrol altında olduğu bulunmuştur (29).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hipertansiyonu küresel bir halk sağlığı sorunu olarak ele almaktadır. DSÖ 2013 yılı verilerine göre yaklaşık 17 milyon kişinin kardiyovasküler sistem hastalıklarından dolayı hayatını kaybettiği, bunlar arasında hipertansiyon komplikasyonlarına bağlı her yıl 9,4 milyon ölüm meydana geldiği bildirilmektedir. Hipertansiyon kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'inden, inmeye bağlı ölümlerin ise %51'inden sorumludur (30,31).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 yılı verilerine göre gerçekleşen tüm ölümlerin %39,7'sinin dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklandığı, dolaşım sistemi nedeniyle gerçekleşen ölümlerin %8,9'unun da hipertansiyon kaynaklı olduğu belirtilmektedir (32). Ayrıca, Türkiye'de 2016 yılında son 12 ay içerisinde tansiyon kontrolü yaptıran bireylerin oranının %48,6 olduğu bildirilmektedir (33).

HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI

Hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıkların patogeneğinde önemli rolü olduğu bilinen kardiyak bir risk faktörüdür. Hipertansiyonun tespit ve tedavisindeki amaç, yükselen kan basıncının etkisiyle oluşan kardiyovasküler hastalıkları ve bununla ilişkili mortalite ve morbiditeyi mümkün olan en basit şekilde azaltmaktır (24).

Hipertansiyonun sınıflandırılmasında etiyolojik faktörler ve kan basıncı değerleri önemlidir. Tanı ve tedavi yaklaşımlarını basite indirmek amacıyla hipertansiyon, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerine göre sınıflandırılmakta ve sınıflandırılma derecesine göre tedavi önerilmektedir (24,34).

ESH/ESC tarafından 2018 yılında yayınlanan kan basıncı sınıflama sistemi kılavuzu aşağıda tablo halinde verilmiştir (Tablo 2) (4).

Tablo 2. ESH/ESC 2018 yeni kan basıncı sınıflama sistemi (4)

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

Amerikan Kalp Birliği (ACC/AHA)'nin sınıflandırma sistemine göre ise sistolik kan basıncı 130 mm Hg, diyastolik kan basıncı 80 mm Hg'nin üzeri hipertansiyon olarak kabul edilmektedir (25). Amerikan Kalp Birliği tarafından yapılan arteriyel kan basıncı sınıflaması Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Amerikan Kalp Birliği'ne göre kan basıncının sınıflandırılması (25)

Kan Basıncı Kategorisi	Sistolik Kan Basıncı		Diyastolik Kan Basıncı
Normal	<120 mm Hg	ve	<80 mm Hg
Yüksek	120-129 mm Hg	ve	<80 mm Hg
Hipertansiyon			
Evre 1	130-139 mm Hg	veya	80-89 mm Hg
Evre 2	≥140 mm Hg	veya	≥90 mm Hg

Etiyolojisine Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Etiyolojisine göre hipertansiyon primer (esansiyel) ve sekonder hipertansiyon olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Buna göre;

Primer (esansiyel, idiyopatik) hipertansiyon: Nedeni kesin olarak bilinmeyen, belli bir sebebi olmaksızın kan basıncının yükselmesi sonucu oluşan hipertansiyon olgularına primer (esansiyel ya da idiyopatik) hipertansiyon denir ve hipertansiyon olgularının %90-95'i

primer hipertansiyon olarak görülmektedir (35). Primer hipertansiyon yaş, stres, obezite, aşırı tuz kullanımı, sigara, alkol ve kafein kullanımı, ateroskleroz, genetik yatkınlık, sedanter yaşam, düşük potasyum alımı gibi birçok etkene bağlıdır (36).

Sekonder hipertansiyon: Nedeni belirlenebilen hipertansiyon olgularıdır. Sekonder hipertansiyon tüm hipertansiyon olgularının %5-10'unu oluşturur, daha çok genç yaş grubunda görülür ve tedavi edilebilen bir tablodur. Sekonder hipertansiyona yol açan en sık nedenler renal hastalıklardır ve hastaların %2-5'inden sorumludur. Bunu takip eden diğer nedenler endokrin ve adrenal hastalıklar, nörolojik hastalıklar, aort koarktasyonu, sıvı volümü artışı, gebeliğe ve ekzojen ilaç kullanımına (oral kontraseptifler, östrojen içeren bileşikler, semptomimetikler, bağışıklık sistemini baskılayan ilaçlar, antiinflamatuvarlar) bağlı hipertansiyon olarak sıralanabilir (35,37,38,39). Sekonder hipertansiyona neden olan bu hastalıkların tedavi edilebilir ve kalıcı bir tedavisinin olması sebebiyle her hipertansiyon hastasının sekonder hipertansiyon açısından değerlendirilmesi önemlidir (40).

Hedef Organ Hasarı ve Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Varlığına Göre Sınıflandırma

Kan basıncı düzeyi ile birlikte hedef organ hasarı, hastalık prognozu ve tedaviyi etkileyebilecek diğer risk faktörleri de kardiyovasküler hastalıklara sebep olmaktadır. Bu nedenle hipertansiyon sınıflandırılırken hem ortalama kan basıncı düzeylerine, hem risk faktörlerine hem de hedef organ tutulumuna göre değerlendirme yapılması gerekir. Sol ventrikül hipertrofisi, angina ya da geçirilmiş miyokart infarktüsü öyküsü, kalp yetersizliği, inme veya geçici iskemik atak geçirmiş olma, nefropati, periferik arter hastalığı ve retinopatinin varlığı hedef organ hasarının olduğunu göstermektedir (6,41,42).

Buna göre; yüksek normal kan basıncı ile birinci, ikinci ve üçüncü evre hipertansiyon hastaları A, B, C düzeyi risk grupları olarak ayrılmaktadır (42). A düzeyi risk grubu (düşük risk) hastaların arter kan basıncı düzeyi ne olursa olsun, klinik olarak belirlenmiş kardiyovasküler bir hastalığı, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur. B düzeyi risk grubu (orta risk) hastaların diyabetin dışında iki majör (total kolesterol>240 mg/dl, sigara, obezite vb.) ya da iki minör (sedanter yaşam, glukoz toleransında azalma, düşük HDL vb.) risk faktörü bulunur. C düzeyi risk grubu (yüksek risk) hastalarda hedef organ hasarı, diyabet ve kalp hastalığı vardır (6,42).

Beyaz Gömlek Hipertansiyonu / İzole Ofis Hipertansiyonu

Hastane ortamı veya doktor ofisinde ölçülen kan basıncının yüksek seyretmesine karşın, günün diğer saatlerinde kişinin evde ya da klinik dışında yapılan ölçümlerinin normal olmasıdır (6). Primer hipertansiyona sahip bireylerin hastane ortamı veya doktor ofisinde ölçülen kan basıncı değerlerinin, günlük yaşamında ölçülen kan basıncı değerlerine göre daha yüksek olması “Beyaz Gömlek Etkisi” olarak adlandırılmaktadır (43). Ofiste yükselen kan basıncının beyaz gömlek etkisi ile uyarıldığı, gerçekte kan basıncının yükselmesiyle bağlantı olmadığı durumlarda “İzole Ofis Hipertansiyon” terimi kullanılmaktadır (44). 2013 ESC/ESH kılavuzuna göre beyaz önlük hipertansiyonuna sahip bireylerin, ek risk faktörüne sahip olanlarda yaşam tarzı değişikliğine ek olarak ilaç tedavisi önerilirken, risk faktörü olmayan bireylerde tedavinin yaşam tarzı değişikliği ile sınırlandırılıp, yakından takibi önerilmektedir. Beyaz gömlek hipertansiyonuna sahip bireyler genellikle tedavi gördüğünde, klinik kan basıncındaki azalma ile birlikte kardiyovasküler insidansın da azalması mümkündür (24). Beyaz gömlek hipertansiyonunun yaşla birlikte artış gösterdiği ve kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü bulunmuştur (43).

HİPERTANSİYONUN BELİRTİLERİ

Yüksek kan basıncına ait belirtiler, bazen ciddi bir şekilde hedef organ hasarı veya kaybı oluşana kadar gözden kaçabilmektedir. Bazı hipertansiyon hastalarında yıllarca hipertansiyon hiçbir belirti vermeyebilir. Yüksek kan basıncı genel olarak fizik muayene sırasında fark edilir.

Hipertansiyonda, inme veya miyokart infarktüsü gibi majör komplikasyonların yanında sıklıkla görülen belirtiler kulaklarda çınlama, burun kanaması, bayılma hissi, baş dönmesi, baş ağrısı, nefes darlığı, depresyon, gece idrara çıkma, gerginlik, yüzün kızarması ve sıcaklık hissidir (6,39,45). Hipertansiyona eşlik eden hastalıklar var olduğunda, renal ve kardiyovasküler komplikasyon (KAH, inme, kalp yetersizliği) riski artmaktadır. Kan basıncının çok yükseldiği hastalarda çift görme, dilde peltekleşme, noktüri, yüzde veya vücutta karıncalanma olabilir (35).

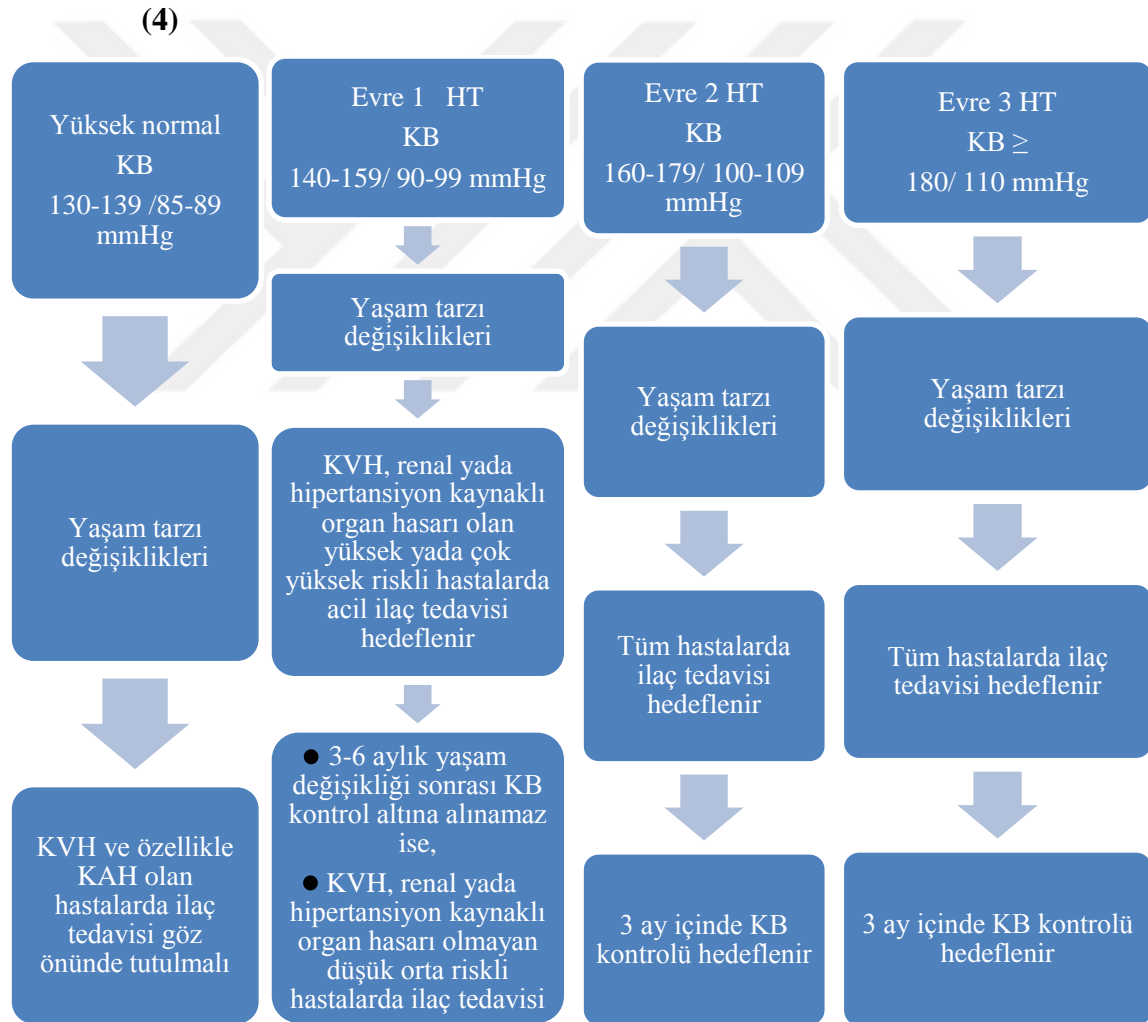
HİPERTANSİYONDA TEDAVİ STRATEJİLERİ

Hipertansiyon, toplumda sıklıkla görülebilen ve ciddi komplikasyonlara neden olabilen, tıbbi tedavinin yanı sıra yaşam biçimi değişiklikleri ile kontrol altına alınabilen kronik bir hastalıktır (7,46). Hipertansiyon tedavisinde ana amaç, total kardiyovasküler riskin

azaltılması, hedef organ hasarının önlenmesi, ilaç tedavisi ve/veya yaşam tarzı değişikliğine giderek morbidite ve mortaliteyi azaltmak ve optimal kan basıncı değerine ulaşmaktır (6,39,46,47). Hipertansiyon tedavisinde farmakolojik tedavinin yanı sıra yaşam tarzı değişikliklerinin önemli yeri vardır. Yaşam tarzı değişiklikleri, bireylerin ilaç gereksinimlerini ve kardiyovasküler risk faktörlerini azaltarak bireyin kendi tedavisine önemli katkı sağlamaktadır (26). Hipertansiyonda, ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra hastalar tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımına da yönelebilmektedir (48).

Tablo 4'te hipertansiyonda yaşam tarzı değişiklikleri ve antihipertansif ilaç tedavisine başlama kriterleri yer almaktadır.

Tablo 4. Yaşam tarzı değişiklikleri ve antihipertansif ilaç tedavisine başlama kriterleri



KVH: Kardiyovasküler hastalık; **KAH:** Koroner arter hastalığı.

Hipertansiyonda Farmakolojik Tedavi

Hipertansiyon tedavisinde tıbbi uygulamalarda ilk seçenek ilaç tedavisidir. İlaç tedavisinde en önemli ilkelerden biri hasta için en uygun, en az yan etkisi olan ve istenen kan basıncı değerine ulaştırılan ilacın belirlenmesidir (24,49).

Hastalarda hipertansiyona eşlik eden diyabet, ileri yaş, böbrek yetersizliği, metabolik sorunlar gibi durumlar hipertansiyon tedavisini zorlaştırabilir (49). Bu nedenle ilaç seçiminde endikasyonlar, hastanın diğer kronik hastalıkları ve tercihleri göz önüne alınarak tedaviye başlanmalıdır (50). Hipertansiyon tedavisinde sıklıkla kullanılan ilaç grupları aşağıda yer almaktadır.

Diüretikler: Hipertansiyon tedavisine başlamada ilk ilaç seçeneği olarak önerilmektedir. Diüretikler özellikle kalp yetersizliği ve izole sistolik hipertansiyonu olan vakaların tedavisinde önerilen ilaç grubudur. Diüretik kullanan hastalarda hiponatremi, hipokalemi, ürik asit ve kalsiyum seviyelerinin sıklıkla takip edilmesi önerilmektedir (6,24,25,35).

Diüretikler son yıllarda tek ilaç tedavisi önerilmeksizin kombine ilaç tedavisi ile tercih edilmektedir. Kombine ilaç tedavisi, yüksek kan basıncı değerine sahip hastalarda hedeflenen kan basıncı düzeyine ulaşılması, çabuk yanıt alma ve tedavi değişim ihtimalinin az olması sebebiyle tedaviye uyumu artırma ve motivasyon kaybını en aza indirmeye gibi avantajlarından dolayı hipertansiyon tedavisinde önerilmektedir (50,51).

Beta blokerler: Beta blokerler alfa blokerleri de etkileyerek periferik damar direncini düşürmektedir (6). Hipertansiyon öyküsünü içeren yeni geçirilmiş miyokart infarktüsü vakalarında, kalp yetersizliği tanısı konulan hastalarda, hızlı ventrikül cevaplı atriyel fibrilasyonu olan hastalarda ve hipertansif periferik arter hastalığı olanlarda beta blokerler tercih edilebilmektedir (51,52).

Kalsiyum antagonistleri: Damar düz kaslarını gevşetip vazodilatasyon yaparak kan basıncını düşüren ilaç grubudur. Hafif ve orta dereceli hipertansiyon tedavisinde ve hipertansiyon ile birlikte koroner arter hastalığı olan hastalarda tercih edilmektedir (24,35,39).

Anjiyotensin çevirici enzim inhibitörleri (ACE-İ): Anjiyotensin çevirici enzim inhibitörleri, plazmada anjiyotensin II düzeyini azaltıp venüllerde ve arteriollerde

vazodilatasyon yaparak kan basıncını düşürmektedir. Koroner kalp hastalığı ve kalp yetersizliği ile birlikte hipertansiyon varlığında etkili olan ilaç grubudur (6,24).

Anjiotensin reseptör blokerleri (ARB): Anjiotensin II'nin I'e bağlanmasını engelleyerek böbrekten tuz ve su atılımını arttırmakta, plazma hacminin azalmasını sağlayarak kan basıncını düşürmektedir (24,39).

Hipertansiyonda Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Hipertansiyonun önlenmesi ve etkin bir şekilde tedavi edilmesinde yaşam tarzı değişikliği önemlidir. Kan basıncı düzeyleri yüksek-normal olan ve ilaç tedavisi gören hastalar da dahil olmak üzere, tüm bireylere sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri önerilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Yaşam tarzı değişikliğinin amacı; kan basıncını düşürmek, klinik durumları ve risk faktörlerini kontrol altına almak, antihipertansif ilaçların kullanım sayısını ve dozunu azaltmak, felç, miyokart infarktüsü ve kalp yetersizliği vakalarını azaltmaktır (53,54). 2013 ESC/ESH kılavuzunda yer alan çalışmalara göre yaşam tarzında yapılan değişikliklerin KB'yi düşürmede tek ilaç tedavisiyle eş değer olduğu, fakat zamanla tedaviye uyumu düşürebildiği belirtilmektedir (24).

Hipertansif hastaların yaşam tarzı değişiklikleri oluşturma ve tedaviye uyum sağlamalarında yoğun hasta merkezli eğitim, tanılama, izlem ve tartışma uygulamalarını içeren eğitim programlarının etkili olduğu belirtilmektedir (55). ESC/ESH 2013 Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzunda kilo vermek, tuz tüketiminin azaltılması, düzenli egzersiz yapma, alkolün ölçülü tüketimi, sebze ve meyve tüketimini arttırmak ve stresle mücadelenin kan basıncını düşürücü etkiye sahip yaşam tarzı önerileri olduğu bildirilmektedir (24).

Kilo kontrolü: Hipertansiyonun aşırı kilo ile ilişkili olduğu ve hipertansif hastaların yarısından fazlasının olması gerektiğinden fazla kiloda olduğu, obezite ile kan basıncı yüksekliği arasında doğrudan bir ilişki olduğu bilinmektedir (56,57).

Vücut yağ miktarının artışı, çocukluk döneminden itibaren hipertansiyon için en önemli risk faktörlerinden birini oluşturmaktadır. Obezitenin oluşturduğu kardiyovasküler, endokrin ve metabolik değişimler kan basıncı değerinin yükselmesine neden olur. Beden kitle indeksinin 25 kg/m²'nin üzerinde olması hipertansiyonun oluşmasında ve gelişmesinde en önemli etkenlerden biridir. Hipertansif olmayan kişilerde kan basıncındaki artışın önlenmesi ve hipertansif kişilerde de kan basıncının normal düzeyler arasında seyretmesi için beden kitle

indeksi ile birlikte bel çevresi kalınlığının da korunması önemlidir. Bel çevresi ölçümlerinde kadınlarda >88 cm, erkeklerde >102 cm olması obezite için risk faktörüdür. Kilo verme antihipertansif ilaç kullananlarda ilaç etkinliğini arttırmakta ve kardiyovasküler risk oranını azaltmaktadır (24). Hipertansiyonun Önlenmesi, Tanısı, İncelenmesi ve Tedavisi Ortak Komitesi (JNC) raporunda da hipertansiyonu olan obez kişilerin kilo vermesi gerektiği ve hipertansif bireylerin engel bir durumu yoksa yükselen kan basıncını düşürmek ya da önlemek için fiziksel aktiviteyi arttırmaları önerilmektedir (58). Kilo vermenin obez olan hastalarda kan basıncını düşürdüğü, insülin direnci, diyabet, hiperlipidemi, obstrüktif uyku apnesi ve sol ventrikül hipertrofisi gibi ilişkili risk faktörleri üzerinde yararlı etkileri olduğu ile ilgili kanıtlar mevcuttur. Ortalama 5,1 kg oranındaki kilo kaybının sistolik ve diyastolik kan basıncını sırasıyla, 4,4 ve 3,6 mmHg düşürdüğü bulunmuştur (24,46,59).

Tuz tüketimi: Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin yaptığı "Türk Toplumunda Tuz Tüketilmesi Çalışması"na göre, Türkiye'de günlük tuz tüketiminin 18 gram olduğu beslenmede tuz tüketimi fazlalığının kan basıncında artışa neden olduğu ve hipertansiyon prevalansını arttırdığı belirtilmektedir (60). DSÖ toplumların diyetinde günlük tuz tüketiminin 5 gramdan az olması gerektiğini belirtmiştir. Ayrıca tuz kısıtlaması antihipertansif ilaçların etkinliğini de arttırmaktadır (61).

Literatürde tuz tüketiminin azaltılması için;

- Tuz eklenmemiş besinler tüketilmesi,
- Sofrada tuzluk kullanılmaması,
- Yemeklerin tadına bakarak tuz eklenmesi,
- Tuz yerine baharat, maydanoz, nane, kekik, dereotu, rezene, fesleğen vb. besinlerin tercih edilmesi,
- Tuz oranı fazla olan, turşu, ketçap, hardal, zeytin, soya sosu, salata sosları vb. yiyeceklerden uzak durulması,
- Taze sebze ve meyve tüketilmesi,
- Maden suları ve yiyeceklerin sodyum içeriğine bakılarak tüketilmesi önerilmektedir (53,57).

Fiziksel egzersiz: Düzenli fizik aktivitesi olanlarda HT gelişme riski, sedanter yaşam süren kişilere göre %20-50 daha azdır. Hipertansif kişilerin düzenli olarak aerobik egzersiz yapmaları, sistolik kan basıncını 4-8 mmHg düşürmektedir. Bu sebepten dolayı hipertansif

hastaların haftada 3-5 gün düzenli olarak en az 30 dakikalık periyotlarla orta düzeyde aerobik egzersizler yapması önerilmektedir (24,42). İtme, çekme, ağırlık kaldırma gibi izometrik egzersizler kan basıncında yükselmeye yol açtığı için sakınılması önerilmektedir (6).

Diyet: Sağlıklı yaşam biçimi değişikliğinde diyet önemli bir unsurdur. Hipertansiyon yönetiminde en çok tercih edilen Hipertansiyonu Önlemede Diyet Yaklaşımıdır (Dietary Approach to Stop Hypertension - DASH). DASH çalışması, hafif derecede hipertansiyonu olan ancak tedavi görmeyen 459 hastaya uygulanan 11 haftalık beslenme programı çalışmasıdır. DASH; meyve ve sebzeden zengin, düşük yağlı veya yağdan fakir günlük ürünlerle ve azalmış sature ve total yağ içeriği olan, başka bir deyişle potasyum, magnezyum, kalsiyum, lif ve proteinden zengin diyetdir. DASH'ın, kontrol diyeti ile karşılaştırıldığında, kan basıncında ortalama 5,5/3,0 mmHg düşüş sağladığı saptanmıştır (62). Arteriyel HT kılavuzuna göre hipertansiyon hastalarının haftada en az 2 kez balık ve 300-400 gr/gün meyve, sebze yemeleri önerilmekte olup, soya sütünün yağsız inek sütüne oranla kan basıncını düşürdüğü belirtilmektedir (24). Vejeteryan diyet uygulayan hipertansif hastalarda altı hafta içinde sistolik kan basıncında 5 mmHg'lık düşme saptanabilir (6,42).

Stres: Stres, kan basıncında akut yükselmelere neden olabilmektedir. Bu nedenle biyolojik geri beslenme (feed-back), yoga, meditasyon, derin solunum, zihinde canlandırma gibi çeşitli yöntemlerle stres kontrolünün ve gevşemenin sağlanmasının kan basıncını kısa süreli düşürmede yararlı olduğu bildirilmektedir. Ancak bu yöntemlerin uzun süreli yararları ile ilgili yeterli kanıtlar bulunmamaktadır (41).

Alkol tüketimi: Alkol tüketimi, hipertansiyon tedavisi gören hastalarda ilaçların etkisini azaltırken inme riskini de arttırmaktadır. Alkol tüketiminin hipertansif erkeklerde günde en fazla 20-30 gr etanol, hipertansif kadınlarda ise 10-20 gr etanol düzeyinde sınırlandırılması önerilmektedir (6,24). Alkol tüketiminin etkilerinin ve sonuçlarının değerlendirildiği TEKHARF 2017 çalışmasında ve diğer çalışmalarda aşırı alkol tüketiminin koroner kalp hastalığı için risk faktörü oluşturduğu, erkeklerde mortaliteyi iki kat arttırdığı, alkol kullanmayanların kullananlara kıyasla kan basıncının hafif ve orta derecede yüksek olduğu bulunmuştur (28,63,64). Yapılan bir meta analiz çalışmasında ise 16 prospektif çalışma incelenmiş olup, kadınlarda ve özellikle erkeklerde alkol tüketiminin devamlı artış

gösterdiği ve bu durumun da yüksek hipertansiyon riskini önemli ölçüde arttırdığı belirlenmiştir (65).

Sigara: Koroner arter hastalıklarından korunmada sigara içiciliğinin kontrol altına alınması önemlidir (35). Sigara içmek, inme ve miyokart infarktüsü gibi kardiyovasküler hastalık riskini iki/üç kat arttırmaktadır. Her sigara içiminde 15 dakikadan daha uzun süre devam eden kalp hızı ve basıncında akut bir artış meydana gelmektedir. Sigara kullanımının bırakılmasıyla birlikte kardiyovasküler sistemde oluşan olumlu etkiler, her yaş grubunda yaklaşık bir yıl içerisinde görülebilmektedir (6,66). Sigara lipid yapısını bozarak insülin direncini artırır, sol ventrikül kütlelerinde artış meydana getirir ve arteriyel vazodilatasyonda azalmaya neden olur. Sigara kullanımının bırakılması ile HT tedavisine karşı direncin önlenemediği ve kardiyovasküler riskin azaldığı bildirilmektedir (41).

TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLER (TAT) VE HİPERTANSİYONDA KULLANIMI

İnsanoğlu var olduğundan beri sağlığını kazanmak için modern tıbbın paralelinde uygulanan yöntemler olarak tanımlanan tamamlayıcı terapileri kullanmaktadır. İlk çağlardan kalan arkeolojik bulgulara göre insanlar çeşitli sağlık sorunlarını gidermek için öncelikle bitkilerden faydalanmışlardır (67).

Dünyada var olan birçok farklı kültürden etkilendiği için tamamlayıcı ve alternatif tedavinin anlamı ülkeden ülkeye, hekimden hekime hatta hastadan hastaya değişiklik gösterebilmektedir. Literatürde bilimsel tedavileri içeren modern tıbbın dışındaki tedaviler alternatif ve tamamlayıcı tedavi olarak ifade edilmektedir (14). Tamamlayıcı tedavi ve alternatif tedavi kavramları aslında birbirinden farklı anlamlara sahip olmasına rağmen, literatürde sıklıkla birlikte kullanılmaktadır. Tamamlayıcı tedavi, hastaların modern tıba destek amacıyla başvurdukları yöntemleri, alternatif tedavi ise, modern tıbbi uygulamalar yerine kullanılan ve etkisi bilimsel olarak kanıtlanmamış tedaviler ya da seçenekleri içermektedir (12,13,14).

Genel anlamda TAT, bireyin kendisini, ailesini ve çevresini daha iyi tanımasını sağlamak, fiziksel ve ruhsal sağlığını korumak amacı ile geleneksel doğal ürünler, egzersiz teknikleri gibi tıbbi tedaviye ek olarak uygulanan tedaviler olarak tanımlanmaktadır (68,69). Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren hastalıkların tanı, bakım ve tedavilerinde gözlenen hızlı gelişmelere paralel olarak, tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin kullanımında da artış

meydana gelmiştir (70). Modern tıbbın tavsiye ettiği tıbbi tedavilerden farklı olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi (TAT) yöntemlerinin kullanımı dünya genelinde giderek daha fazla önem kazanmakta ve kullanımı artmaktadır (12).

Ülkemizde 2011 yılında çıkarılan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile “geleneksel alternatif ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili düzenleme yapmak, sağlık beyanı ile yapılacak her türlü uygulamalara izin vermek ve denetlemek, düzenleme ve izinlere aykırı faaliyetleri ve tanımları durdurmak” yetkisi tamamen Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne verilmiştir. Bu kararnameye göre Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Daire Başkanlığı” kurulmuştur. 27 Ekim 2014 tarihinde 29158 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği” ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yürürlüğe girmiştir (71,72,73). Yönetmeliğe göre uygulamaların, bakanlık tarafından yetkilendirilmiş ünite ile uygulama merkezlerinde yapılabileceği belirtilmekte olup, ilgili alanda “uygulama sertifikası” bulunan doktor ve diş hekimlerinin yetkili olacağı, diğer sağlık personellerinden ise uygulama sertifikasına sahip olanların hekimlere yardımcı olmak üzere yetkilendirileceği belirtilmiştir (71).

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulama alanları olarak akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, sülük uygulaması, homeopati, kayropraktik, kupa (hacamat uygulaması), larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji, müzik terapi yönetmelikte kabul görmektedir. Ancak yönetmelikte bu uygulamalardan hangisinin geleneksel tıp, hangisinin alternatif tıp uygulaması olduğu açıkça belirtilmemiştir. Sadece fitoterapi için geleneksel bitkisel tıbbi ürünler denilmektedir. Ancak bu açıklamadan da bitkisel tıbbi ürünlerin mi, yoksa uygulamanın mı geleneksel kategorisine girdiği anlaşılmamaktadır (74). Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarını genel anlamda modern tıbbın destekleyicisi olarak tanımlayan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), uygulamaların nasıl yapıldığını belirtirken (73), Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği’nde (71) uygulamalar hakkında herhangi bir tanım bulunmamaktadır.

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavilerde Kullanılan Yöntemler

Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler; standart tıbbi tedavilerin dışında kalan, başka bir deyişle henüz konvensiyonel tıbbın bir parçası olarak kabul edilmeyen sağlık bakım

sistemleri, ürünleri ve uygulamaları olarak tanımlanmaktadır (75,76). Alternatif ve Tamamlayıcı tedavilerle ilgili kullanılan yöntem ve uygulamaların çeşitleri 5 başlık altında gruplandırmıştır.

Alternatif tıbbi yaklaşımlar: Akupunktur, ayurveda ve homeopati alternatif tıbbi sistemleri oluşturan yaklaşımlardır. Bu yaklaşımlar, hastaları tedavi etmek amacıyla geleneksel tıp yaklaşımı gelişmeden önce yapılan uygulamalardır (77). Akupunktur, geleneksel Çin Tıbbı'nın temel tedavi yöntemlerinden biridir ve DSÖ'nün belirli aralıklarla yayınladığı uygulama listesinde de bulunmaktadır. Esansiyel hipertansiyon ve primer hipotansiyon akupunktur ile etkili bir şekilde tedavi edilebilen hastalıklar arasında, yer almaktadır (75,78).

Bilişsel davranışsal yaklaşımlar: Bu uygulamalar, beden sağlığını zihinsel aktiviteler ile etkilemeyi hedeflemektedir. Müzik, resim gibi sanat terapisi (art therapy), meditasyon, NLP (Neuro Linguistic Programming), rahatlama, yoga, maneviyatçılık (spirituality), biyogeridönüş (biofeedback), dua etme ve zihinsel şifa bilişsel davranışsal yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Bilişsel davranışsal yaklaşımların kullanımının hastalarda anksiyete, duygudurum bozuklukları ve kronik ağrıyı azalttığı ve yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmektedir (75,77,79,80).

Biyolojik temelli yaklaşımlar: Bitkiler, vitaminler ve gıda destekleri biyolojik temelli yaklaşımlar arasında yer almaktadır (76,81). Yapılan çalışmalarda hastaların çoğunun bitkisel yaklaşımları kullandığı belirtilmektedir. Hipertansiyonu olan hastalar ile yapılan çalışmalarda da sıklıkla kullanılan alternatif yaklaşımların limon suyu ve sarımsak kullanımını olduğu saptanmıştır (7,16,82,83,84). Yapılan bazı çalışmalarda hastalar tarafından kullanılan bazı bitkisel ürünlerin belirlenen önemli bir zararlı etkisinin bulunmadığı, aksine bazılarının hastalığa veya tedaviye bağlı sorunları azaltmada etkili olabileceği vurgulanmaktadır (85,86,87,88). Ancak oral yolla alınan bazı besin desteklerinin (bitkisel ürünler ve yüksek doz vitamin mineral) yan etkileri artırma ve kullanılan ilaçlarla etkileşime girerek ilacın etkinliğini yok etme olasılığı açısından dikkatli kullanılması ve kullanılmadan önce hekime danışılmasının oldukça önemli olduğu belirtilmektedir (77,80,89).

Manipülatif ve beden temelli yaklaşımlar: Masaj, refleksoloji gibi yaklaşımları içermekte olup, bedeni yönlendirme ve hareket ettirmeye dayanmaktadır (75,76,81,90). Manipülatif yaklaşımların kullanımına ilişkin yapılan çalışmalar incelendiğinde; diyabeti ve kalp rahatsızlığı bulunan hastaların bu yaklaşımları kullanmadığı (87,91); hastalığa bağlı şikayetleri azaltmada kanser hastalarının egzersiz, masaj ve aromaterapiyi (79,89); artrit tanısı konulmuş hastaların termal terapileri, sıcak ve soğuk uygulamaları (92); hipertansiyonu olan hastaların %3'ünün masaj uygulamalarını kullanmayı tercih ettikleri belirlenmiştir (9).

Enerji tedavileri: Reiki, refleksoloji, akupunktur gibi biyoenerji alanlarını harekete geçirmek amacı ile bireyin bedenine basınç uygulama yaklaşımıdır (77). Biyo-elektromanyetik terapiler ve biyo-alan terapileri olmak üzere iki tür enerji tedavisi bulunmaktadır. Biyo-elektromanyetik terapiler, mıknatıslar, değişken ya da doğrudan akım alanlarını kapsarken; biyo-alan terapileri, akupunktur, akupresür, biyoenerji, refleksoloji, reiki gibi uygulamaları kapsamaktadır (80,81). Biyoenerji alanlarına yapılan terapilerin güvenli ve yararlı olduğunu gösteren randomize kontrollü çalışmalar bulunmakla beraber, konu ile ilgili yapılan çalışma sayısının az olması ve etkinliği ile ilgili bulguların kısıtlı olması nedeniyle önerilmediği belirtilmektedir (80,89,93,94).

Dünya'da TAT'ın, yüzyıllardır kullanıldığı bilinmekte olup, kullanımı eğitim durumu, etnik grup, yaş, yaşanan bölge, sosyoekonomik durum, dini inanç, sağlık durumu ve cinsiyet gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir. TAT kullanımının her geçen gün artış gösterdiği ve kullanım oranının tüm dünyada %9-65 oranında değiştiği (94) ve ABD'de 2002-2007 yılları arasında her 10 yetişkinden dördünün TAT kullandığı bildirilmektedir (95). TAT kullanım oranlarının Avustralya'da %52,1, Fransa'da %49,3, Kanada'da %70,4, gelişmekte olan ülkelerden Şili'de %71, Çin'de %70, Kolombiya'da %40 ve Afrika ülkelerinde %80 olduğu belirtilmektedir (95-100).

Türkiye'de yapılan çalışmalar incelendiğinde, TAT kullanımının çoğunlukla belirli hastalıklara yönelik olduğu; genel kullanımın Eskişehir ilinde %60 (101), İzmir ilinde ise %31 (102) olduğu tespit edilmiştir. Türkiye'de TAT kullanımının klimakterik yakınması olan kadınlarda %16,1 (103), psikiyatrik tanısı olan hastalarda %49,4 (104), astımı ve riniti olan hastalarda %42,2 (105), cilt problemi olan hastalarda %52,1 (106) ve kanser tanısı olan hastalarda %46,2 (107) olduğu belirtilmektedir.

Hipertansiyonu olan hastalarda TAT kullanım sıklığının belirlenmesine yönelik çalışmalar incelendiğinde; Kara ve arkadaşlarının (47) çalışmasında bireylerin %40,2'sinin,

Toprak ve Demir (83)'in çalışmasında %63,9'unun, Türk ve Süner (84)'in çalışmasında %59,4'ünün, Tan, Uzun ve Akçay (108)'in çalışmasında %60-70'inin, Akpınar ve Tezel (109)'in çalışmasında ise %86,9'unun kan basınçları yükseldiğinde TAT yöntemlerini tercih ettikleri bulunmuştur. Türkiye'nin de içinde bulunduğu bir literatür taramasında 2004-2014 yılları arasında 10 uluslararası ve 6 ulusal makalede hipertansiyonu olan hastaların TAT kullanım sıklığının %12,8 ile %85,7 arasında değiştiği (10), Türkiye'de hipertansiyonu olan bireylerde TAT kullanım sıklığının %28.3-%86.9 arasında olduğu ve ortalama olarak %58,2 oranında kullanıldığı belirtilmektedir (11).

TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİLERDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Günümüzde tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanılmasına karşı ilgi her geçen gün artmaktadır. Bunun nedeni olarak da, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte tedavi süreci zor olan malign ve kronik hastalıklardaki artış, yüksek maliyetli yeni teknolojiler ve bunlara ulaşmada yaşanan güçlükler, sağlık çalışanlarınca hastalara ayrılan zamanın kısıtlı olması, tedavi seçeneklerine karşı duyulan şüpheler, farmakolojik tedavilerin yetersiz kalması ya da yan etkileri gösterilmektedir (14). Tamamlayıcı alternatif tedavilerin kullanımındaki bu artış sağlık profesyonellerinin, özellikle de hasta ile en uzun süre birlikte olan ve onu bütüncül bir yaklaşımla değerlendirmesi gereken hemşirelerin TAT yöntemleri hakkında bilgi sahibi olmalarını, kullanılan TAT yöntemlerini sorgulamalarını ve olası yan etkilerini takip etmelerini gerekli kılmaktadır (14,15).

TAT uygulamaları, bireylerin kendi duygu, düşünce ve kararları ile etkinliğine inandıkları yaklaşımlardır (110). Yapılan çalışmalarda, hastaların kullandıkları ürünlerden fayda görme, tedaviye ek yarar sağladığını düşünme, sağlığa zararlı olmayacağını düşünme, psikolojik stresi azalttığını düşünme gibi nedenlerle TAT'a yöneldikleri bildirilmektedir (11,12,111,112). Bu nedenle, hemşirelerin, hastaların paylaşımlarını dikkatle dinlemeleri, onlarla empati kurup, düşüncelerine ve kararlarına saygı göstererek hastanın TAT kullanımına ilişkin veri toplamaları önemlidir (110,113). Hemşireler bu aşamada hastaların TAT kullanımını sorgulamalı, yargılayıcı olmayan, açık ve etkileyici iletişim kurmalı, bireye güven ortamı sağlayabilmelidir (14,114,115). Hemşirelerin mesleki eğitimle edindiği bilimsel bilgi ve becerilerini kullanarak tamamlayıcı terapilerin kullanımına ilişkin hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, sağlıklı ya da hasta bireyleri TAT uygulamalarını etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda bilgilendirip, yönlendirmeleri önemlidir (49,116).

Tamamlayıcı alternatif tedaviler, hipertansiyon tanısı konulan hastaların da sıklıkla başvurdukları yöntemlerden biridir (7,9,10,11). Bu tedavilerin bilinçsiz bir şekilde kullanılması bazen hastalık tablosunu daha da ağırlaştırmakta ve organ fonksiyon bozukluklarına yol açabilmektedir. Bu nedenle hemşirelerin hipertansiyonu olan hastalara bakım verirken kullanılan TAT yöntemleri, kullanım amaçları, kullanım şekilleri ve etkileri hakkında hastadan bilgi toplaması, olası riskler ve yan etkileri konusunda hastaları doğru bir şekilde bilgilendirmesi tedavi sürecinin yönetiminde önemlidir.

Bu çalışma hipertansiyon tanısı konulan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi (TAT) kullanma durumlarını ve tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.



GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Bu araştırma; hipertansiyon tanısı konulan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi (TAT) kullanma durumları ile tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş, tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir çalışmadır.

ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma 01.01.2017 – 01.07.2017 tarihleri arasında Edirne ilindeki bir devlet hastanesinin Kardiyoloji ve İç Hastalıkları polikliniklerinde yapıldı.

ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

- Hipertansiyonu olan hastaların tamamlayıcı alternatif tedavi kullanımı ile ilgili görüş ve uygulamaları nedir?
- Hipertansiyonu olan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumları nasıldır?
- Hipertansiyonu olan hastaların sosyo-demografik ve hastalığa ilişkin özellikleri ile tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?
- Hipertansiyonu olan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı ile ilgili görüş ve uygulamaları ile tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumları arasında fark var mıdır?

ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı tarihlerde, Edirne ilindeki bir devlet hastanesinin Kardiyoloji ve İç Hastalıkları polikliniklerine başvuran hipertansiyon tanısı konulan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim Dalı ile görüşülmüş ve Erci tarafından yapılan “Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: A sample of healthy people in Turkey” adlı çalışmada elde edilen standart sapma (4,1) ile %0,05 yanılma payı ve 95 güç ile en az 184 hastaya ulaşılması planlanmıştır.

Araştırma kapsamına;

- Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden,
- En az 6 ay önce hipertansiyon tanısı konulmuş olan,
- Belirtilen hastaneye tedavi için başvurmuş olan,
- 18 yaş ve üzerinde olan,
- Okur-yazar olan,
- Yer, zaman, durum oryantasyonu olan, 290 hasta alınmıştır.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, hastaların sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ilişkin özellikleri ve tamamlayıcı alternatif tedavilere ilişkin görüş ve uygulamalarını içeren “Hasta Bilgi Formu” (Ek 1) ile “Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği” (TATKTÖ) (Ek 2) kullanılarak toplandı.

Hasta Bilgi Formu

Hasta bilgi formu, araştırmacı ve danışman tarafından konuyla ilgili literatür taraması sonrası geliştirilmiştir (9,117). Üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo (beden kitle indeksi hesaplaması için), medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir durumu ve yaşadıkları yer gibi sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm, HT tanı süresi, ek kronik hastalık varlığı, ailede hipertansiyon öyküsü, hipertansiyon tedavisi için kullandığı ilaç sayısı, ilaçlarını düzenli kullanma, ilaçlarını almayı unutma durumu ve sağlık kontrollerini yaptırma durumu gibi hastalığa ilişkin özelliklerin belirlenmesine yönelik sorulardan oluşmaktadır. Üçüncü bölüm ise, hastaların TAT yöntemlerinden haberdar olma durumu, TAT

yöntemlerinin nereden duyulduğu, TAT yöntemlerinin faydasına inanma durumu, TAT kullanmayı deneme durumu, aktif olarak TAT kullanıp kullanmadığı, TAT kullanma nedeni, kullandığı TAT yöntemi, yöntemi kullanım sıklığı, kullandığı TAT yöntemini hekim/sağlık çalışanları ile paylaşıp paylaşmama durumu, paylaşmıyor ise paylaşmama nedeni gibi tamamlayıcı alternatif tedavilere ilişkin görüş ve uygulamalarını belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (TATKTÖ)

Hyland ve arkadaşları (118) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erci tarafından 2003 yılında yapılmıştır (119). Ölçek bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumlarını belirlemeyi amaçlayan, 11 maddeden oluşan 6'lı likert tipinde (kesinlikle katılıyorum=1, katılıyorum=2, kısmen katılıyorum=3, kısmen katılmıyorum=4, katılmıyorum=5, kesinlikle katılmıyorum=6) olup, iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bütüncül sağlık alt boyutu (1, 3, 5, 7 ve 10. maddeler), hastanın kendi bakımında bireyselliği algılamasını değerlendirmektedir. Tamamlayıcı alternatif tıp alt boyutu (2, 4, 6, 8, 9 ve 11. maddeler) ise, hastanın tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumunu değerlendirmektedir.

Ölçekte 2, 4, 6 ve 9. maddeler ters çevrilerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan 66'dır. Ölçekten alınan puanın düşük olması tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı pozitif tutumu, yüksek olması ise tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı negatif tutumu ifade etmektedir.

Erci'nin çalışmasında ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,72 olarak bulunmuştur (119). Bu çalışmada Cronbach's Alpha değeri 0,78 olarak bulundu.

ETİK KURUL ONAYI VE İZİNLER

Araştırmanın yapılabilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.12.2016 tarih ve 2016/279 no'lu (Ek 3) etik kurul onayı alındı. Ayrıca, araştırma verilerinin toplandığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Edirne Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğinden (Ek 4) yazılı izinler alındı. Araştırmaya gönüllü olarak katılan hastalara İnsan Hakları Helsinki Bildirgesine uygun olarak, araştırmanın amacı hakkında açıklama yapıldı ve katılımın gönüllü olduğu, katılımcıların kişisel bilgi ve gizliliğinin korunacağı bilgisi verildi, sözel onamları alındı.

Araştırmada kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Erci'den (Ek 5) ölçek kullanım izni alındı.

VERİLERİN TOPLANMASI

Veriler, 01.01.2017 – 01.07.2017 tarihleri arasında hafta içi, gündüz mesai saatleri içerisinde, araştırmanın yapıldığı devlet hastanesinin Kardiyoloji ve İç Hastalıkları polikliniklerine başvuran, hipertansiyon tanısı konulmuş olan ve bu nedenle tedavi gören, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

Verilerin toplanma aşamasında poliklinikte görev yapan hekimler ile işbirliği yapıldı. En az 6 ay önce hipertansiyon tanısı konulmuş olan ve antihipertansif ilaç kullanan hastalara araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılmak isteyip istemedikleri soruldu. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar ile boş bir poliklinik odasında sakin ve gürültüsüz bir ortamda görüşüldü. Anket soruları hastalara okundu ve samimi bir şekilde cevaplamaları istendi. Her bir görüşme yaklaşık 20-30 dakika sürdü.

VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences for Windows 22.0) paket programı kullanıldı. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Normal dağılım göstermeyen iki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Kruskal-Wallis testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı olarak Mann-Whitney U testi kullanıldı. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında Spearman Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirme yapıldı. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırma 01 Ocak 2017 – 01 Temmuz 2017 tarihleri arasında hipertansiyon tanısı konulan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi (TAT) kullanma durumları ile tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla 290 hasta ile yapıldı. Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında tablolar halinde sunuldu:

- Hipertansiyonu olan hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özelliklerinin dağılımı
- Hipertansiyonu olan hastaların TAT kullanımını ile ilgili görüş ve uygulamalarının dağılımı
- Hipertansiyonu olan hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı
- Hipertansiyonu olan hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması
- Hipertansiyonu olan hastaların TAT kullanımını ile ilgili görüş ve uygulamaları ile Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının normal dağılıma uygunluğunu belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi uygulandı. Yapılan analiz sonucunda Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği ve alt boyutlarının normal dağılım göstermediği belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 5). Verilerin analizinde parametrik olmayan yöntemler kullanıldı.

Tablo 5. Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi sonuçları

Ölçek ve Alt Boyutları	Kolmogorov-Smirnov test istatistiği		
	n	Z	p
Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği	290	,523	0,000
Tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutu	290	,844	0,000
Bütüncül sağlık alt boyutu	290	,331	0,000

HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Tablo 6'da hipertansiyon tanısı konulan hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin dağılımları yer almaktadır. Buna göre; araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $61,52 \pm 11,19$ yıl olup, %33,4'ü 61-70 yaş, %29'u 51-60 yaş, %21'i 70 yaş ve üzeri, %16,6'sı 50 yaş ve altı yaş grubunda yer almaktadır. Hastaların %63,1'i kadın, % 36,9'u erkek, %83,4'ü evli, % 16,6'sı bekadır. Hastaların % 74,8'nin eğitim durumu ilköğretim ve altı, 25,2'nin ise lise ve üzeridir. Hastaların %40,7'si herhangi bir işte çalışmamakta, %31'i çalışmakta, %28,3'ü ise emeklidir. Hastaların %53,1'inin geliri giderine eşit, %27,2'sinin geliri giderinden az, %19,7'sinin geliri giderinden fazladır. Hastaların %63,5'i il merkezinde, %21'i ilçede, %15,5'i ise köyde yaşamaktadır. Beden kitle indeksine göre hastaların %27,6'sı normal kilolu, %37,9'u fazla kilolu, %24,5'i I. derece obez ve %10'u II. derece obezdir (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların tanıtıcı özellikleri (n=290)

Değişkenler	n	%
Yaş (Ortalama±SS=61,52±11,19)		
50 yaş ve altı	48	16,6
51-60 yaş	84	29,0
61-70 yaş	97	33,4
70 yaş üzeri	61	21,0
Cinsiyet		
Kadın	183	63,1
Erkek	107	36,9
Medeni durum		
Evli	242	83,4
Bekar	48	16,6
Eğitim durumu		
İlköğretim ve altı	217	74,8
Lise ve üstü	73	25,2
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	118	40,7
Çalışıyor	90	31,0
Emekli	82	28,3
Aylık gelir		
Gelir gidere eşit	154	53,1
Gelir giderden az	79	27,2
Gelir giderden fazla	57	19,7
Yaşanılan yer		
İl	184	63,5
İlçe	61	21,0
Köy	45	15,5
BKİ grup		
Normal kiloda	80	27,6
Fazla kilolu	110	37,9
I. derece obez	71	24,5
II.derece obez	29	10,0

BKİ: Beden Kitle İndeksi.

Tablo 7’de hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Buna göre; hastaların %45,5’ine 1-5 yıl, %29,7’sine 6-10 yıl, %9,3’üne 11-15 yıl, %11,4’üne 16-20 yıl, %4,1’ine ise 20 yıl ve öncesinde HT tanısı konulduğu belirlendi. Hastaların %52,1’inin HT’ye ek başka kronik hastalığının olmadığı, %47,9’unun HT dışında başka kronik hastalık/hastalıklarının bulunduğu belirlendi. Hastaların %70’inin ailesinde HT öyküsü varken, %30’unda yoktu. Hastaların %64,5’i HT tedavisi için bir, %33,1’i iki, %2,4’ü üç adet

ilaç kullanmakta idi. Hastaların %80,3'ünün ilaçlarını düzenli olarak kullandığı, %19,7'sinin ise düzenli olarak kullanmadığı, %41'inin ilaçlarını almayı bazen unuttuğu, %59'unun ise hiç unutmadığı bulundu. Hastaların %54,1'i sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırdığını belirtti (Tablo 7).

Tablo 7. Hastaların hastalıklarına ilişkin özellikleri (n=290)

Değişkenler	n	%
HT tanı zamanı		
1-5 yıl	132	45,5
6-10 yıl	86	29,7
11-15 yıl	27	9,3
16-20 yıl	33	11,4
20 yıl üzeri	12	4,1
Ek kronik hastalık		
Var	139	47,9
Yok	151	52,1
Ailede HT öyküsü		
Var	203	70
Yok	87	30
HT tedavisi için kullanılan ilaç sayısı		
Bir	187	64,5
İki	96	33,1
Üç	7	2,4
İlaçları düzenli kullanma		
Evet	233	80,3
Hayır	57	19,7
İlaçlarını almayı unutma		
Evet bazen unutum	119	41,0
Hayır hiç unutmam	171	59,0
Sağlık kontrollerini yaptırma durumu		
Düzenli	157	54,1
Düzensiz	133	45,9

HT: Hipertansiyon.

HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARIN TAT KULLANIMI İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI

Hastaların TAT kullanımını ile ilgili görüş ve uygulamaları Tablo 8'de gösterilmektedir. Buna göre; hastaların %80'inin TAT yöntemlerinden haberdar olduğu, %20'sinin ise TAT yöntemlerini duymadığı belirlendi. TAT yöntemlerinden haberdar olan hastalardan %33,4'ü bu yöntemleri medya/internette, %59'u çevrelerindeki bireylerden, %10,3'ü ise sağlık personellerinden duyduğunu belirtti. Hastaların %64,8'inin TAT yöntemlerinin faydalı olduğunu, %13,8'inin faydalı olmadığını düşündüğü, %21,4'ünün ise TAT yöntemlerinin

faydalarına ilişkin herhangi bir fikrinin olmadığı belirlendi. Hastaların %65,5'inin HT tedavisinde TAT kullanmayı denemediği, %34,5'inin hiç denemediği ve hastaların %56,9'unun şuan aktif olarak TAT kullandığı belirlendi.

Aktif olarak TAT kullanan hastaların %11,5'inin tansiyonunu dengelemek için, %16,4'ünün arkadaşı önerdiği için, %27,3'ünün TAT'ın ilaçlardan daha etkili olduğunu düşündüğü için, %9,7'sinin ilaçlardan daha ucuz bir yöntem olduğunu düşündüğü için, %20'sinin TAT'ın yan etkilerinin ilaçlardan daha az olduğunu düşündüğü için ve %15,1'inin tıbbi tedaviye ek olacağını düşündüğü için TAT kullandığı belirlendi (Tablo 8).

Hipertansiyon tedavisinde ilaçlara ek olarak aktif bir şekilde TAT yöntemlerini kullandığını belirten hastaların bitkisel ürünler kullandıkları, en çok kullanılan bitkisel ürünlerin %80,6 ile limon, %41,2 ile sarımsak, %13,3 ile maydanoz olduğu bulundu. Aktif olarak TAT kullandığını belirten hastaların %16,6'sının haftada bir defa, %24,5'inin haftada iki defa, %10,3'ünün haftada üç defa ve %5,5'inin haftada dört ve üzeri defa TAT yöntemlerini kullandıkları belirlendi (Tablo 8).

Aktif olarak TAT yöntemlerini kullanan hastaların %63'ünün kullandıkları yöntemi hekim/sağlık çalışanları ile paylaşmadığı bulundu. Kullandığı TAT yöntemlerini hekim/sağlık çalışanları ile paylaşmayan hastaların %47,1'inin gerek duymadığı için, %39,4'ünün hekim/sağlık çalışanının kızcacağını düşündüğü için, %13,5'inin ise aklına gelmediği için paylaşmadığı belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8. Hastaların TAT kullanımı ile ilgili görüş ve uygulamaları (n=290)

Değişkenler	n	%
TAT yöntemlerinden haberdar olma durumu		
Evet	232	80
Hayır	58	20
TAT yöntemlerinin nereden duyulduğu*		
Medya / İnternet	97	33,4
Çevredeki bireyler	171	59,0
Sağlık personeli	30	10,3
Haberdar olmayan	58	20
TAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünme durumu		
Evet	188	64,8
Hayır	40	13,8
Fikrim yok	62	21,4
HT tedavisinde TAT kullanmayı deneme durumu		
Evet	190	65,5
Hayır	100	34,5

* Birden fazla seçim; **TAT:** Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi.

Tablo 8 (devam). Hastaların TAT kullanımı ile ilgili görüş ve uygulamaları (n=290)

Değişkenler	n	%
HT tedavisinde şuan aktif olarak TAT kullanma		
Evet	165	56,9
Hayır	125	43,1
TAT kullanma nedeni (n=165)		
Tansiyonu dengelemek	19	11,5
Arkadaş önerisi	27	16,4
TAT'ın ilaçlardan daha etkili	45	27,3
İlaçlardan daha ucuz bir yöntem	16	9,7
Yan etkileri ilaçlardan daha az	33	20
Tıbbi tedaviye ek olarak	25	15,1
Şu anda HT tedavisi için ilaçlar dışında kullanılan alternatif yöntemler* (n=165)		
Limon kullanma	133	80,6
Sarımsak kullanma	68	41,2
Maydanoz kullanma	22	13,3
Zeytinyağı kullanma	13	7,9
Kiraz sapı kullanma	8	4,8
Ayva yaprağı kullanma	8	4,8
Yeşil çay kullanma	3	1,8
Mısır püskülü kullanma	3	1,8
Keten tohumu yağı	1	0,6
TAT kullanım sıklığı		
Haftada 1 kez	48	16,6
Haftada 2 kez	71	24,5
Haftada 3 kez	30	10,3
Haftada 4 kez ve üzeri	16	5,5
Kullanmayan	125	43,1
Kullanılan TAT yöntemlerini hekim/sağlık çalışanları ile paylaşma durumu (n=165)		
Evet	61	37,0
Hayır	104	63,0
Kullanılan TAT yöntemleri hekim/sağlık çalışanları ile paylaşılmamış ise nedeni (n=104)		
Aklıma gelmedi	14	13,5
Kızacağı düşünmü	41	39,4
Gerek duymadım	49	47,1

*Birden fazla seçilen soru; TAT: Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi.

HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARIN TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI

Araştırmaya katılan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum ölçeğinden aldıkları toplam ve alt boyutlara ilişkin puan ortalamaları Tablo 9’da gösterilmektedir. Buna göre hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum ölçeği toplam puan ortalaması $23,05 \pm 5,80$ olup, ölçeğin alt boyutlarına ait puan ortalamaları sırasıyla tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutu için $15,69 \pm 5,52$, bütüncül sağlık alt boyutu için ise $7,36 \pm 1,68$ olarak bulundu (Tablo 9).

Tablo 9. Hastaların TATKTÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamaları (n=290)

Ölçek ve alt boyutları	Madde sayısı	Ölçekten Alnabilecek Min-Max	Ölçekten Alınan Min-Max	Ort±SS
TATKTÖ toplam	11	11 – 66	12 - 42	23,05 ± 5,80
Tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutu	6	6 – 36	6 - 34	15,69 ± 5,52
Bütüncül sağlık alt boyutu	5	5 – 30	5 - 13	7,36 ± 1,68

HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 10’da hastaların tanıtıcı özellikleri ile TATKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Hastaların yaş grupları ile ölçekten aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($X^2=9,113$; $p=0,028$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney-U testi uygulandı. Buna göre; 50 yaş ve altı olan hastaların TATKTÖ toplam puan ortalamalarının, 51-60 yaş, 61-70 yaş ve 70 yaş ve üzeri grubunda olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu. Ayrıca hastaların yaş grupları ile bütüncül sağlık alt boyutu puan ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($X^2=8,652$; $p=0,034$). Yaşı 50 yaş ve altı olan hastaların bütüncül sağlık alt boyutu puan ortalamalarının, 51-60 yaş, 61-70 yaş ve 70 yaş ve üzeri grubunda olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 10).

Hastaların eğitim durumları ile tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (MWUz=-1,975; p=0,048). Lise ve üzeri eğitim durumuna sahip olan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutu puan ortalamalarının ilköğretim ve altı eğitimi olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 10).

Hastaların aylık gelir durumlarına göre TATKTÖ ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi ($X^2=12,391$; p=0,002). Buna göre; aylık geliri giderinden fazla olan hastaların TATKTÖ toplam puan ortalamalarının, aylık geliri giderine eşit olan ve aylık geliri giderinden az olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 10). Ayrıca hastaların aylık gelir durumları ile tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($X^2=12,688$; p=0.002). Aylık geliri giderinden fazla olan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutu puan ortalamalarının, aylık geliri giderine eşit olan ve aylık geliri giderinden az olan hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 10).

Hastaların cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, yaşanılan yer ve beden kitle indeksi değişkenleri ile TATKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=290)

Değişkenler	TATKTÖ toplam Ort±SS	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ort±SS	Bütüncül Sağlık Ort±SS
Yaş			
50 yaş ve altı ^a	25,92±7,36	17,90±6,91	8,02±1,89
51-60 yaş ^b	22,42±5,26	15,35±5,12	7,07±1,75
61-70 yaş ^c	22,35±5,25	15,02±4,99	7,33±1,53
70 yaş üzeri ^d	22,77±5,41	15,48±5,31	7,30±1,52
X^2	9,113*	5,304*	8,652*
<i>p</i>	0,028	0,151	0,034
	<i>a>b,c,d</i>		<i>a>b,c,d</i>
Cinsiyet			
Kadın	22,83±5,95	15,43±5,50	7,40±1,74
Erkek	23,43±5,54	16,13±5,55	7,30±1,57
<i>MWUz</i>	-1,074**	-1,159**	-0,287**
<i>p</i>	0,283	0,246	0,774
Medeni durum			
Evli	23,21±5,82	15,86±5,53	7,35±1,68
Bekar	22,21±5,69	14,79±5,42	7,42±1,67
<i>MWUz</i>	-1,466**	-1,734**	-0,030**
<i>p</i>	0,143	0,083	0,976
Eğitim durumu			
İlköğretim ve altı	22,61±5,38	15,21±5,14	7,41±1,66
Lise ve üstü	24,34±6,77	17,11±6,35	7,23±1,75
<i>MWUz</i>	-1,401**	-1,975**	-1,213**
<i>p</i>	0,161	0,048	0,225
Çalışma durumu			
Çalışıyor	23,63±6,20	16,36±5,91	7,28±1,80
Çalışmıyor	22,36±5,60	14,95±5,17	7,42±1,70
Emekli	23,39±5,59	16,01±5,50	7,38±1,52
X^2	2,918*	3,154*	1,105*
<i>p</i>	0,232	0,207	0,575
Aylık gelir durumu			
Gelir gidere eşit ^a	22,75±5,43	15,38±4,95	7,37±1,77
Gelir giderden az ^b	21,81±5,62	14,49±5,43	7,32±1,49
Gelir giderden fazla ^c	25,56±6,33	18,16±6,37	7,40±1,71
X^2	12,391*	12,688*	0,071*
<i>p</i>	0,002	0,002	0,965
	<i>c>a,b</i>	<i>c>a,b</i>	

*Kruskal – Wallis varyans analizi, **Mann Whitney – U testi

Tablo 10 (devam). Hastaların tanıtıcı özellikleri ile TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=290)

Değişkenler	TATKTÖ toplam Ort±SS	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ort±SS	Bütüncül Sağlık Ort±SS
Yaşanılan yer			
Köy	21,44±3,97	14,04±3,84	7,40±1,64
İlçe	23,13±5,66	15,90±5,38	7,23±1,63
İl	23,41±6,17	16,02±5,85	7,40±1,71
X^2	2,787*	3,638*	0,357*
p	0,248	0,162	0,837
BKİ grup			
Normal kilolu ve altı	22,50±5,84	14,91±5,27	7,59±1,74
Fazla kilolu	23,92±6,28	16,51±6,15	7,41±1,47
I. derece obez	22,69±4,85	15,63±4,68	7,06±1,87
II.derece obez ve üzeri	22,14±5,80	14,83±5,36	7,31±1,75
X^2	3,140*	4,367*	3,798*
p	0,371	0,224	0,284

*Kruskal – Wallis varyans analizi, **Mann Whitney – U testi

Tablo 11’de hastaların yaşları ile tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye ait bulgular yer almaktadır. Hastaların yaşları ile tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum ölçeği toplam puan ortalamaları arasında negatif yönde anlamlı ilişki olduğu ($r=-0.129$; $p=0,029<0.05$) bulundu. Buna göre hastaların yaşları arttıkça tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum ölçeği puan ortalamalarının düştüğü belirlendi.

Tablo 11. Hastaların yaşları ile TATKTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki

Değişkenler	TATKTÖ toplam		Tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutu		Bütüncül sağlık alt boyutu	
	r	p	r	p	r	p
Yaş	-0,129	0,029*	-0,112	0,057	-0,076	0,195

*Spearman Korelasyon Analizi

Tablo 12’de hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile TATKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır. Buna göre araştırma kapsamına dahil edilen hastaların HT tanısı konulma zamanı, ek kronik hastalık varlığı, ailede HT öyküsü

olma durumu, HT tedavisi için kullanılan ilaç sayısı, ilaçları düzenli kullanma durumu, ilaçları almayı unutma durumu ve sağlık kontrollerini yaptırma durumları ile TATKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=290)

Değişkenler	TATKTÖ toplam Ort±SS	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ort±SS	Bütüncül Sağlık Ort±SS
HT tanı zamanı			
1-5 yıl	23,56±6,03	16,34±5,83	7,22±1,58
6-10 yıl	23,15±6,02	15,60±5,46	7,55±1,90
11-15 yıl	22,00±6,45	14,74±6,03	7,26±1,53
16-20 yıl	21,67±3,81	14,15±3,61	7,52±1,71
20 yıl üzeri	22,83±4,36	15,42±5,07	7,42±1,31
X^2	3,036*	3,468*	1,650*
p	0,552	0,483	0,800
Ek kronik hastalık			
Var	22,90±5,34	15,59±5,23	7,31±1,71
Yok	23,19±6,21	15,77±5,78	7,41±1,65
MWU_z	-0,417**	-0,289**	-0,468**
p	0,676	0,773	0,640
Ailede HT öyküsü			
Var	23,32±6,14	15,97±5,77	7,35±1,72
Yok	22,41±4,88	15,02±4,85	7,39±1,60
MWU_z	-0,675**	-1,025**	-0,391**
p	0,500	0,305	0,696
HT tedavisi için kullanılan ilaç sayısı			
Bir	22,81±5,86	15,51±5,55	7,29±1,68
İki	23,48±5,71	16,03±5,46	7,45±1,69
Üç	23,57±5,76	15,57±5,96	8,00±1,41
X^2	2,092*	1,735*	1,856*
p	0,351	0,420	0,395

*Kruskal – Wallis varyans analizi, **Mann Whitney – U testi

Tablo 12 (devam). Hastaların hastalığa ilişkin özellikleri ile TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=290)

Değişkenler	TATKTÖ toplam Ort±SS	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ort±SS	Bütüncül Sağlık Ort±SS
İlaçlarını düzenli kullanma			
Evet	23,06±5,91	15,66±5,61	7,40±1,70
Hayır	22,98±5,37	15,79±5,18	7,19±1,58
MWUz	-0,153*	-0,535*	-0,593*
p	0,879	0,592	0,553
İlaçlarını almayı unutmama			
Evet bazen unuturum	23,33±5,54	16,03±5,59	7,29±1,69
Hayır hiç unutmam	22,85±5,98	15,44±5,47	7,41±1,67
MWUz	-0,415**	-0,568**	-0,428**
p	0,678	0,570	0,669
Sağlık kontrollerini yaptırma durumu			
Düzenli	22,86±5,60	15,43±5,21	7,43±1,68
Düzensiz	23,27±6,04	15,98±5,87	7,29±1,69
MWUz	-0,51	-0,208	-0,807
p	0,960	0,835	0,420

*Kruskal – Wallis varyans analizi, **Mann Whitney – U testi

Tablo 13’de hastaların TAT kullanımını hakkındaki görüş ve uygulamaları ile TATKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır. Buna göre hastaların hipertansiyon tedavisinde TAT yöntemlerinden haberdar olma durumu, TAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünme durumu, HT tedavisinde TAT kullanmayı deneme durumu ile TATKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Hastaların HT tedavisinde şuan aktif şekilde TAT yöntemi kullanma durumları ile TATKTÖ toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (MWUz=-2,079; $p=0,038$). Buna göre; HT tedavisine ek olarak aktif bir şekilde TAT yöntemi kullanan hastaların TATKTÖ toplam puan ortalamalarının, TAT kullanmayan hastaların puan ortalamalarından düşük olduğu bulundu (Tablo 15). Ayrıca aktif olarak TAT yöntemi kullanan hastaların bütüncül sağlık alt boyutu puan ortalamalarının, aktif olarak TAT yöntemleri kullanmayan hastaların puan ortalamalarından düşük olduğu bulundu (MWUz=-2,113; $p=0,035$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaların TAT kullanımı ile ilgili görüş ve uygulamaları ile TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=290)

Değişkenler	TATKTÖ toplam Ort±SS	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ort±SS	Bütüncül Sağlık Ort±SS
TAT yöntemlerinden haberdar olma			
Evet	22,82±5,50	15,46±5,22	7,36±1,67
Hayır	23,95±6,85	16,59±6,56	7,36±1,72
<i>MWU_z</i>	-0,904**	-0,763**	-0,101**
<i>p</i>	0,366	0,446	0,920
TAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşünme			
Evet	22,56±5,29	15,29±5,13	7,28±1,67
Hayır	23,25±6,71	15,72±6,16	7,52±1,66
Fikrim yok	24,39±6,50	16,87±6,11	7,52±1,73
χ^2	3,762*	3,176*	1,146*
<i>p</i>	0,152	0,204	0,564
HT tedavisinde TAT kullanmayı deneme			
Evet	22,46±5,21	15,14±5,06	7,32±1,64
Hayır	24,17±6,67	16,72±6,19	7,45±1,76
<i>MWU_z</i>	-1,952**	-1,842**	-0,366**
<i>p</i>	0,051	0,066	0,714
Aktif olarak TAT kullanma			
Evet	22,35±5,07	15,19 ±5,04	7,16±1,58
Hayır	23,97±6,55	16,34±6,05	7,63±1,78
<i>MWU_z</i>	-2,079**	-1,258**	-2,113**
<i>p</i>	0,038	0,208	0,035

*Kruskal – Wallis varyans analizi, **Mann Whitney – U testi

Tablo 14’te TAT kullanan hastaların bazı değişkenlere göre TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre TAT kullanan hastaların hipertansiyon tedavisinde TAT kullanma nedenleri ve kullanılan TAT yöntemini sağlık çalışanları ile paylaşma durumu ile TATKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Hastaların HT tedavisine ek olarak aktif şekilde kullandıkları TAT yöntemini hekim/ sağlık çalışanları ile paylaşmama nedenleri ile TATKTÖ toplam puan ortalamaları ($\chi^2=6,057$; $p=0,048$) ve tamamlayıcı alternatif tıp alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulundu ($\chi^2=6,444$, $p=0,040$). Buna göre, kullandığı TAT

yöntemini sağlık çalışanlarının kızacağı düşüncesi ile paylaşmadığını belirten hastaların ölçek toplam ve tamamlayıcı alternatif tıp alt boyutu puan ortalamalarının, gerek duymadıkları için paylaşmadığını belirten hastaların puan ortalamalarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 14).

Tablo 14. TAT kullanan hastaların bazı değişkenlere göre TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=165)

Değişkenler	TATKTÖ toplam Ort±SS	Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Ort±SS	Bütüncül Sağlık Ort±SS
TAT kullanma nedeni			
Tansiyonu dengelemek	22,58±6,14	16,00±5,96	6,58±1,42
Arkadaş önerisi	21,04±3,54	14,26±3,23	6,78±1,57
TAT'ın ilaçlardan daha etkili	23,18±5,17	15,44±5,14	7,73±1,69
İlaçlardan daha ucuz bir yöntem	22,44±4,63	15,44±5,13	7,00±1,36
Yan etkileri ilaçlardan daha az	21,73±5,78	14,52±5,76	7,21±1,59
Tıbbi tedaviye ek olarak	22,88±4,79	15,88±4,87	7,00±1,38
X^2	4,770*	3,703*	9,626*
<i>p</i>	0,445	0,593	0,087
Kullanılan yöntemleri sağlık çalışanları ile paylaşma			
Evet	21,85±5,513	14,75±5,47	7,10±1,64
Hayır	22,64±4,809	15,45±4,77	7,19±1,55
<i>MWUz</i>	-1,663**	-1,711**	-0,459**
<i>p</i>	0,096	0,087	0,646
Kullanılan yöntemleri paylaşmama nedeni			
Aklıma gelmedi ^a	23,14±5,11	15,93±5,47	7,21±1,25
Kızacağı düşündüm ^b	23,90±4,60	16,66±4,69	7,24±1,71
Gerek duymadım ^c	21,45±4,68	14,31±4,45	7,14±1,51
X^2	6,057*	6,444*	0,082*
<i>p</i>	0,048	0,040	0,960
	<i>c<b</i>	<i>c<b</i>	

*Kruskal – Wallis varyans analizi, **Mann Whitney – U testi

TARTIŞMA

Bu araştırma, hipertansiyon tanısı konulan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi (TAT) kullanma durumları ile tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla 290 hasta ile yapıldı. Araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgisi doğrultusunda aşağıda belirtilen başlıklar halinde tartışıldı.

- Hipertansiyonu olan hastaların hastalığa ilişkin özelliklerinin tartışılması,
- Hipertansiyonu olan hastaların TAT kullanımını ile ilgili görüş ve uygulamalarının tartışılması,
- Hipertansiyonu olan hastaların TATKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması,
- Hipertansiyonu olan hastaların tanıtıcı ve hastalığa ilişkin özellikleri ile TATKTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması,
- Hipertansiyonu olan hastaların TAT kullanımını ile ilgili görüş ve uygulamaları ile TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının tartışılması.

HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARIN HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ

Küresel bir halk sağlığı sorunu olan hipertansiyon kalp hastalıkları için önemli bir risk faktörü olup, önlenemez ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (8). Çalışmada hastaların hipertansiyon tanısı konulma süresi ortalamasının $8,54 \pm 7,11$ yıl olduğu, hastaların yarısına yakınının (%47,9) HT tanısına ek olarak bir ya da birden çok kronik rahatsızlığının olduğu belirlendi (Tablo 7). Hipertansiyona sahip olan kişilerde aile öyküsünün pozitif olması yaygın

görülen bir özellik teşkil etmekle birlikte kalıtsallık çalışmalarının birçoğunda bu oranın %35-50 arasında değiştiği bildirilmiştir (24). Bu çalışmada hastaların yarısından çoğunun (%70) ailesinde de hipertansiyonu olan bireylerin bulunduğu belirlendi (Tablo 7). Benzer şekilde Türk ve Süner (84)'in çalışmasında hipertansif bireylerin %74,7'sinin, Ali-Shtayeh ve arkadaşlarının (120) çalışmasında ise %68,7' sinin ailesinde hipertansiyon tanılı bireylerin olduğu belirtilmektedir.

Hipertansiyonun kontrol altına alınmasında takiplerin düzenli olarak yaptırılması ve ilaçların önerilen şekilde kullanılması önemlidir. Hipertansif hastaların, hipertansiyon tedavisinde en önemli sorunları arasında tedaviye uyumsuzluk veya önerilen tedaviyi sürdürememek yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda, hipertansif hastaların tanı konulma süresinden itibaren bir yıl içerisinde HT ile ilgili bilgi almadıkları, tedavi izlemine sürdüren hastaların sadece yarısının reçete edilen ilaçları aldığı belirtilmektedir (80,121). Bu çalışmada hastaların yarısının (%54,1) sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptırdığı, büyük çoğunluğunun (%80,3) ilaçlarını düzenli olarak kullandığı belirlendi (Tablo 7). Akıncı ve arkadaşlarının (112) çalışmasında hastaların %79,8'inin HT nedeniyle düzenli hekim kontrolüne gittiği, %89,9'unun ilaçlarını düzenli olarak kullandığı ve %86,9'unun ilaçlarının hipertansiyonu kontrol altına almada yeterli olduğu sonucu bulunmuştur. Çöl ve arkadaşlarının (122) çalışmasında ise hastaların %41,8'inin sağlık kontrollerine düzenli olarak gittikleri, %74,5'inin ilaçlarını düzenli kullandıkları bulunmuştur.

HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARIN TAT KULLANIMI İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI

Hipertansiyon, dünyada özellikle erişkin nüfusu etkisi altına alan, gün geçtikçe görülme sıklığı artan ve her yıl milyonlarca bireyin ölümüne sebep olan sağlık sorunlarından biridir (123). Bu sebeplerden dolayı bireylerin, ölümcül bir risk faktörü olarak belirtilen hipertansiyonun tıbbi tedavisine ek olarak, farklı uygulama ve fikirleri içeren TAT yöntemlerini kullanmaya başladığı belirtilmektedir (119). Yapılan farklı çalışmalarda TAT kullanım sıklığının dünya genelinde %9-80 arasında değiştiği ve giderek popülerlik kazandığı belirlenmiştir (48,76,124,125,126,127). Ülkemizde konu ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde ise TAT kullanım sıklığının %7 ile %76 arasında değişim gösterdiği görülmektedir (99,107,128,129).

Çalışmaya katılan hastaların TAT kullanımına ilişkin görüş ve uygulamaları incelendiğinde, hastaların büyük çoğunluğunun (%80) hastalığının tedavisi ile ilgili TAT

yöntemlerinden haberdar olduğu, yarısından çoğunun (%59) haber kaynaklarının sağlık çalışanı olmayan diğer bireyler olduğu belirlendi (Tablo 8). Akıncı ve arkadaşlarının (112) çalışmasında da hastaların çoğunluğunun TAT yöntemlerinden haberdar oldukları ve kullandıkları, bilgi edinme kaynaklarının daha çok çevredeki bireyler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Güleser ve Görüş (11) hipertansiyonu olan hastaların TAT kullanımı ile ilgili yapılan araştırmaları incelediği literatür taramasında, hastaların büyük çoğunluğunun TAT yöntemlerine ilişkin haber ve bilgi kaynaklarının arkadaş, akraba ve komşulardan oluştuğunu bildirmektedir. TAT kullanımı ile ilgili değişik hastalıkları olan hastalar ile yapılan diğer çalışmalarda da hastaların bilgi kaynağı olarak sağlık profesyoneli olmayan kişileri gösterdikleri belirlenmiştir (107,128,130,131). Hastaların TAT uygulamaları ile ilgili bilgilere doğru kaynaklardan ulaşmaması, güvenilir olmayan bilgiler edinmelerine ve olumsuz sağlık davranışları kazanmalarına yol açarak hastalığın kontrol altına alınmasını güçleştirebilir (109). Günümüzde güncel tedavi kavramı içerisinde yer alan TAT uygulamaları giderek artış göstermekle birlikte bu uygulamaların bilinçli yapılabilmesi bazı temel bilgi birikimini gerektirmektedir. Bu sebepten dolayı sağlık personelleri TAT yöntemleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmalı, TAT konusunda bilimsel gelişmeleri takip etmeli ve hastalarını TAT uygulamaları hakkında bilgilendirmeli ve rehberlik etmelidir.

Günümüzde yaşamı tehdit eden hastalığa sahip birçok hasta tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerini kullanmayı tercih etmektedir. DSÖ'nün tamamlayıcı ve alternatif tedavi ile ilgili raporunda çoğu kişinin “doğal olan şeyler güvenilirdir” düşüncesiyle TAT'ı kullandığı belirtilmektedir (132). Bu çalışmada hipertansiyon hastalarının büyük çoğunluğunun (%64,8) TAT yöntemlerinin faydalı olduğunu düşündüğü, hipertansiyon tedavisinde TAT kullanmayı denediği (%65,5) ve halen aktif olarak TAT yöntemlerini kullandığı (%56,9) bulundu. TAT yöntemlerini kullanan hastaların daha çok bitkisel ürünleri kullandıkları, hipertansiyon tedavisine ek olarak en çok tercih edilen bitkisel ürünlerin limon (%80,6) ve sarımsak (%41,2) olduğu belirlendi (Tablo 8).

Türkiye'de hipertansif hastalar tarafından kullanılan TAT yöntemlerinin araştırıldığı çalışmalarda; Efe ve arkadaşları (7) hastaların %74,7'sinin destekleyici yöntemleri kullandığını, %94,3'ünün çoğunlukla bitkisel yöntemleri kullandığını, en çok limon (%76) ve sarımsak (%59,1) kullanıldığını bulmuştu. Türk ve Süner (84), hastaların %59,4'ünün ilaç dışı yöntemleri kullandıklarını, en çok başvurulan yöntemin sarımsak (%43,3) ve limon (%24,6) kullanımı olduğunu bildirmiştir. Güven ve arkadaşları (9), hastaların %52,7'sinin kan basıncını düşürmek için mevcut tedavilerine ek olarak TAT kullanmakta olduklarını, TAT

yöntemi olarak da bitkisel ürünleri tercih ettiklerini bulmuştur. Bahar ve arkadaşları (17) hastaların %51,3'ünün bitkisel tedavileri kullandığını en çok (%33,6) limon suyu, limon ve sarımsak (%25,2), sarımsak (%15) kullanıldığını belirlemiştir. Biçen ve arkadaşları (16), hastaların %53'ünün bitkisel tedavileri kullandıklarını, %39,6'sının en sık kullandıkları bitkisel ürünün limon ve sarımsak olduğunu bulmuştu. Ali-Shtayeh ve arkadaşları (120) Filistin'de yaptığı çalışmada hipertansif hastaların %85,7'sinin, TAT yöntemlerini kullandıklarını bulmuştu. Nijeryada yapılan çalışmalarda Amira ve Okubadejo (133) hipertansif hastaların %39,1'inin, Osamor ve Owumi (134) hastaların %29'unun TAT yöntemlerini kullandıklarını, en sık kullanılan yöntemlerin bitkisel ürünler olduğunu bildirmişti. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışma sonuçları (7,9,11,16,17,120,133,134, 135) ile benzer şekilde bu çalışmanın bulguları da TAT yöntemleri arasında en sık başvurulan yöntemin bitkisel ürünlerin kullanımı olduğunu en fazla kullanılan ürünlerin ise limon ve sarımsak olduğunu göstermektedir.

Rohner ve arkadaşları (136) tarafından yapılan randomize kontrollü çift kör çalışmaların incelendiği meta analiz çalışmasında, sarımsağın hipertansif bireylerde kan basıncını düşürmede etkili olabileceği ancak kanıtların kesin bir sonuç çıkarmak için yeterince güçlü olmadığı, daha uzun süreli, iyi planlanmış, daha güçlü çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Herhangi bir ciddi yan etkisi bildirilmeyen sarımsağın anjiyotensin dönüştürücü enzimi inhibe ederek ve vazodilatör etki göstererek kan basıncı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (137). Bu nedenle hipertansiyon hastaları tansiyonlarını dengelemek amacıyla bu tür non-farmakolojik yöntemleri tüketme eğiliminde olabilirler.

Limonun hipertansif bireylerde kan basıncını düşürücü etkilerinin araştırıldığı çalışmalarda, Reshef ve arkadaşları (138) limon ve vitamin C preparatlarının hafif hipertansiyonu olan hastalarda etkili olabileceğini belirtirken, Sarı ve arkadaşları (139,140) hipertansif hastalar tarafından limon kullanımının sık olduğunu ancak kan basıncını düşürücü etkisine ait kanıt olmadığını saptamıştır. Limonun hipertansiyon hastalarına doğrudan zarar vermeyeceği, fakat özellikle ilaç tedavisinin önüne geçerek aksamasına yol açarsa hastaların zarar görebileceği belirtilmektedir (139,140).

Hipertansiyonun tipik tedavisi farmakolojik tedavi ve yaşam tarzı değişikliği ile olmaktadır. Son zamanlarda hipertansiyon prevalansındaki artışla birlikte, hastaların TAT'a karşı olan ilgisi de artış göstermiştir (10,16). Bu çalışmada TAT yöntemlerini kullandığını belirten hastaların %43'ünün haftada iki kez bu yöntemlere başvurdukları bulundu (Tablo 8). Hipertansiyon hastalarında bitkisel ürünlerin kullanımının incelendiği çalışmalarda Biçen ve

arkadaşları (16) hastaların %34'ünün, Bahar ve arkadaşları (17) ise hastaların %48,9'unun kan basıncının yükseldiği durumlarda bu yöntemlere başvurduklarını bulmuştu. Bu durum hastaların gerekmedikçe TAT kullanmadıkları, kan basıncının yükseldiği durumlarda, semptomları hafifletmek amacıyla tercih ettikleri şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmada TAT kullandığını belirten hastaların, TAT'ın ilaçlardan daha etkili olduğunu düşündükleri (%27,3), yan etkilerinin ilaçlardan daha az olduğunu düşündükleri (%20) ve arkadaş önerisi (%16,4) nedeniyle TAT kullandıkları belirlendi (Tablo 8). Yapılan çalışmalarda da hastaların TAT kullanım nedenlerinin bu çalışmanın bulguları ile benzerlik gösterdiği bulunmuştur. Lee ve ark. (141) tarafından yapılan çalışmada hastaların, ilaçların güvenilir olmadığı, kan basıncını düşürmede bitkisel ürünlerin daha güvenilir ve etkin olduğu ve yan etkilerinin daha az olduğu düşüncesi ile TAT kullandıkları bulunmuştur. Ali Shtayeh ve ark. (120) tarafından yapılan çalışmada, hastaların TAT'ın ilaçların yan etkilerini azalttığına inanmaları, hastalığın ilerlemesini yavaşlattığını ve semptomları hafiflettiğini düşünmeleri nedeni ile TAT kullandıkları bulunmuştu. Efe ve arkadaşlarının (7) çalışmasında hastaların %28,4'ünün kan basıncını kontrol altına almak için, %16,9'unun ise ilaçların işe yaramadığı ve tıbbi tedaviye yardımcı olacağını düşündüğü için TAT kullandıkları belirlenmişti. Hastaların TAT kullanım nedenlerinin incelendiği farklı hasta grupları ile yapılan çalışmalarda Erdoğan ve arkadaşlarının (142) çalışmasında kalp hastalarının %47'sinin, Bilgiç ve Ak (143)'ün çalışmasında ise akne vulgarisli hastaların %53,3 'ünün yararlı olduğunu düşündükleri için TAT kullandıkları bulunmuştu. Tan ve arkadaşları (108) hastaların medikal tedaviden memnun kalmadıkları için, Güngörmüş ve Kıyak (144) ise başkaları tarafından tavsiye edildiği için TAT kullandıklarını bulmuştu.

Çalışmada aktif olarak TAT kullandığını belirten hastaların yarısından çoğunun (%63) kullandıkları yöntemleri hekim/sağlık çalışanları ile paylaşmadığı, paylaşmama nedenlerinin ise gerek duymama (%47,1), kızacaklarını düşünme (%39,4) ve kontrolleri sırasında aklına gelmeme (%13,5) olduğu belirlendi (Tablo 8). Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da benzer bulgulara ulaşılmıştı. Güven ve ark (9)'nın çalışmasında da hastaların çoğunluğunun (%72,1) kullandıkları TAT yöntemini hekim ile paylaşmadıkları, %41'inin paylaşmama nedeni olarak gerek duymama olduğu bulunmuştu. Lee ve arkadaşlarının (141) yaptığı çalışmada hastaların TAT kullanımını ile ilgili olarak hekimlerini bilgilendirmedikleri ve bilgilendirmeme nedeni olarak da hekimlerin kendilerini yargılayacağını düşünmeleri olduğu belirlenmişti. Koç ve Sağlam (135) da TAT kullandığını belirten hastaların %92,7'sinin kullandıkları bitkisel ürünleri sağlık ekibi ile paylaşmadıklarını bulmuştu. Nijerya'da yapılan

bir çalışmada hastaların %71,1'inin kullandıkları bitkisel yöntemler hakkında hekimlerine bilgi vermedikleri (145), Hindistan'da yapılan bir çalışmada ise TAT kullanan hastaların yalnızca %5,4'ünün hekimlerini bu konuda bilgilendirdikleri bulunmuştu (146). Günümüzde TAT yöntemlerinin kullanım sıklığı artmakla birlikte, hastaların kullandıkları yöntemler hakkında sağlık profesyonellerini bilgilendirmediği görülmektedir. Hipertansiyonu olan hastaların çoğunun ek kronik hastalıkları da bulunmakta ve bu nedenle birçok farmakolojik tedavi almaktadırlar. Kullanılan TAT yöntemleri hastalık tablosunu ağırlaştırarak çeşitli yan etkilerin ve organ fonksiyon bozukluklarının görülmesine neden olabilir. Bu nedenle, hastaların kullandıkları TAT yöntemleri hakkında sağlık çalışanlarına bilgi vermemelerinin tedavi sürecini olumsuz olarak etkileyebileceği konusunda bilgilendirilmesi önemlidir.

HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARIN TATKTÖ VE ALT BOYUTLARINA AİT PUAN ORTALAMALARI

Tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 11, en yüksek puan ise 66'dır. Ölçekten alınan puanın düşük olması tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı olumlu tutumu ifade etmektedir. Bu çalışmada hastaların ölçekten aldıkları puan ortalaması $23,05 \pm 5,80$ olup, tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarının olumlu olduğu bulundu. Hastaların ölçeğin bütüncül sağlık alt boyutuna ait puan ortalamasının $7,36 \pm 1,6$ olduğu (min:5, maks:30) ve kendi bakımlarındaki bireysellik algılarının çok yüksek olduğu belirlendi. Tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutuna ait puan ortalamasının $15,69 \pm 5,52$ olduğu (min:6, maks:36) ve hastaların her iki alt boyuta yönelik olumlu tutumlara sahip oldukları bulundu (Tablo 9).

Öztürk ve arkadaşlarının (147) kanser hastalarının TAT kullanım durumu ve TAT'a ilişkin tutumlarını incelediği çalışmada TATKTÖ puan ortalaması $29,61 \pm 4,85$ (min:19, maks:45), bütüncül sağlık alt boyutuna ait puan ortalaması $8,48 \pm 2,52$ (min:19, maks:45) ve tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutuna ait puan ortalaması $20,83 \pm 4,69$ (min:19, maks:45) olup, TAT'a karşı tutumun olumlu olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda, Atik ve Erdoğan (148) sağlık yüksekokulu öğrencilerinin TATKTÖ puan ortalamasını $30,88 \pm 4,05$, Aktaş (149), hemşirelik öğrencilerinin TATKTÖ puan ortalamasını $31,38 \pm 4,40$, bütüncül sağlık alt boyutuna ait puan ortalamasını $8,54 \pm 3,06$, tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutuna ait puan ortalamasını $20,42 \pm 3,14$ olarak bulmuş, öğrencilerin TAT'a karşı tutumlarının pozitif ve orta düzeyde olduğunu belirtmiştir. Tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutum ölçeğini geliştiren Hyland ve arkadaşları (118) hastaların TATKTÖ puan

ortalamasını $31,11 \pm 7,31$, bütüncül sağlık alt boyutuna ait puan ortalamasını $12,39 \pm 3,08$ ve tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutuna ait puan ortalamasını $18,75 \pm 5,69$ olarak bulmuştu. McFadden ve arkadaşları (150) tarafından geleneksel tıbbın etkisi altında tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumu incelemek amacıyla yapılan çalışmada, TAT'a karşı olumlu tutum sergilendiği, geleneksel tıptaki memnuniyetsizlikle ilişkili olarak TAT kullanımının arttığı belirlenmişti.

Erci (119)'nin sağlıklı bireyler üzerinde yaptığı çalışmada TATKTÖ puan ortalaması $58,0 \pm 4,1$, bütüncül sağlık alt boyutuna ait puan ortalaması $27,3 \pm 2,0$, tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyutuna ait puan ortalaması $30,6 \pm 2,7$ olarak bulunmuştu. Sağlıklı bireylerin hasta bireylere göre TAT kullanımına karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu belirtilmişti.

HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARIN TANITICI VE HASTALIĞA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ TOPLAM VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI

Yapılan çalışmalar TAT kullanımı ile tanıtıcı özellikler arasında sıkı bir ilişki olduğunu göstermektedir (151,152,153). Bu çalışmada, 50 yaş ve altındaki hastaların ölçek toplam ve bütüncül sağlık alt boyutu puan ortalamalarının diğer yaş gruplarından yüksek olduğu bulundu (Tablo 10). Buna göre 51 yaş ve üstündeki hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarının daha olumlu ve bakımlarındaki bireysellik algılarının daha yüksek olduğu söylenebilir. Ayrıca yaş ile TATKTÖ arasında negatif yönde zayıf bir ilişki vardı (Tablo 11). Hastaların yaşları arttıkça ölçek toplam puanları düşmekte ve tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumları daha olumlu hale gelmektedir.

Erci (119)'nin çalışmasında bütüncül sağlık alt boyutu ile yaş arasında negatif korelasyon olduğu bulunmuştu. Güven ve arkadaşlarının (9) HT'li bireylerde TAT kullanma durumunun araştırıldığı çalışmada, yaş arttıkça TAT kullanım durumunun arttığı, İpek ve arkadaşlarının (130) kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda bitkisel kökenli alternatif tedavilerin ve tamamlayıcı besin ürünlerinin tüketim prevalansının araştırıldığı çalışmada alternatif tedavi kullanıcılarının yaş ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştu. Demirbağ ve arkadaşlarının (154) sağlık çalışanları ile yaptığı bir çalışmada yaş arttıkça TAT'a karşı tutumların daha olumlu olduğu belirlenmişti. Ülkemizde kronik hastalıklara sahip yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada TAT kullanım sıklığının %86,5 olduğu belirlenmişti (155). Bu çalışmanın sonuçları, yapılan diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermekte olup yaş

arttikça artan kronik hastalıklara bağlı olarak, TAT kullanım sıklığıının arttığı ve TAT' a karşı tutumların daha olumlu olduğu söylenebilir.

Kötü ekonomik koşullar bireylerin sağlık ile ilgili beklentileri ve harcamaları üzerinde etkilidir. Çalışmada gelir durumu giderinden fazla olan hastaların ölçek toplam ve tamamlayıcı alternatif tıp alt boyutu puan ortalamalarının geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan hastaların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 10). Akyürek ve arkadaşları (156) ile Işıkhani ve arkadaşlarının (157) yaptığı çalışmalarda düşük ve orta düzeyde sosyoekonomik durumun TAT kullanımını önemli derecede etkilediği belirtilmiştir. Gelir düştükçe TAT'a karşı olumlu tutumların arttığı söylenebilir. Bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak, hipertansiyonu olan hastalar ile yapılan çalışmalarda Güven ve arkadaşları (9) ile Bahar ve arkadaşları (17) sosyo-ekonomik durum ile TAT'a karşı tutumlar arasında farklılık olmadığını bulmuştular. Krastins ve arkadaşlarının (117) düşük gelirli bir popülasyonda alternatif tedavi kullanımını inceledikleri çalışmada, her gelir grubundan TAT kullanıcısı olmakla beraber, gelir durumu düşük olanların gelir durumu yüksek olanlara göre TAT kullanımının daha az olduğu bulunmuştular. Wang ve arkadaşları (151) cerrahi işlem geçiren hastaların alternatif tedavilere yönelik tutumlarını incelediği çalışmada, gelir düzeyi yüksek olan hastaların TAT'a inanma durumlarının daha yüksek olduğunu bulmuştular.

Hastaların eğitim durumları ile ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, ilköğretim ve altı eğitim düzeyindeki hastaların tamamlayıcı alternatif tıp alt boyutuna ilişkin puan ortalamalarının lise ve üzeri eğitim düzeyindeki hastaların puan ortalamalarından düşük olduğu, bu hastaların TAT'a karşı tutumlarının daha olumlu olduğu belirlendi (Tablo 10). Benzer şekilde Akyürek ve arkadaşlarının (156) yaptığı çalışmada eğitimsiz veya eğitim düzeyi düşük olan hastaların TAT kullanımının belirgin olarak daha fazla olduğu bulunmuştular. İnanç ve arkadaşlarının (158) çalışmasında eğitim düzeyi ile TAT kullanımı arasında negatif korelasyon olduğu, eğitim düzeyi düştükçe TAT kullanımının arttığı bulunmuştular.

Bu çalışmadan farklı olarak Güngörmüş ve Kıyak (144) hastaların TAT'a ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirildiği çalışmada eğitim düzeyi yüksek olanların düşük olanlara göre daha olumlu tutuma sahip olduklarını belirlenmiştir.

HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARIN TAT KULLANIMI İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI İLE TATKTÖ VE ALT BOYUT PUAN ORTALAMALARI

Son yıllarda TAT yöntemlerinin kullanımı artış göstermesine rağmen, birçok sağlık uzmanı arasında yöntemlerin klinik etkinliği hakkında fayda/zarar ilişkisi tartışması devam etmektedir (159). TAT yöntemlerinin etkinliğinin kanıtlandığı çalışmaların yanı sıra bazı durumlarda etkili olmadığını, hatta bazı hastalıkların gelişmesinde risk faktörü teşkil ettiğini belirten çalışmalarda bulunmaktadır (80,160).

Hastaların TAT kullanımını hakkındaki görüş ve uygulamaları ile TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aktif olarak TAT yöntemlerini kullandığını belirten hastaların TATKTÖ toplam ve bütüncül sağlık alt boyutu puan ortalamalarının kullanmayan hastaların puan ortalamalarından düşük olduğu, dolayısı ile tamamlayıcı alternatif tıbbı karşı tutumlarının daha olumlu olduğu bulundu (Tablo 13). Benzer şekilde Öztürk ve arkadaşları (147) jinekolojik kanser hastaları ile yaptığı çalışmada aktif olarak TAT kullanan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıbbı karşı tutumlarının daha olumlu olduğunu bulmuştu.

Hastaların HT tedavisine ek olarak aktif şekilde kullandıkları TAT yöntemini hekim/sağlık çalışanları ile paylaşmama nedenleri ile TATKTÖ toplam puan ortalamaları ve tamamlayıcı alternatif tıp alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Çalışmada kullandığı TAT yöntemini gerek duymadığı için sağlık çalışanları ile paylaşmadığını belirten hastaların tamamlayıcı alternatif tıbbı karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları belirlendi. Bu durum hastaların TAT'ın faydalarına koşulsuz bir şekilde inandıklarını düşündürmektedir (Tablo 14).

Güven ve arkadaşları (9), Biçen ve arkadaşları (16), İnanç ve arkadaşları (158) tarafından yapılan çalışmalarda da hastaların çoğunun kullandığı TAT yöntemlerini hekimi ile paylaşmadıkları bulunmuştu. Birçok hasta TAT yöntemlerini eş, dost ve akrabanın tavsiyesi üzerine, sorgulamaksızın, bilimsel etkinliğini araştırmadan, bilinçsizce kullanmaktadır. Ayrıca sağlık uzmanları arasında TAT kullanımını hakkındaki tartışmalar devam etmekte, hastaların TAT kullanımını konusunda sorgulanmasında eksiklikler yaşanmaktadır. Yaklaşık her on kişiden biri gibi çok az sayıda hasta kullandıkları TAT yöntemleri ile ilgili olarak hekim ve hemşiresine danışmaktadır (105,159,161).

Hastaların TAT kullanma durumunu etkileyen en önemli faktörlerden biri, hastanın bütüncül bakımından sorumlu olan sağlık ekibi üyeleri ile hastanın arasında kurulan iletişim sorunudur. Yapılan çalışmalarda hastaların, tedavi ve bakımından sorumlu sağlık

uzmanlarının hastaların korku, endişe ve kaygılarını iyi anlayamaması, açıklık ve güven ortamının yetersizliği, empati eksikliği, etkisiz dinleme, yol gösterici müdahalelerde bulunmama gibi nedenlerden dolayı TAT kullanımına yöneldiği bildirilmektedir. Ayrıca hastaların bu durumu sağlık personelinin saklama yolunu tercih ettikleri, bildirdiklerinde olumsuz bir tepkiyle karşılaşacaklarına inandıkları belirtilmektedir (162,163).

Tovey ve arkadaşlarının (164) sağlık uzmanlarının TAT'a karşı yaklaşımlarının ve hastalar üzerindeki etkilerinin araştırıldığı çalışmada, bazılarının belirgin şekilde negatif tutum, bazılarının destekleyici ama yine de çelişik bir tutum, bazılarının ise faydacı, kabullenici olmak üzere üç farklı tutum sergiledikleri bulunmuştu. Sergilenen bu farklı tutumlar TAT kullanan hastaları olumsuz etkilemekte ve kullandıkları TAT yöntemlerini sağlık profesyonelleriyle paylaşmamaya itmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇLAR

Hipertansiyon tanısı konulan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedaviyi (TAT) kullanma durumları ile tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla 290 hasta ile gerçekleştirilen bu çalışmada;

- Hastaların yaş ortalamasının $61,52 \pm 11,19$ yıl olduğu %33,4'ünün 61-70 yaş grubunda olduğu belirlendi.
- Hastaların %63,1'inin kadın, %83,4'ünün evli olduğu belirlendi.
- Hastaların %74,8'inin eğitim durumunun ilköğretim ve altında olduğu ve %40,7'sinin çalışmadığı belirlendi.
- Hastaların %53,1'inin aylık gelirinin giderine eşit olduğu, %63,5'inin il merkezinde yaşadığı belirlendi.
- Hastaların %37,9'unun BKİ'ye göre fazla kilolu olduğu belirlendi.
- Hastaların %45,5'ine hipertansiyon tanısının 1-5 yıl önce konulduğu ve %47,9'unun HT'ye ek başka kronik hastalık/hastalıklarının olduğu bulundu.
- Hastaların %70'inin ailesinde HT tanısı alan başka bireyler olduğu belirlendi.
- Hastaların %80,3'ünün ilaçlarını düzenli kullandığı, %41'inin bazen ilaçlarını almayı unuttuğu ve %54,1'inin sağlık kontrollerini düzenli olarak yaptığı belirlendi.
- Hastaların %80'inin TAT yöntemlerinden haberdar olduğu, %59'unun bu yöntemleri çevrelerindeki sağlık personeli olmayan diğer bireylerden duyduğu belirlendi.

- Hastaların %64,8'inin TAT yöntemlerinin faydalı olduğuna inandığı ve %65,5'inin TAT kullanmayı denediği bulundu.
- Hastaların %56,9'unun HT tedavisine ek olarak TAT kullandığı, %24,5'inin TAT yöntemlerini haftada 2 defa kullandığı ve kullandıkları yöntemlerin bitkisel ürünler olduğu belirlendi.
- TAT kullandığını belirten hastaların %80,6'sının limon ve %41,2'sinin sarımsak kullandığı belirlendi.
- TAT kullanan hastaların %27,3'ünün kullandığı TAT yönteminin ilaçlardan daha etkili olduğunu düşündüğü, %20'sinin TAT'ın yan etkilerinin ilaçlardan daha az olduğunu düşündüğü bulundu.
- TAT kullanan hastaların %63'ünün kullandığı yöntemi hekim/sağlık çalışanları ile paylaşmadığı bulundu.
- Kullandığı TAT yöntemini hekim/sağlık çalışanları ile paylaşmayan hastaların %41,7'inin gerek duymadığı için %39,4'ünün hekim/sağlık çalışanının kendisine kızacağını düşündüğü için paylaşmadığı belirlendi.
- Hastaların TATKTÖ toplam ortalamasının $23,05 \pm 5,80$ olduğu, tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı olumlu tutuma sahip oldukları bulundu.
- Hastaların TATKTÖ'nün tamamlayıcı ve alternatif tıp alt boyut puan ortalamalarının $15,69 \pm 5,52$ olduğu ve tamamlayıcı alternatif tedavileri kullanımına ilişkin olumlu görüşlere sahip oldukları bulundu.
- Hastaların TATKTÖ'nün bütüncül sağlık alt boyutu puan ortalamasının $7,36 \pm 1,68$ olduğu ve hastaların kendi bakımlarındaki bireysellik algılarının çok yüksek olduğu belirlendi.
- Yaş arttıkça tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı olumlu tutumun arttığı belirlendi.
- İlköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olanların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları bulundu.
- Gelir düzeyi düştükçe tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı olumlu tutumun arttığı bulundu.
- Aktif olarak TAT kullanan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları bulundu.
- Kullandığı TAT yöntemini gerek duymadığı için hekim/sağlık çalışanları ile paylaşmayan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumlarının daha olumlu olduğu bulundu.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Hipertansiyon tanısı konulan hastalarda sağlık kontrolleri sırasında TAT kullanım durumlarını belirlemeye yönelik anamnez alınması,
- Yatan hastalarda, hemşire anamnez formlarına TAT kullanımını içeren soruların eklenmesi,
- Bilinçsiz şekilde kullanılan TAT yöntemlerinin kullanılan ilaçlarla etkileşime girerek istenmeyen ilaç etkileşimleri oluşturabileceği, yan etkileri arttırabileceği, hastalık tablosunu ağırlaştırarak organ fonksiyon bozukluklarına yol açabileceği konusunda sağlık çalışanları tarafından hastalara bilgilendirme yapılması,
- Sağlık personelinin bilgisi dışında kullanılan TAT yöntemlerinin yarardan çok zararı olabileceğinden dolayı bireylerin doğru bilgilere doğru kaynaktan ulaşması hedeflenerek hekim-hemşire ve hasta arasındaki iletişiminin arttırılması,
- Sağlık çalışanlarının hastaların kullandıkları TAT yöntemlerini hekim/sağlık çalışanları ile korkmadan paylaşabileceği, yargılayıcı olmayan iletişim ortamını sağlamaları,
- Hipertansiyon yaygın bir halk sağlığı sorunu olduğundan, özellikle düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip bölgelerde TAT kullanımına ilişkin sağlık eğitimlerinin planlanması,
- Sağlık alanında eğitim veren okullarda tamamlayıcı ve alternatif tedavilerinin kullanımı ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan hastalara yaklaşımı içeren eğitim konularının müfredata eklenmesi önerilebilir.

ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlanan bu araştırma, hipertansiyon tanısı konulan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumları ile tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapıldı.

Araştırma bir devlet hastanesinin kardiyoloji ve iç hastalıkları polikliniklerine başvuran hipertansiyon tanısı konulmuş olan 290 hasta ile yapıldı. Veriler “Hasta Bilgi Formu” ve “Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği” kullanılarak toplandı.

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması $61,25 \pm 11,19$ yıl, %63,1'i kadındı. Hastaların %45,5'ine hipertansiyon tanısı 1-5 yıl önce konulmuş olup, %47,9'unun ek kronik hastalıkları vardı.

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi ile ilgili olarak, hastaların %80'inin bu yöntemlerden haberdar olduğu, bunların %59'unun bu yöntemlerini çevrelerindeki sağlık personeli olmayan bireylerden duydukları, %64,8'inin bu yöntemlerin faydalı olduğuna inandığı, %56,9'unun hipertansiyon tedavisine ek olarak bu yöntemleri kullandığı belirlendi. Bu tedaviyi kullanan hastaların tamamının bitkisel yöntemleri tercih ettiği, en çok limon (%80,6) ve sarımsak (%41,2) kullandığı bulundu. Tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanan hastaların %63'ünün kullandığı yöntemi hekim/sağlık çalışanları ile paylaşmadığı belirlendi.

Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği puan ortalamasının $23,05 \pm 5,80$ olduğu belirlendi. Yaş arttıkça tamamlayıcı ve alternatif tedaviye karşı olumlu tutumların arttığı ($p=0,029$), ilköğretim ve altı eğitim düzeyindekilerin ($p=0,048$) ve aktif olarak bu tedavi yöntemini kullanan hastaların ($p=0,038$) tamamlayıcı ve alternatif tedaviye karşı daha olumlu tutuma sahip oldukları bulundu.

Kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri hastalarda istenmeyen etkilere neden olabileceğinden sağlık çalışanlarının hastaların bu tedaviyi kullanım durumlarını sorgulamaları ve bu konuda hasta eğitimlerine önem vermeleri önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, hasta, tamamlayıcı ve alternatif tedavi, tutum



**STATUS OF USAGE OF COMPLEMENTARY ALTERNATIVE
TREATMENT IN PATIENTS WITH HYPERTENSION AND THEIR
ATTITUDES TOWARDS COMPLEMENTARY ALTERNATIVE
TREATMENT**

SUMMARY

This descriptive and cross sectional study was conducted to determine the use of complementary and alternative medicine for those diagnosed with hypertension and their attitude concerning complementary and alternative medicine.

The study was carried out with 290 patients who are hypertensive and have resorted to a state hospitals' cardiology and internal diseases clinics. Data were collected with "Patient Information Form" and "Attitude Towards Complementary and Alternative Medicine Scale".

The mean age of the patients was 61.25 ± 11.19 years and 63.1% of the patients were women. 45.5% of them were diagnosed as hypertensive in last 1-5 years, 47.9% of them had other chronic diseases.

It was found that 80% of the patients were aware of complementary and alternative medicine, 59% of them heard it from people around them who did not have a medical license; 64.8% of them believed that complementary and alternative medicine methods were helpful; and 56.9% of them stated that they used these methods, in addition to hypertension treatment. All of the patients who used these methods stated that they preferred herbal methods; mostly lemon (80.6%) and garlic (41.2%). 63% of them who were using complementary and alternative medicine methods were not sharing the information with doctors or medical staff.

The patients' mean score on "Attitude Towards Complementary and Alternative Medicine Scale" was 23.05 ± 5.80 . The positive attitudes of the patients about complementary and alternative medicine tended to increase, as their age increased ($p=0.029$). The patients with primary or lower educational level ($p=0.048$) and the patients actively using these methods ($p=0.038$) had more positive attitudes towards these methods.

Since the complementary and alternative medicine methods can cause adverse effects, it is suggested that health care workers should ask about the use of these methods and give importance to patient education.

Key words: Hypertension, patient, complementary and alternative medicine, attitude



KAYNAKLAR

1. Arıcı M, Birdane A, Güler K, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Türk Kardiyol Dern Arş 2015;43:402–409.
2. NCD Risk Factor Collaboration. Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19,1 million participants. Lancet 2017;389:37–55.
3. Santulli G. Epidemiology of cardiovascular disease in the 21st century: updated numbers and updated facts. JCVd 2013;1:1–2.
4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal 2018; 39(33): 3021-3104.
5. Kılıçkap M, Barçın C, Göksülük H, et al. Data on prevalence of hypertension and blood pressure in Turkey: systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. Turk Kardiyol Dern Ars 2018;46:525-545.
6. Badır A. Hipertansiyon. Karadakovan A, Eti Aslan F (Editörler). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2010. s.609-12.
7. Efe D, Akça NK, Kiper S, Aydın G, Gümüş K. Hipertansiyonu olan bireylerin kan basıncını düşürmeye yönelik kullandıkları destekleyici yöntemler. Spatula DD 2012; 2(4):207-212.
8. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici U, Karatan O, Turgan C, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the patent study) in 2003. Journal of Hypertension 2005;23(10):1817-23.
9. Güven ŞD, Muz G, Ertürk NE ve ark. Hipertansiyonlu bireylerde tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumu. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(3):160-166.

10. Kes D, Gökdoğan F, Tuna D. Hipertansiyonu olan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı: literatür taraması. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2016;7(12):40-55.
11. Güleser GN, Göriş S. Türkiye’de hipertansiyonu olan bireylerin kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları: literatür taraması. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 2015;7(1):16-21.
12. Uğurluer G, Karahan A, Edirne T, Şahin HA. Ayaktan kemoterapi ünitesinde tedavi alan hastaların tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamalarına başvurma sıklığı ve nedenleri. *Van Tıp Dergisi* 2007;14(3): 68-73.
13. Gözüm S, Tezel A, Koc M. Complementary alternative treatments used by patients with cancer in eastern Turkey. *Cancer Nurs* 2003;26(3):230-236.
14. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;2:124-30.
15. Taşçı S. Kültürlerarası hemşirelik ve tamamlayıcı alternatif tedavi. *Türkiye Klinikleri Journal of Public Health Nursing-Special Topics* 2015;1(3):34-40.
16. Biçen C, Elver Ö, Erdem E ve ark. Hipertansiyon hastalarında bitkisel ürün kullanımı. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi* 2012;29(2):109-112.
17. Bahar Z, Kızılcı S, Beser A, Besen DB, Gördes N, Ersin F, Çapık C. Herbal therapies used by hypertensive patients in Turkey. *African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines* 2013;10(2):292-298.
18. Prased K, Sharma V, Lackore K, Jenkins S, Prasad A, Sood A. Use of complementary therapies in cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2013;111:339-345.
19. Yeh G, Roger D, Philips R. Use of complementary therapies in patients with cardiovascular disease. *Am J Cardiol* 2006;98:673-680.
20. Tachijan A, Maria V, Jahangir A. Use of herbal products and potential interaction in patients with cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology* 2010;55(6):516-525.
21. Eryılmaz U, Akgüllü Ç. Aile hekimliği uygulamasında hipertansiyon tanı süreci ve yönetim. *Turkish Family Physician* 1999;3(2):14-18.
22. Kolcu M, Ergün A. Yaşlılarda hipertansiyon. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2017;1(1):17-23.
23. Uyarel H. Güncel kılavuzlar ışığında hipertansiyon tanı ve tedavisi: tedavide yaşam tarzı değişiklikleri. *Hipertansiyon Haber Bülteni* 2014;1(1):6-7.
24. Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Arteriyel Hipertansiyon Birliği. 2013 ESH/ESC arteriyel hipertansiyon kılavuzu. *Türk Kardiyol Dern Arş.* 2014; Supply 4:1-72.
25. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Himmelfarb CD, Maclaughlin EJ. 2017 ACC/ AHA/ AAPA/ ABC/ ACPM/ AGS/ Apha/ ASH/ ASPC/ NMA/ PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation and management of

high blood pressure in adults: a report of the american college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines. Journal Of The American College Of Cardiology 2018;19-21.

26. Özpancar N. Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları. Turkish Journal Of Cardiovascular Nursing 2016;7(1):2-11.
27. Barçın C. İlaç tedavisi başlaması ve hedef değerler. Hipertansiyon Haber Bülteni 2014;1(1):8.
28. Onat A, Can G, Yüksel H, Ademoğlu E, Ünaltuna NE, Kaya A, Altay S. Toplumumuzda kan basıncı ve hipertansiyon. Onat A (Editör). TEKHARF 2017: Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük'te. İstanbul: Logos Yayıncılık; 2017. s.104-119.
29. Arıcı M, Turgan C, Altun B, Sinde S, Erbay B, Derici U, et al. Hypertension incidence in Turkey (Hint):a population-based study. Journal Of Hypertension 2010;28(2):240-244.
30. World Health Organization. A global brief on hypertension. World Health Day 2013. http://www.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf. Erişim tarihi: 07.05.2018.
31. World Health Organization. Q&As on hypertension. <http://www.who.int/features/qa/82/en/>. Erişim tarihi: 07.05.2018.
32. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri, 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27620>. Erişim tarihi: 10.05.2018.
33. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Türkiye sağlık araştırması, 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>. Erişim tarihi: 10.05.2018.
34. Wu MP, Wu SFV, Wang TC, Kao MJ, Yang WL. Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and high cholesterol. Nursing & Health Sciences 2012;14(2):173-181.
35. Akın S. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve bakım. Durna Z (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği'nde. İstanbul: Akademi Yayınevi; 2013. s.179-190.
36. Carretero O, Oparil S. Essential hypertension part I: definition and etiology. Circulation 2000;101:329-335
37. Zungur M, Yıldız A. Hipertansif hastaya yaklaşım. Sted 2004;13(8):297-303.
38. Öksüz E. Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. Sted 2004;13(3):99-104.
39. Sevinç S. Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. Ovayolu N, Ovayolu Ö (Editörler). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutları İle Kronik Hastalıklar'da. Adana: Nobel Tıp Kitapevleri; 2016. s.237-42.
40. Khatib B, Oussama M. Clinical guidelines for the management of hypertension. World Health Organization 2005. <http://www.emro.who.int/dsaf/dsa234.pdf>. Erişim tarihi: 02.06.2018.

41. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). Kan basıncının ölçümü ve klinik değerlendirme, 2017.https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_3575c.htm?wbnum=1105. Erişim tarihi: 10.06.2018.
42. Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). Hipertansiyonda korunma ve tedavi,2017 https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_18029.htm?wbnum=1106. Erişim tarihi: 10.06.2018.
43. Balal M, Çaylı M, Sağlıker Y, Paydaş S, Sertdemir Y, Şan M. Beyaz gömlek hipertansiyonu ve artmış kardiyovasküler risk. Nefroloji Dergisi 2004;13(3):152-158.
44. Kalyon S, Uzun H, Helvacı A, Yenice N. Hipertansiyonun hiperürisemi ile ilişkisi. Okmeydanı Tıp Dergisi 2011;27(3):138-143.
45. Kozan Ö, Tengiz İ, Zoghi M. Temel Kardiyoloji El Kitabı. Kozan Ö (Edt.). İstanbul: Güneş Tıp Kitapevi; 2013.
46. Aydın Z, Öztürk S. Hipertansiyon tedavisinde güncel yaklaşımlar.2014:251-255.
47. Kara B, Uzun Ş, Yokuşoğlu M, Uzun M. Hipertansiyon hastalarında ilaç bilgisinin kan basıncını düşürmek için uygulanan yöntemlere etkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009;8(3):231-238.
48. Turan N, Öztürk A, Kaya N. Hemşirelikte yeni bir sorumluluk alanı: tamamlayıcı terapi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;3(1):93-8.
49. Chiong JR. Controlling hypertension from a public health perspective. International Journal Of Cardiology 2008;127(2):151-156.
50. Erdoğan D. Antihipertansif ilaç seçimi. Hipertansiyon Haber Bülteni 2014; 1(1):12-13.
51. Ertaş FS. Antihipertansif kombinasyon tedavisi. Hipertansiyon Haber Bülteni 2014; 1(1):14-15.
52. Aksakal E. Özel hasta gruplarında hipertansif yaklaşım. Hipertansiyon Haber Bülteni 2014;1(1):16-19.
53. Cappuccio FP, Gomez GB. Yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaçsız tedavi. Kozan Ö (Editör). Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama'da. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık ;2009. s: 383-403.
54. Fuster V, Alexander W, O'Rourke R. Hipertansiyon: Epidemiyoloji, patofizyoloji, tanı ve tedavi. Esen A (Edt). Ankara: AND Danışmanlık Eğitim, Yayıncılık ve Organizasyon Ltd. Şti.;2002. s.1553-1604.
55. Irmak Z, Düzöz GT, Bozyer İ. Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007:39-47.
56. Gutierrez-Fisac JL, Lopez E, Banegas JR, Graciani A, Rodriguez-Artalejo F. Prevalence of overweight and obesity in elderly people in Spain. Obesity Research 2004;12(4):710-715.

57. Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary approaches to prevent and treat hypertension. A scientific statement from the Heart Association, Hypertension 2006;296-308.
58. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). U.S. Department Of Health And Human Service 2004;14-104.
59. Neter JE, Stam BE, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. Hypertension 2003;42: 878–884.
60. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Saltürk Çalışması. Türk toplumunda tuz tüketimi ve kan basıncı çalışması, 2008.
61. Amine EK, Baba NH, Belhadj M, Deurenberg-Yap M, Djazayeri A, Forrestre T, et al. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organization technical report series 2003;916.
62. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray G. A, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet. New England Journal Of Medicine 2001;344(1):3-10.
63. Onat A, Hergenç G, Küçükduymaz Z, Uğur M, Kaya Z, Can G, Yüksel H. Moderate and heavy alcohol consumption among turks: long-term impact on mortality and cardiometabolic risk. Turk Kardiyol Dern Ars 2009;37(2), 83-90.
64. Aygen B. Effects of Alcohol Consumption on Hypertension. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2015;22(2).
65. Briasoulis A, Agarwal V, Messerli FH. Alcohol consumption and the risk of hypertension in men and women: a systematic review and meta-analysis. The Journal Of Clinical Hypertension 2012;14(11):792-798.
66. Kaya A, Gedik VT, Bayram F, Bahçeci M, Sabuncu T, Tuzcu A, ve ark. Hipertansiyon, obezite ve lipid metabolizması hekim için tanı ve tedavi rehberi. Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği 2009;9-49.
67. Faydaoğlu E, Sürücüoğlu MS. Geçmişten günümüze tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanılması ve ekonomik önemi. Kastamonu: Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi 2011;11(1):52-67.
68. National Center for Complementary and Integrative Health (NCCAM). Complementary, Alternative or Integrative Health: What's In a Name?, 2011. <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>. Erişim tarihi: 15.06.2018.
69. Özcebe H, Sevensan F. Çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi konu alan araştırmaların değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009;52,283-194.

70. Sancaklı Ö, Tuncel T, Özdoğru E. Allerjik rinitli çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımının araştırılması. *Asthma Allergy Immunology/Astim Allerji Immunoloji* 2018; 16(1).
71. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği (2014, 27 Ekim). Resmi Gazete (Sayı:29158) Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141027.pdf>. Erişim tarihi: 17.06.2018.
72. Somer P, Vatanoğlu-Lutz EE. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliği'nin hukuki ve etik açıdan değerlendirilmesi. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi* 2017;22(1),58-65.
73. Karahancı ON, Öztoprak ÜY, Ersoy M, Zeybek Ünsal Ç, Hayırlıdağ M, Örnek Büken N. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları yönetmeliği ile yönetmelik taslağının karşılaştırılması. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 2015;2(2):117-126.
74. Muslu GK, Öztürk C. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve çocuklarda kullanımı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008;51(1):62-7.
75. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review. World Health Organization. 2001.s.15-193.
76. Özçelik H, Fadiloğlu Ç. Kanser hastalarının tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım nedenleri. *Türk Onkoloji Dergisi* 2009;24(1):48-52.
77. Can G. Tamamlayıcı ve alternatif tıp yaklaşımlarına genel bakış. *Sağlıkla Hemşirelik Dergisi* 2013;1:49-51.
78. Kavaklı A. Akupunktur. *Fırat Tıp Dergisi* 2010;15(1):1-4.
79. Can G, Erol O, Aydiner A, Topuz E. Quality of life and complementary and alternative medicine use among cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing* 2009;13(4):287-294.
80. Deng GE, Frenkel M, Cohen L, Cassileth BR, Abrams DI, Capodice JL, Labriola D. Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: complementary therapies and botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology* 2009;7(3).
81. Durmaz B. Osteoartritte tamamlayıcı tıp yaklaşımlarının yeri. *Türk Geriatri Dergisi. Özel Sayı* 2011;4:83-88.
82. Adibelli Z, Dilek M, Akpolat T. Lemon juice as an alternative therapy in hypertension in Turkey. *International journal of cardiology* 2009;135(2):58-59.
83. Toprak D, Demir S. Treatment choices of hypertensive patients in Turkey. *Behavioral Medicine* 2007;33(1):5-10.
84. Türk N, Süner A. Hipertansif olgularda non-farmakolojik yöntem ve antihipertansif ilaç kullanımının analizi, *Göztepe Tıp Dergisi* 2008;23(4):133-142.
85. Gülgün D, Pınar C, Kaya H. Akciğer Kanseri Hastalarında Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavi Kullanımı Ve Yaşam Kalitesi Üstüne Etkileri (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fakültesi; 2014.

86. Argüder E, Bavbek S, Şen E, Köse K, Keskin Ö, Saryal S, Misirligi İZ. Is there any difference in the use of complementary and alternative therapies in patients asthma and COPD? A cross-sectional survey. *Journal of Asthma* 2009;46(3): 252-258.
87. Ceylan S, Azal Ö, Taşlipinar A, Türker T, Açıkel CH, Gulec M. Complementary and alternative medicine use among Turkish diabetes patients. *Complementary Therapies in Medicine* 2009;17(2):78-83.
88. Gönül M, Gül Ü, Çakmak SK, Kılıç S. Unconventional medicine in dermatology outpatients in Turkey. *International journal of dermatology* 2009;48(6):639-644.
89. Akyuz A, Dede M, Cetinturk A, Yavan T, Yenen MC, Sarici SU, Dilek S. Self-application of complementary and alternative medicine by patients with gynecologic cancer. *Gynecologic and obstetric investigation* 2007;64(2):75-81.
90. Risberg T, Lund E, Wist E. Use of non-proven therapies: differences in attitudes between Norwegian patients with non-malignant disease and patients suffering from cancer. *Acta Oncologica* 1995;34(7),893-898.
91. Yılmaz MB, Yontar OC, Turgut OO, Yılmaz A, Yalta K, Gul M, Tandogan I. Herbals in cardiovascular practice: are physicians neglecting anything?. *International journal of cardiology* 2007;122(1),48-51.
92. Ünsal A, Gözümlü S. Use of complementary and alternative medicine by patients with arthritis. *Journal of clinical nursing* 2010;19(7-8):1129-1138.
93. Dokken D, Sydnor-Greenberg N. Exploring complementary and alternative medicine in pediatrics: parents and professionals working together for new understanding. *Pediatr Nurs.* 2000;26(4):383-90.
94. Can G. Kronik hastalıklar ve bakım. Durna Z (Editör). 1. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi, Ankara.2012:539-543.
95. Barnes PM, Bloom B. Complementary and alternative medicine use among adults and children: united states, 2007. *Natl Health Stat Report* 2008;(12):1-23.
96. Birdee GS, Philips RS, Davis RB, Gardiner P. Factors associated with pediatric use of complementary and alternative medicine. *Pediatrics* 2010;125(2):249-256.
97. Loman DG. The Use of Complementary and alternative health care practices among children. *J Pediatr Health Care* 2003;17(2):58-63.
98. Fabricant DS, Farnsworth NR. The value of plants used in traditional medicine for drug discovery. *Environ Health Perspect* 2001;109(1):69-75.
99. Molassiotis A, Ortega PF, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *AnnOncol.* 2005;16(4):655-63.
100. Adams M, Jewell AP. The use of complementary and alternative medicine by cancer patients. *Int Semin Surg Oncol.* 2007;4:10.
101. Çetin O. Eskişehir'de tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı. *Sosyoekonomi* 2007;6(6).

102. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007;6(2):112-22.
103. Tortumluoğlu G, Pasinlioğlu T. Klimakterik yakınması olan kadınların alternatif tedavi yöntemlerini uygulama durumları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003;6(3):64-76.
104. Güleç H, Yavuz A, Topbaş M, Ak İ, Kaygusuz E. Psikiyatri hastalarında tıp dışı çare arama davranışı: Türkiye’de ve Almanya’da yaşayan Türkler arasında karşılaştırmalı bir ön çalışma. Klinik Psikiyatri 2006;9:36-44.
105. Ediger D, Burgazoğlu BÖ, Ege E. Astım ve rinit hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. Astım Allerji İmmünoloji 2008;6(2):61-5.
106. Durusoy Ç, Güleç AT, Durukan E, Bakar C. Dermatoloji polikliniğine başvuran akne vulgaris ve melasma hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanımı: anket çalışması. Turk Journal Dermatolgy 2010;4:14-7.
107. Kav S, Hanoğlu Z, Algier, L. Türkiyede kanserli hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemlerinin kullanımı: literatür taraması. International Journal of Hematology & Oncology/UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi 2008;18(1).
108. Tan M, Uzun Ö, Akçay F. Trends in complementary and alternative medicine in Eastern Turkey. Journal of Alternative & Complementary Medicine 2004;10(5),861-865.
109. Akpınar RB, Tezel A. Kan basıncını düşürmek için kullanılan doğal yöntemler. Journal Of Anatolia Nursing And Health Sciences 2003;6(2).
110. Aslan R. Hekimlikte alternatif ve tamamlayıcı tıbbi yaklaşımlar. Kocatepe Veteriner Dergisi 2016;9(4),363-371.
111. Keskin G, Kıvanç MM. Hemşirelikte yasal sorumluluklar. Aştı TA, Karadağ A (Editörler). Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı’nda. İstanbul: Akademi Yayıncılık; 2012. s.124-34.
112. Akıncı AÇ, Kaykunoğlu M, Kandemir N. Hipertansif hastaların kullandıkları tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ve ilişkili faktörler. Hemşirelik Forumu Dergisi 2011;3(2):1-10.
113. Arslan M, Özdemir L. Kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın yönetiminde kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. Turkish Journal Of Oncology/Türk Onkoloji Dergisi 2015;30(1).
114. Hall H, Leach M, Brosnan C, Collins M. Nurses’ attitudes towards complementary therapies: A systematic review and meta-synthesis. International journal of nursing studies 2017;69:47-56.
115. Sirois, F. M. Provider-based complementary and alternative medicine use among three chronic illness groups: associations with psychosocial factors and concurrent use of conventional health-care services. Complementary Therapies In Medicine 2008;16(2),73-80.
116. Çevik K. Hemşirelikte tamamlayıcı ve alternatif tedavi: refleksoloji. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2013;29(2):71-82.

117. Krastins M, Ristinen E, Cimino JA, Mamtani R. Use of alternative therapies by a low income population. *Acupuncture and Electro-therapeutics Research* 1998;23(2):135-142.
118. Hyland ME, Lewith GT, Westoby C. Developing a measure of attitudes: the holistic complementary and alternative medicine questionnaire. *Complementary therapies in medicine* 2003;11(1):33-38.
119. Erci B. Attitudes towards holistic complementary and alternative medicine: a sample of healthy people in Turkey. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(4):761-768.
120. Ali-Shtayeh MS, Jamous RM, Salameh NM. Complementary and alternative medicine (CAM) use among hypertensive patients in Palestine. *Complementary therapies in clinical practice* 2013;19(4):256-263.
121. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009;8(2):167-172.
122. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan ME. Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi kontrol durumları ve davranışsal faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2014;59(04):144-150.
123. Campbell RCN, et al. High blood pressure: why prevention and control are urgent and important—a 2014 fact sheet from the world hypertension league and the international society of hypertension. *The Journal Of Clinical Hypertension* 2014;16(8):551-553.
124. Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Hill MN. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. *Journal of general internal medicine* 2005;20(3):219-225.
125. Ernst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bulletin of the world health organization* 2000;78(2):258-266.
126. Chen YF, Chang JS. Complementary and alternative medicine use among patients attending a hospital dermatology clinic in Taiwan. *International Journal Of Dermatology* 2003;42(8):616-621.
127. Nottingham EN. Complementary and alternative medicine: nurse practitioner education and practice. *Holistic Nursing Practice* 2006;20(5):242-246.
128. Dedeoğlu B. Kanserli Hastaların Tamamlayıcı Ve Alternatif Tedavileri Kullanım Durumları Ve Etkileyen Faktörler (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.
129. Akçay F, Aktürk Z. Gastrointestinal sistem hastalıklarında tamamlayıcı ve alternatif tedaviler. *Türkiye Klinikleri Journal Of Family Medicine Special Topics* 2010;1(3):68-75.
130. İpek E, Güray Y, Demirkan B, Güray Ü, Kafes H, Başyigit F. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalarda bitkisel kökenli alternatif tedavilerin ve tamamlayıcı besin ürünlerinin tüketim prevalansı. *Türk Kardiyol Dern Arş* 2013;41(3):218-224.

131. Karacan Y, Akkuş Y, Akdemir N, Göker H, Aksu S, Sucak GA, et al. Kök hücre nakli hastalarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;38(1):1-6.
132. WHO Traditional Medicine Report (12 December 2002). http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/eeb1119.pdf. Erişim tarihi:20.06.2018.
133. Amira OC, Okubadejo NU. Frequency of complementary and alternative medicine utilization in hypertensive patients attending an urban tertiary care centre in Nigeria. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2007;7(1):30.
134. Osamor PE, Owumi BE. Complementary and alternative medicine in the management of hypertension in an urban Nigerian community. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2010;10(1):36.
135. Koç Z, Sağlam Z. Yaşlı hipertansif hastaların bitkisel ürün kullanım durumlarının belirlenmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2012;15:89.
136. Rohner A, Ried K, Sobenin IA, Bucher HC, Nordmann AJ. A systematic review and metaanalysis on the effects of garlic preparations on blood pressure in individuals with hypertension. *American journal of hypertension* 2014;28(3):414-423.
137. Shouk R, Abdou A, Shetty K, Sarkar D, Eid AH. Mechanisms underlying the antihypertensive effects of garlic bioactives. *Nutrition Research* 2014;34(2):106-115.
138. Reshef N, Hayari Y, Goren C, Boaz M, Madar Z, Knobler H. Antihypertensive effect of sweetie fruit in patients with stage I hypertension. *American journal of hypertension* 2005;18(10),1360-1363.
139. Sarı A, Selim N, Dilek M, Aydoğdu T, Adıbelli Z, Büyükkaya P, Akpolat T. Effect of lemon juice on blood pressure. *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2012;29(1).
140. Sarı A. Hipertansif Hastalarda Limon Kullanımının Kan Basıncı Üzerine Akut Ve Kronik Etkilerinin Araştırılması (tez). Samsun: On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2009.
141. Lee K, Mokhtar HH, Krauss SE, Ong BK. Hypertensive patients preferences for complementary and alternative medicine and the influence of these preferences on the adherence to prescribed medication. *Complementary therapies in clinical practice* 2014;20(2),99-105.
142. Erdoğan Z, Oğuz S, Erol E. Kalp hastalarının tamamlayıcı tedavileri kullanma durumu. *Spatula DD* 2012;2:135-139.
143. Bilgiç Ö, Ak M. Akne Vulgaris'li hastalarda tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2011;18(2).
144. Güngörmüş Z, Kıyak E. Ağrı yaşayan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Ağrı* 2012;24(3):123-129.
145. Olisa NS, Oyelola FT. Evaluation of use of herbal medicines among ambulatory hypertensive patients attending a secondary health care facility in Nigeria. *International Journal Of Pharmacy Practice* 2009;17(2),101-105.

146. Shafiq N, Gupta M, Kumari S, Pandhi P. Prevalence and pattern of use of complementary and alternative medicine (CAM) in hypertensive patients of a tertiary care center in India. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics* 2003;41(7):294-298.
147. Öztürk R, Şatır DG, Sevil Ü. Jinekolojik kanserli hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanım durumları ve tutumlarının incelenmesi. *Gaziantep Medical Journal* 2016;22(3):141-147.
148. Atik D, Erdoğan Z. Levels of attitude and use of complementary and alternative medicine methods against protection from cancer of the students in the school of health. *Spatula DD* 2014;4(3):131-137.
149. Aktaş, B. Hemşirelik öğrencilerinin bütüncül tamamlayıcı ve alternatif tıba karşı tutumları. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi* 2017;3(2):55-59.
150. McFadden KL, Hernandez TD, Ito TA. Attitudes toward complementary and alternative medicine influence its use. *Explore: The Journal of Science and Healing* 2010;6(6):380-388.
151. Wang SM, Peloquin C, Kain ZN. Attitudes of patients undergoing surgery toward alternative medical treatment. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine* 2002;8(3):351-356.
152. Liu EH, Turner LM, Lin SX, Klaus L, Choi LY, Whitworth J, et al. Use of alternative medicine by patients undergoing cardiac surgery. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 2000;120(2):335-341.
153. Giordano J, Boatwright D, Stapleton S, Huff L. Blending the boundaries: steps toward an integration of complementary and alternative medicine into mainstream practice. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine* 2002;8(6):897-906.
154. Demirbağ BC, Kürtüncü M, Erkaya R. Attitudes towards the holistic complementary and alternative medicine: midwives working in the family health care in Turkey. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences* 2015;3(1D):261-266.
155. Koç Z, Avcı IA, Sağlam Z. The use of complementary and alternative medicine by older patients that have chronic diseases. *HealthMED* 2012;6(2):413-422.
156. Akyürek S, Önal C, Kurtman C. Akciğer kanserli hastalarda alternatif tedavi kullanımı. *The Turkish Journal of Hematology and Oncology* 2005;15(2):73-77.
157. Isikhan V, Komurcu S, Ozet A, Arpacı F, Ozturk B, Balbay O, Guner P. The status of alternative treatment in cancer patients in Turkey. *Cancer Nursing* 2005;28(5):355-362.
158. İnanç N, Şahin H, Çiçek B, Taşcı S. Use of herbs or vitamin/mineral supplements by patients with cancer in Kayseri, Turkey. *Cancer Nursing* 2006;29(1):17-20.
159. Frass M, Strassl RP, Friehs H, Müllner M, Kundi M, Kaye AD. Use and acceptance of complementary and alternative medicine among the general population and medical personnel: a systematic review. *The Ochsner Journal* 2012;12(1):45-56.
160. Offit PA. Studying Complementary and Alternative Therapies. *JAMA* 2012;307(17):1803-1804.

161. Tas F, Üstüner Z, Can G, Eralp Y, Camlica H, Başaran M, et al. The prevalence and determinants of the use of complementary and alternative medicine in adult Turkish cancer patients. *Acta Oncologica* 2005;44(2):161-167.
162. Tasaki K, Maskarinec G, Shumay DM, Tatsumura Y, Kakai H. Communication between physicians and cancer patients about complementary and alternative medicine: exploring patients' perspectives. *Psychooncology* 2002;11(3):212-20.
163. Gözüm S, Arikan D, Büyükavci M. Complementary and alternative medicine use in pediatric oncology patients in eastern Turkey. *Cancer Nurs* 2007;30(1):38-44.
164. Tovey P, Broom A. Oncologists and specialist cancer nurses approaches to complementary and alternative medicine and their impact on patient action. *Social Science & Medicine* 2007;64(12):2550-2564.



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği'ne göre hipertansiyon risk faktörleri	4
Tablo 2. ESC/ESH 2018 yeni kan basıncı sınıflama sistemi	6
Tablo 3. Amerikan Kalp Birliği'ne göre kan basıncının sınıflandırılması	6
Tablo 4. Yaşam tarzı değişiklikleri ve antihipertansif ilaç tedavisine başlama kriterleri	9
Tablo 5. Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testi sonuçları	25
Tablo 6. Hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	26
Tablo 7. Hastaların hastalıklarına ilişkin özelliklerinin dağılımı	27
Tablo 8. Hastaların TAT hakkındaki görüş ve uygulamalarının dağılımı	28-29
Tablo 9. Hastaların TATKTÖ ve alt boyutlarına ait puan ortalamalar	30
Tablo 10. Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	32-33
Tablo 11. Hastaların yaşları ile TATKTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki	33
Tablo 12. Hastaların hastalığa ilişkin özelliklerine göre TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	34-35
Tablo 13. Hastaların TAT kullanımını hakkındaki görüş ve uygulamalarına göre TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	36-37
Tablo 14. TAT kullanan hastaların bazı değişkenlere göre TATKTÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması	37

ÖZGEÇMİŞ

Hilal GÖKÇE, 1993 yılında Bursa Yıldırım'da doğmuştur. İlk, orta ve lise öğrenimini Bursa'da tamamlamıştır. 2015 yılında Trakya Üniversitesi'nden mezun olmuştur.

2015 yılında Edirne Sultan I. Murat Devlet Hastanesi'ne atanmıştır ve halen bu görevini sürdürmektedir.

EKLER

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Ek 2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (TATKTÖ)

Ek 3. Etik Kurul İzni

Ek 4. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel
Sekreterliği Kurum İzni

Ek 5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği Kullanım İzni

Ek 1. Hasta Bilgi Formu

Hipertansiyon Hastaların Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanma Durumları ve Tamamlayıcı Alternatif Tedaviye İlişkin Tutumları

Sayın katılımcı,

Bu tez çalışması hipertansiyonu olan bireylerin tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanma durumları ve tamamlayıcı ve alternatif tedaviye ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır. Bilimsel amaçla yapılan bu çalışmada katılımınız gönüllülük esasına dayalı olup, kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Çalışma size herhangi bir mali yük getirmemektedir. Doğru ve samimi yanıtlarınız doğrultusunda araştırmamız geçerli ve güvenilir olacaktır. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Dr. Öğr. Üyesi Eylem PASLI GÜRDOĞAN

Hilal GÖKÇE (Yüksek Lisans Öğrencisi)

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

1. Yaş:
2. Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek
3. Boyunuz:
4. Kilonuz:
5. Medeni haliniz: a) Evli b) Bekar
6. Eğitim durumunuz: a) İlköğretim ve altı b) Lise ve üzeri
7. Çalışma durumu: a) Çalışıyor b) Çalışmıyor c) Emekli
8. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?
a) Gelirim ve giderime eşit b) Gelirim giderimden az b) Gelirim giderimden fazla
9. Yaşadığınız yer: a) Köy b) İlçe c) İl
10. Hipertansiyon tanısı ne zaman konuldu?
11. Hastalığınıza eşlik eden başka kronik bir rahatsızlığınız var mı? a) Var b) Yok
12. Ailenizde hipertansiyon tanısı alan başka birey var mı? a) Var b) Yok
13. Tansiyon tedaviniz için kaç tane ilaç kullanıyorsunuz?.....
14. İlaçlarınızı düzenli kullanıyor musunuz? a)Evet b)Hayır
15. İlacınızı / ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz oluyor mu? a)Evet b)Hayır
16. Hastalığınızla ilgili olarak sağlık kontrollerinizi yaptırır mısınız?
a)Düzenli b)Düzensiz
17. Hipertansiyon tedavisinde ilaç dışı alternatif yöntemler kullanıldığını duydunuz mu?
a)Evet b)Hayır
18. Cevabınız Evet ise nereden duydunuz?
a) Medya/internet b) Çevredeki bireyler c) Sağlık personeli d) Diğer
19. Hipertansiyon tedavisinde ilaç dışı alternatif yöntemlerin tansiyonu düzenlemede etkili olacağına inanıyor musunuz? a)Evet b)Hayır c)Fikrim yok
20. Bugüne kadar Hipertansiyon tedaviniz için ilaçlarınız dışında alternatif bir yöntem denediniz mi? a)Evet b) Hayır
21. Şu anda Hipertansiyon tedaviniz için ilaçlarınız dışında alternatif bir yöntem kullanıyor musunuz? a)Evet b)Hayır

22.Cevabınız Evet ise ne kullanıyorsunuz?.....

23.Cevabınız Evet ise kullandığınız yöntemi ne kadar sıklıkla kullanıyorsunuz?.....

24.Alternatif tedavi kullanma nedeniniz;.....

25.Kullandığınız alternatif yöntemi hekim/sağlık çalışanları ile paylaştınız mı?

a)Evet b)Hayır

26.Eğer hekim/sağlık çalışanları ile paylaşmadı iseniz nedeni nedir?

a) Aklıma gelmedi b) Kızacağıma düşündüm c) Gerek duymadım d) Diğer



Ek 2. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği (TATKTÖ)

TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TIBBA KARŞI TUTUM ÖLÇEĞİ

Tamamlayıcı ve alternatif tedavi, bireylerin sağlığını tekrar kazanmasında modern tıbbın paralelinde uygulanan ilaç dışı diğer yöntemleri kapsamaktadır. Aşağıda tamamlayıcı tıp ile ilgili bazı ifadeler verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi okuyarak katılma derecenizi belirtiniz.

İfadeler	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Kısmen Katılıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
1. Pozitif düşünmek küçük hastalıkları yenmenize yardımcı olabilir.						
2. Tamamlayıcı tıp klasik doktorlarca kabul edilmeden önce daha bilimsel testlere tabi tutulmalı.						
3. İnsanlar stresli olduklarında vücutları hâlihazırda bununla yeteri kadar uğraştığı için kendi hayat tarzları ile ilgili diğer konulara daha fazla dikkat etmeleri önemli hale gelir (yani sağlıklı beslenme)						
4. Tamamlayıcı tıp insanların tam bir tedavi almasını önleyerek tehlikeli olabilir.						
5. Bir hastalığın bulguları depresyon nedeniyle daha da artabilir.						
6. Tamamlayıcı tıp yalnızca geleneksel tıp hiç bir çözüm sunamadığı zaman son çare olarak kullanılabilir.						
7. Eğer insanlar bir dizi stresli olay yaşarsa muhtemelen hasta olurlar.						
8. Doktora gitmeden önce tamamlayıcı tıp denemeye değer.						
9. Tamamlayıcı tıp yalnızca küçük rahatsızlıklarda kullanılmalı daha ciddi hastalıkların tedavisinde kullanılmamalı.						
10. Sağlıklı olmak için çalışma ve dinlenme arasında denge kurmak önemlidir.						
11. Tamamlayıcı tıp vücudun kendi savunmasını güçlendirerek kalıcı tedaviye yardım eder.						

Ek 3.Etik Kurul İzni

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2016/279				
	PROTOKOL ADI	Hipertansiyon Hastalarının Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanma Durumları ve Tamamlayıcı Alternatif Tedaviye İlişkin Tutumları				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Yrd. Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 20/12	Tarih:07.12.2016				
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Hilal GÖZÜPEK'in tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi						
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruşen KOSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji.	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. F. Neşrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Öğretim. Gör. Üzm. Dr. Oktaç KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Niyazi Çenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Yrd. Doç. Dr. Esin KARLIKAYA Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Avukat Baki KURNAZ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek 4. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kurum İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Edirne İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

EDİRNE İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - EDİRNE İLİ KİBİGİS İDARİ HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
27/01/2017 14:28 - 26559790 - 604.02 - E.971



00036162112

Sayı : 26559790/604.02
Konu : Araştırma İzni (Hilal GÖZÜPEK)

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 05/01/2017 tarihli ve 86591326-50537 sayılı yazınız.

İlgi kayıtlı yazıda bahsi geçen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik ABD yüksek lisans öğrencisi Hilal GÖZÜPEK tarafından gerçekleştirilmek istenilen "Hipertansiyon Hastalarının Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Kullanma Durumları ve Tamamlayıcı Alternatif Tedaviye İlişkin Tutumlar" başlığı altındaki araştırma kapsamında düzenlenerek iletilen talep dosyası Genel Sekreterliğimiz Araştırma İnceleme Komisyonunca değerlendirilmiş olup, araştırmanın ilgili klinik/poliklinik sorumlularının da izni alınarak, hasta/hasta yakınlarının gönüllü katılmaları ile gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Emrah ERTEN
Genel Sekreter

EKLER:
Protokol (1 Sayfa)

BELGENİN ASLI
ELEKTRONİK İMZALIDIR.
27.01.2017

Sarıcapaşa Mahallesi/Sarıcapaşa Camii Caddesi/no:17 EDİRNE
e-posta:kbb22.arge@saglik.gov.tr
Faks No:0284 226 8207

e-Posta:emine.aydinozgun@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://edirne.khb.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 25f91e8f-754a-4251-8c80-7a948320060 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için Emine AYDIN ÖZGÜR
GENEL SEKRETERLİĞİ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0284 226 82 46/1532

EDİRNE İLİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
GENEL SEKRETERLİĞİ
Emine AYDIN ÖZGÜR
HEMŞİRE

Ek 5. Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbı Karşı Tutum Ölçeği Kullanım İzni

----- Yönlendirilmiş ileti -----

Gönderen: <hilalgozuek16@gmail.com>

Tarih: 13 Ekim 2016 11:09

Konu: Ölçek izini

Alıcı: behiceerci@hotmail.com

Sayın Behice ERCİ Hocam,

Ben Hilal Gözüpek, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisiyim. Danışman hocam Yard. Doç. Dr. Eylem PASLI GÜRDOĞAN ile Yüksek lisans tez çalışmamda geçerlilik güvenilirliğini çalışmış olduğunuz Holistic Complementary and Alternative Medicine Questionnaire(HCAMQ) ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum ancak ölçeğinizin Türkçe formuna ulaşamıyorum. Ölçeğinizi kullanmama izin verdiğiniz takdirde ölçeğinizin Türkçe formunu, faktör analizleri ve değerlendirmesini gönderebilirsiniz sevinirim. İlginiz için şimdiden teşekkür ediyorum.

İyi çalışmalar.

Saygılarımla.



behice erci <behiceerci@hotmail.com>

Alıcı: ben ▾

Sevgili Hilal,

Ölçek ektedir, kullanabilirsin. Makale elinde ise puanlama şeklini oradan görebilirsin. İhtiyaç duyarsan sana yine yardım ederim.

Behice Erci.

From: hilalgozuek16@gmail.com <hilalgozuek16@gmail.com>

Sent: Thursday, October 13, 2016 8:09 AM

To: behiceerci@hotmail.com

Subject: Ölçek izini