

**T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARA VERİLEN
EĞİTİMİN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Gonca Gül SEVİNEN**

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi: Havva Sert

Mayıs-2019

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

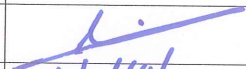
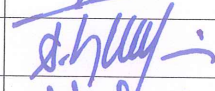
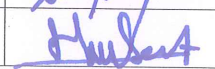
HİPERTANSİYONU OLAN HASTALARA VERİLEN
EĞİTİMİN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gonca Gül SEVİNEN

Enstitü Anabilim Dalı: Hemşirelik

"Bu tez ~~24/05~~/2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oy birliği/~~Oy çokluğu~~ ile kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI	İMZA
Doç.Dr. Hicran YILDIZ	Basarılı	
Doç.Dr. Ayşe ÇEVİRME	Basarılı	
Dr.Öğr. Üyesi Havva SERT	Basarılı	

BEYAN

Bu alışma T.C. Sakarya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16.06.2015 tarihinde gerekli onay alınarak gerçekleştirilmiştir. Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlamasından yazımına kadar tüm aşamalarında etik dışı herhangi bir kural dışı davranışımın olmadığını, tezdaki tüm bilgilere akademik ve etik kurallar çerçevesinde ulaştığımı, tez çalışması sonucunda elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesinde belirttiğimi, tez çalışması ve yazımı aşamasında patent ve telif haklarımı ihlal edici herhangi bir davranışta bulunmadığımı beyan ederim.

GONCA GL SEVİNEN

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Lisans eğitimim sırasında bilgi, deneyim ve tecrübelerinden yararlandığım, araştırmanın planlanma aşamasından yazım aşamasına kadar bilgi ve deneyimleriyle beni destekleyen; yapıcı, yol gösterici ve motive edici tavırlarıyla lisans eğitimimden başlayarak bana her zaman iyi bir yol gösterici ve rol model olan değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Havva SERT 'e, desteğini esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Ali TAMER'e, Sakarya Üniversitesi İç Hastalıkları Poliklinikleri doktorları ve tıbbi sekreterlerine, tezimin hazırlık ve yazım süresinde içten tavırlarıyla ellerinden gelen desteği esirgemeyen çalıştığım kliniklerin çok değerli Sorumlu Hemőireleri Pembe ERİM ve Ramazan YILMAZ 'a, değerli katkılarından dolayı Sayın Cem GÜZEY, Sejda HACIOĞLU ve İsmet GÜNAYDIN'a tezimin her aşamasında sevgisini, ilgisini ve desteğini sonuna kadar hissettiğim çok değerli eşim Sabri GÜNAYDIN, annem Hacer SEVİNEN, babam Ali SEVİNEN ve bu zorlu süreçte yanımda olan tüm ailem ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla.

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMA VE SİMGELER.....	vii
TABLolar.....	ix
ŞEKİLLER.....	x
ÖZET.....	xi
SUMMARY.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. KAN BASINCI VE HİPERTANSİYON TANIMI.....	4
2.2. HİPERTANSİYON EPİDEMİYOLOJİSİ.....	4
2.2.1. Dünyada Hipertansiyon.....	5
2.2.2. Türkiye'de Hipertansiyon.....	6
2.3. HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI.....	8
2.3.1. Etyolojisine Göre Sınıflandırılması.....	8
2.3.1.1. Primer (Esansiyel) Hipertansiyon (Birincil HT).....	8
2.3.1.2. Sekonder Hipertansiyon (İkincil HT).....	9
2.3.1.3. Kan Basıncına Göre Sınıflandırılması.....	9
2.3.1.4. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma.....	10
2.4. HİPERTANSİYONUN ÖNEMİ.....	11
2.5. HİPERTANSİYONUN KLİNİĞİ VE BELİRTİLERİ.....	11
2.6. HİPERTANSİYON FİZYOPATOLOJİSİ.....	13
2.7. HİPERTANSİYONDA TANI.....	13
2.7.1. Kan Basıncı (KB) Ölçümü.....	13
2.7.1.1. Ofis veya Klinik Kan Basıncı (KB).....	14
2.7.1.2. Evde KB Ölçümü.....	15
2.7.1.3. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü (AKBÖ).....	15

2.7.1.4. İzole klinik/Beyaz Önlük Hipertansiyonu.....	15
2.7.1.5. İzole ambulatuvar ya da Maskelenmiş HT.....	16
2.7.2. Tıbbi Öykü.....	16
2.7.3. Fizik Muayene.....	16
2.7.4. Laboratuvar.....	17
2.7.5. Genetik.....	17
2.8. HİPERTANSİYONDA TEDAVİ.....	17
2.8.1. Nonfarmakolojik Tedavi.....	18
2.8.1.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri.....	18
2.8.1.2. Tuz Kısıtlaması.....	18
2.8.1.3. Alkol Tüketiminin Kısıtlanması.....	20
2.8.1.4. Sağlıklı Beslenme ve Uygun Diyet.....	21
2.8.1.5. Kilo verme ve Kiloyu koruma.....	22
2.8.1.6. Düzenli Fiziksel Egzersiz.....	23
2.8.1.7. Sigaranın Bırakılması.....	23
2.8.1.8. Stres Yönetimi.....	24
2.8.2. Hipertansiyonda Farmakolojik Tedavi.....	25
2.8.2.1. Diüretikler.....	25
2.8.2.2. Beta-Blokerler (BB).....	26
2.8.2.3. Kalsiyum Antagonistleri.....	27
2.8.2.4. Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ADEİ).....	27
2.8.2.5. Anjiyotensin Reseptör Blokörleri (ARB).....	27
2.9. HİPERTANSİYONUN YOL AÇTIĞI SORUNLAR.....	28
2.10. HİPERTANSİYON HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM VE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER.....	29
2.11. HASTA EĞİTİMİ VE EĞİTİMİN ÖNEMİ.....	30
2.12. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME (MG).....	32
2.12.1. Ambivalans.....	33
2.12.2. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri.....	34
2.12.3. MG' nin Dört Temel İlkesi.....	35
2.12.3.1. Empaninin Gösterilmesi.....	35
2.12.3.2. Çelişkilerin Ortaya Çıkarılması.....	35

2.12.3.3. Dirençle Çalışma.....	36
2.12.3.4. Kendine Yeterliliği Destekleme.....	36
2.12.4. MG' de Temel Etkileşim Stratejileri.....	36
2.12.4.1. Açık Uçlu Sorular.....	36
2.12.4.2. Yansıtımlı Dinleme.....	37
2.12.4.3. Özetleme.....	38
2.12.4.4. Desteklemek.....	38
2.12.4.5. Değişimi Konuşmak.....	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	40
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	40
3.1.1. Araştırma Hipotezleri.....	40
3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	40
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN.....	41
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	41
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	44
3.5.1. Hasta Tanılama Formu (Kişisel Bilgi Formu).....	44
3.5.2. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF):.....	44
3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD Ölçek II).....	44
3.5.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği.....	45
3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ.....	46
3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	51
4. BULGULAR.....	53
4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	53
4.2. DEĞİŞKENLER İLE MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR.....	55
4.3. SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ANA-ALT BOYUTLARININ ZAMAN- LAR VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR.....	56
4.4. İÖEÖ, SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ ZAMANLAR VE GRUPLAR ARA- SINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR.....	58
4.5. KAN DEĞERLERİNİN ZAMAN VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİSİNE AİT BULGULAR.....	59

4.6. BKİ VE KAN BASINÇLARININ ZAMANLAR VE GRUPLAR ARASIN DAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR.....	61
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	63
KAYNAKLAR.....	79
EKLER.....	106
ÖZGEÇMİŞ.....	115



KISALTMALAR VE SİMGELER

ADEİ	: Anjiotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri
AKBÖ	: Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü
ARB	: Anjiyotensin Reseptör Blokörleri
BB	: Beta Blokerler
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CHEP	: Canadian Hypertension Education Program
CREDİT	: Cronic Renal Disease In Turkey (Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalans Çalışması)
DASH DİYETİ	: Dietary Approaches to Stop Hypertension (Hipertansiyon Diyeti)
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
DM	: Diyabetes Mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ESC	: European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
ESH	: European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Derneği)
ESV	: Ekstraselüler Volüm
EURIKA	: Epidemiological Study of European Cardiovascular Risk patients
HinT	: Hypertension Incidence in Turkey (Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması)
HT	: Hipertansiyon
KB	: Kan Basıncı
KBY	: Kronik Böbrek Yetmezliği
KKY	: Kronik Kalp Yetmezliği
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

MG	: Motivasyonel Görüşme
Patent	: Prevalance, Awareness And Treatment of Hypertension in Turk (Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması)
SALTürk	: Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması
SF 36	: Yaşam Kalitesi Ölçeği
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SSS	: Sempatik Sinir Sistemi
JNC:	: Joint National Committee (Ortak Milli Komite)
KA	: Kalsiyum Antagonistleri
KVH	: Kardiyovasküler Hastalıklar
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
TUİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TURDEP	: Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi Çalışması
TEKHARF	: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri Çalışması
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR

Tablo 1: Demografik Dağılımlar.....	53
Tablo 2: Değişkenler ile Gruplar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	54
Tablo 3: Değişkenlerin Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	55
Tablo 4: SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	56
Tablo 5: İÖEÖ, SYBDÖ ve Alt Boyutlarının Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	58
Tablo 6: Kan Değerlerinin Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	60
Tablo 7: BKİ ve Kan Basınçlarının Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi.....	61

ŞEKİLLER

Şeki 1: ESC 2018 Kılavuzuna göre kan basıncının tanımı ve sınıflandırılması.....	9
Şekil 2: JNC 8 Kılavuzuna göre kan basıncının tanımı ve sınıflandırılması	10
Şekil 3: Güç Analizi.....	41
Şekil 3: CONSORT Şeması.....	42
Şekil 3: BKİ Sınıflandırılması	47
Şekil 5: Araştırma Uygulama Basamakları.....	49
Şekil 6: Özet Akış Şeması.....	51

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada hipertansiyon hastalarına iki farklı yöntemle verilen eğitimin; hastaların tedaviye uyumları, yaşam kaliteleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Randomize, kontrollü deneysel araştırma modeli kullanılarak yapılan çalışma; Haziran-Aralık 2017 tarihleri arasında kurum izni ve etik kurul onayı alındıktan sonra, bir eğitim ve araştırma hastanesinin iç hastalıkları polikliniklerine başvuran 60 hasta ile yapıldı. Hastalara düz anlatım ve motivasyonel görüşme yöntemiyle eğitim verildi. Sosyodemografik özellikler ve hastalığa ilişkin özellikleri içeren tanılama formu, İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD) ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF36 YKÖ) kullanılarak toplanan verilerin analizi bilgisayar ortamında tanımlayıcı, parametrik ve parametrik olmayan testler kullanılarak yapıldı.

BULGULAR: Çalışma sonunda eğitim öncesi ve sonrası izlemlerde, tedaviye uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ortalamaları bakımından farklı zamanlarda yapılan ölçümlerde hem kontrol grubunun hem de müdahale grubunun puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu görüldü. Ancak düz anlatım ve motivasyonel görüşmeyle verilen eğitim açısından hastaların İBÖS-KF, SF 36 YKÖ ve SYBD II puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

SONUÇ: Hastaların tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimleri davranışları puanlarında eğitim sonrasında, eğitim öncesine göre artış olduğu, fakat hasta eğitiminde kullanılan iki farklı yöntemin etkisinin birbirinden farklı olmadığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Eğitim, Hipertansiyon, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Tedaviye Uyum, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Evaluation of the Effectiveness of Training Patients Diagnosed with Hypertension

INTRODUCTION AND AIM: This study was designed to evaluate the effectiveness of two different types of trainings provided to patients with hypertension on compliance to treatment, life quality and healthy lifestyle behaviors.

TOOLS AND METHOD: Conducted by using the randomized controlled experimental research model, this study was completed with 60 patients, who applied to internal diseases polyclinic of training and research hospitals between June-December 2017 after obtaining permission and ethics committee approval. The patients were trained by means of the direct instruction method and motivational interview. Data was collected through a diagnostic form including socio-demographic characteristics and symptoms associated with diseases, Medication Adherence Self-Efficacy Scale Short Form (MASES-SF), Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS II) and SF-36 Quality of Life Scale (SF-36 QOLS), and the collected data was analyzed in computer environment by using parametric and non-parametric tests.

FINDINGS: As a result of the study, it was observed in pre- and post-training follow-ups that there was a significant statistical increase in the scores of both the control group and the intervention group in various measurements completed at different times in terms of compliance to treatment, healthy lifestyle behaviors and quality of life average values. Nevertheless, no statistically significant difference was found among the MASES-SF, SF-36 QOLS and HLBS II score averages of the patients with regard to the trainings provided through direct instruction and motivational interview methods.

CONCLUSION: It was determined that compliance to treatment, quality of life and healthy lifestyle behaviors of the patients improved in scores after the training compared to the pre-training period, however there was no difference between the two methods used to train the patients.

Key Words: Hypertension, Training, Quality of Life, Healthy Lifestyle Behaviors, Compliance to Treatment, Motivational Interview



1-GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon, Türkiye’de ve dünyada yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan, önlenilebilir kardiyovasküler sistem hastalıklarını içerisinde ilk sıralarda yer alan ve kronik hastalıklar listesinde değerlendirilen ciddi bir sağlık sorunudur (Güven, Muz, Ertürk ve Özcan 2013, Taş ve Büyükmeşe 2013, Ayyıldız ve Ergüney 2017). DSÖ 2014 raporuna göre; kardiyovasküler sistem kökenli hastalıklar bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Dünya genelinde 18 yaş ve üzeri erişkin nüfusta hipertansiyon nedeniyle ölümlerin prevelansı %22 olarak tespit edilmiştir (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1 Erişim tarihi: 27.01.2017). Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-I (1997-98 TURDEP-I Çalışması) verilerinden çıkan sonuçlarda HT görülme oranı %28,9 olarak belirlenmişken, 2010 senesinde gerçekleştirilen Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması-II (TURDEP-II) verilerinden çıkan sonuçlara göre ise ülkemizde HT görülme oranı %31,3 olarak bulunmuştur (Kılıç ve Uzunçakmak 2016). Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) 2013 yılı değerlendirmesinde ülkemizdeki ölümlerin %39,8’ i dolaşım sistemi hastalıkları nedeniyle olup, bunların %12,8’ ininde HT kaynaklı olarak gerçekleştiği tespit edilmiştir. (<http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul?dil=2> Erişim tarihi: 02.01.2018). TUİK 2015 ölüm nedeni istatistiklerinde ise dolaşım sistemi hastalıklarının tüm ölümlerin %40,3 ’ünü oluşturduğu belirtilmiştir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> Erişim tarihi:01.02.2018). DSÖ'nün 2014 yılı ülke bazlı olarak belirlenen verilerine göre de ülkemizde gerçekleşen tüm ölümlerin %86 olan büyük bir bölümünden kronik hastalıklar sorumlu tutulmuş ve tüm ölümlerin %47’ sini oluşturan bölümünde kardiyovasküler sistem hastalıklarının oluşturduğu belirlenmiştir (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/> Erişim tarihi: 24.12.2017). Türkiye’de ve dünyada yapılan çalışmalar ve elde edilen veriler göz

önüne alındığında küresel açıdan en önemli kısmını hipertansiyonun oluşturduğu kardiyovasküler sistem hastalıklarının ne derece önemli olduğu daha da göze çarpmaktadır. Kardiyovasküler sistem kökenli hastalıklar gün geçtikçe artmakta ve hastalık nedeniyle bireylerin alışmak zorunda oldukları yaşam tarzı değişiklikleri bireyleri fiziksel, sosyal ve emosyonel yönden son derece olumsuz etkilemektedir. Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi hipertansiyonda da hastalık sürecinde hastaların yaşadığı uyum sürecinin etkin yönetilememesi, hastalığını tanımama, hastalığının gerektirdiği yaşam tarzı değişikliklerinden habersiz olma, hastalık komplikasyonları ve bunun gibi birçok neden hipertansiyonun mortalite ve morbidite oranlarında artışa neden olur. Hastalık ve tedavi süresince öncelikli olarak etkilenen bireye hastalığı tanıtılmalı, uygun yaşam tarzı değişiklikleri öğretilmeli ve bu değişikliklere yönlendirilmeli, düzenli takibi yapılmalı, hastanın tedavi sürecine katılımı sağlanmalı ve bu sayede hastalığa olan uyumu arttırılmalıdır. Hastalığa olan uyumun artması; hastanın yaşam kalitesinin yükselmesini, tedavi ve bakımında etkin rol almasını, fiziksel, sosyal ve emosyonel yönden rahatlamasını sağlar (Vatansever ve Ünsar 2014; Hacıhasanoğlu 2009; Irmak, Düzöz ve Bozyer 2007). Tüm bunların sağlanması içinde en önemli faktör hasta eğitimidir. Hasta eğitiminde hasta ile sürekli iletişim halinde olan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. İyi bir hasta eğitimi ile uyum sürecindeki sorunlar azaltılabilir. Son yıllarda hasta eğitimi ve problemleri davranış değişikliği oluşturmada önemi hızla artan bir teknik mevcuttur ki bu teknik Motivasyonel Görüşme (MG)'dir. MG tanım olarak kişinin kendindeki problemleri sorunu veya davranışı anlayıp, kişinin bu problemleri davranışını keşfetmesini ve değişim isteğinin ortaya çıkmasını sağlayan danışan merkezli bir iletişim tekniğidir. MG 'de kişi değişime istekli olmalıdır çünkü bu teknikte kişi değişime zorlanmaz. MG ilk olarak bağımlılık tedavisinde geliştirilmiş, etkinliği görülmüş ve daha sonrasında birçok alanda kullanılmıştır (Ögel 2009, Özdemir ve Taşçı 2013, Dicle 2017). Sigara ve alkol bıraktırma, diyabet, obezite, kilo verme, kronik ağrı, depresyon, anksiyete, posttravmatik stres bozukluğu, onkolojik tedaviler, şizofreni, tüberküloz, engelli bireyler, kronik hastalıklar gibi birçok alanda bu teknik kullanılmış ve etkinliği gösterilmiştir (Armstrong et al 2011; Ma, Zhou, Zhou and Huang 2014; Jackman 2012, Salamati et al 2013; Mujika et al 2013; Hardcastle et al 2013; Powell, Hilliard and Anderson 2014; Louwagie, Okuyemi and Ayo-Yusuf 2014). Konu ile ilgili literatürler incelendiğinde ülkemizde ve dünyada birçok

konuda davranış değişimi oluşturmada, hastalığa uyumda ve hasta eğitiminde MG tekniğinin kullanıldığı ve etkinliğinin gösterildiği grlmştr. MG ile hipertansif hasta eğitimi konusunda ise dünyada mevcut ve etkinliği kanıtlanmış birçok çalışmanın olduğu görülmüş fakat ülkemizde bu konuyla ilgili sınırlı sayıda çalışmanın olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle bu alışma MG tekniği ve düz anlatım tekniğiyle verilen hasta eğitiminin hastalığa ve tedaviye uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlandı.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. KAN BASINCI VE HİPERTANSİYON TANIMI

Kan basıncı, kalp tarafından pompalanan kanın arter duvarına yaptığı basınç olarak tanımlanır (Whelton et al 2017). Arter kan basıncı; Sistolik Kan Basıncı (SKB) ve Diastolik Kan Basıncı (DKB) olmak üzere ikiye ayrılır. SKB, kalbin sistol periyodunda yani kanın sol ventrikülden aorta atıldığı andaki basıncı ifade ederken; DKB, kalbin diyastol periyodunda yani sol ventrikülün dolması anında oluşan basıncı tanımlar (Karadakovan ve Aslan 2009). Hipertansiyon (HT), kalp tarafından pompalanan kanın arter duvarında oluşturduğu ve organizmada birçok sistemi olumsuz olarak etkileyen yüksek kan basıncı olarak ifade edilir (Özpancar 2016). Başka bir tanımda da SKB değerinin 140 mmHg ve üzerinde, DKB değerinin ise 90 mmHg ve üzerinde olması, tansiyonu düşürücü ilaç kullanılıyor olması HT olarak tanımlanır (Badır 2011). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2013 raporunda; sağlıklı bireyler açısından SKB için 120 mmHg, DKB için ise 80 mmHg değerlerini normal değerler olarak kabul etmiştir ((http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1 Erişim Tarihi: 01.05.2017). WHO ve Amerika Birleşik Devleti Birleşik Ulusal Komite 8. Raporu (JNC-8); 18 yaş üzeri yetişkinler için SKB'de 140 mmHg, DKB'de ise 90 mmHg değerlerini HT için sınır değerleri olarak kabul etmiştir (WHO 13, James et al 2014).

2.2. HİPERTANSİYON EPİDEMİYOLOJİSİ

Hipertansiyon, büyük oranda gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeleri etkileyen küresel bir sağlık sorunudur (Uysal 2015). Türkiye'de ve dünyada yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan, önlenilebilir kardiyovasküler sistem hastalıklarını içerisinde ilk sırada arasında yer alan ve kronik hastalık olarak değerlendirilen

hipertansiyonuna verilen önem son yıllarda hızla artış göstermektedir (Taş ve Büyükbeşe 2013).

2.2.1. Dünyada Hipertansiyon

Dünya geneline bakıldığında HT toplum sağlığını tehdit eden, önlenilebilir ölümlere sebebiyet veren kronik hastalıklar arasında ilk sırada bulunan ve dünya nüfusunun azımsanamayacak bir kısmını etkileyen ciddi bir sağlık sorunudur (Güven ve ark 2013, Kılıç ve Uzunçakmak 2016, Kılıçkap ve ark 2018). Dünyada gelişmiş ülkelerde yaşayan insanların çoğunda, yaşamlarının herhangi bir noktasında hipertansiyon geliştiği belirtilmiştir (Angeli, Reboldi and Verdecchia 2013). 2000 yılından başlamak üzere dünya genelinde erişkin nüfusun %26,4' ünde HT varlığı saptanmış ve bu yüzdeler payın 2025 yılında %29,2 seviyesine çıkacağı tahmin edilmektedir

(http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Oz_eti-1.pdf Erişim tarihi:27.01.2017). DSÖ 2008 yılı kronik hastalıklar raporuna göre; 2008 yılında 57 milyon insan hayatını kaybetmiş ve bunların %63'ü kronik hastalıklara bağlanırken, ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar %49 oranla ilk sırada yer almaktadır

(http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/, Erişim tarihi:10.01.2017).

DSÖ 2014 raporuna göre; kardiyovasküler sistem kökenli hastalıklar bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. 2014 yılında elde verilere göre global olarak 18 yaş ve üstü erişkin nüfusta hipertansiyon nedeniyle ölümlerin prevalansı %22 olarak tespit edilmiştir

(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1

Erişim tarihi: 27.01.2018). Hipertansiyon global yetişkin birey ölümlerinin %6'sının

sebebi olmasının yanında, ölüm nedenleri arasında da üçüncü sırayı almaktadır

(Hacıhasanoğlu 2009). Hipertansiyona bağlı olarak ortaya çıkan komplikasyonlar her

yıl 9,4 milyon civarında ölüme sebebiyet vermesinin yanı sıra kalp hastalıklarına

bağlı ölümlerin de %45' inin HT kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Arıcı ve ark

2015). 2013 yılı verilerine göre Amerika'da 77,9 milyon erişkin bireyde

hipertansiyon varlığının saptandığı ve bu oranın 2030 yılı içerisinde %7,2 oranında

artabileceği öngörülmektedir (<http://www.heart.org/HEARTORG/>. Erişim tarihi:

27.01.2018)

2.2.2. Türkiye'de Hipertansiyon

Tüm dünya olduğu gibi ülkemizde de HT en önemli kardiyovasküler sağlık problemleri arasında yer almaktadır. Önlenilebilir sağlık problemleri arasında en önemli yeri alan hipertansiyon konusuna verilen önem de her geçen gün hızla artmaktadır. Hipertansiyon görülme oranını belirlemek amaçlı olarak ülkemizde gerçekleştirilen ilk geniş kapsamlı çalışma olan Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının sonuçları incelendiğinde hipertansiyon görülme oranının ülkemizde %33,7 olduğu ve yaşın ilerlemesiyle bu oranın arttığı tespit edilmiştir (Onat ve ark 2004). Ülkemizde bir ilk olan Türkiye'de Hipertansif Hastalarda İnme Riski (THINK) ve serebrovasküler hastalık riski açısından bölgesel değişikliklerin belirlenmesine ilişkin yapılan çalışmada on yıllık ortalama serebrovasküler hastalık riski hipertansiyona sahip hastalarda hastalarda %17±15 olarak belirlenmiştir (Kabakçı, Abacı, Ertaş, Özerkan, Erol 2006). Ülkemizde yapılan diğer bir çalışma olan 2003 yılında tamamlanan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PATENT) verilerine göre ülkemizde hipertansiyon oldukça yaygın bir sağlık sorundur. Bu çalışma sonucunda Türkiye'de hipertansiyon prevalansının %31,8 olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet bazlı incelendiğinde ise hipertansiyon prevalansı kadın popülasyonunda %36,1; erkek popülasyonunda ise bu oranın %27,5 olduğu bulunmuştur. Bireyin toplumda ekonomik olarak aktif ve etkin kabul edildiği 35-64 yaş grubunda hipertansiyon prevalansı %42,3 olarak tespit edilmiştir. Tüm yaş gruplarında kan basıncı yüksekliğinin farkında olma oranı ise %40,7 olarak bulunmuştur (Altun ve ark 2003, http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozet.pdf Erişim tarihi: 02.02.2018). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği'nin 2008' de ülkemizde hipertansiyon insidansının saptanması amaçlı planlanmış ve PATENT çalışmasına katılan gönüllülerin %82'si ile Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması (HinT- Hypertension Incidence in Turkey) adıyla bir araştırma daha yapılmıştır. Bu çalışmada yapılan analizler sonucunda 4 yıllık

düzeltilmiş genel insidans hızının %21,3'e düştüğü tespit edilmiştir (Arıcı ve ark 2009, <http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/insidans160608.pdf> Erişim tarihi:01.12.2017). 2003 yılında tamamlanan PatenT çalışmasının sonuçlarıyla hipertansiyon takip ve tedavisinde ülkemizdeki ilerlemeleri belirlemek amaçlı ikinci bir araştırma daha yapılmıştır. 2012 Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması 2 (Patent 2) adıyla tamamlanan bu çalışmaya göre 18 yaş ve üzeri toplam nüfusta hipertansiyon prevelansı %30,3; cinsiyet bazlı değerlendirmede erkeklerde bu oranın %28,4, kadınlarda ise %32,3 olduğu tespit edilmiştir. Hipertansiyon farkındalık oranının da tüm gruplarda toplan %54,7' ye yükseldiği belirlenmiştir (http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php Erişim tarihi: 23.12.17). TURDEP-I sonuçlarına göre hipertansiyon prevalansı %28,9 bulunurken; TURDEP-II verilerinde ise ülkemizde hipertansiyon prevelansının %31,3 olduğu belirlenmiştir (Kılıç 2016, http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf Erişim Tarihi:18.12.2017). TÜİK tarafından 2013 yılında yapılan Türkiye'deki ölüm nedenlerinin araştırıldığı çalışmada, ölümlerin %39,8'i dolaşım sistemi kaynaklı olduğu tespit edilmiş olup, bunların %12,8'ininde hipertansiyon kaynaklı olduğu belirlenmiştir (<http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul?dil=2> Erişim tarihi:02.01.2017). TÜİK 2015 ölüm nedeni istatistiklerinde ise dolaşım sistemi hastalıklarının, tüm ölümlerin %40,3'ünü oluşturduğu belirlenmiştir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526> Erişim tarihi:01.02.2017). Hipertansiyon tanısı almış 16,270 hastanın incelendiği 2006 Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (TURKSAHA) çalışmasının sonuçları incelendiğinde herhangi bir sağlık kuruluşunda takipli ve tansiyon ilacı kullanan hastalarda kan basıncını makul oranda tutma oranının %24,2 olduğu bulunmuş diğer bir çalışma olan Epidemiological Study of European Cardiovascular Risk patients: Disease prevention and Management in Usual Daily Practice (EURIKA) çalışmasında ülkemizde içinde bulunduğu 17 Avrupa ülkesi incelenmiş ve ülkemizden alınan hastalardaki en sık risk faktörünün %66,5 oranıyla hipertansiyon olduğu belirlenmiştir (Abacı ve ark 2006, Abacı 2012). 2008 yılında Türk Nefroloji Derneği tarafından yapılan CREDİT (Chronic Renal Disease In Turkey) çalışmasının sonucuna göre hipertansiyon görülme oranının %32,7 olduğu tespit edilmiştir (Altun ve ark 2012,

<http://www.tsn.org.tr/> Erişim tarihi: 10.02.17,
http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2010/gultekin_suleymanlar.pdf Erişim
tarihi:11.02.2017). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı
Çalışması'nda da hipertansiyon görülme oranının %24 olduğu belirlenmiştir
(<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim tarihi:10.02.2017).
DSÖ'nün 2014 yılı ülke bazlı olarak belirlenen verileri göre ülkemizde gerçekleşen
tüm ölümlerin %86 olan büyük bir bölümünden kronik hastalıklar sorumlu tutulmuş
ve tüm ölümlerin %47 olan bölümünde kardiyovasküler sistem hastalıklarının
oluşturduğu tespit edilmiştir (<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2014/en/> Erişim tarihi: 24.02.2017).

2.3. HİPERTANSİYONUN SINIFLANDIRILMASI

2.3.1. Etyolojisine Göre Sınıflandırılması

Hipertansiyon tek bir hastalık olmakla kalmayıp birçok nedene bağlı olabilen bir sendromdur. Hipertansif hastaların yaklaşık %90-95'ini kapsayan kısmının nedeni belirli önlenebilir bir nedenle bağdaştırılamamaktadır. Bu durumda Primer (Esansiyel) Hipertansiyon olarak değerlendirilir. Hipertansif bireylerin yaklaşık %5-10 olan kısmında ise tanımlanabilir, önlenebilir nedenler söz konusudur. Bu durum ise Sekonder Hipertansiyon olarak değerlendirilir (Kılıç ve Üstü 2012).

2.3.1.1. Primer (Esansiyel) Hipertansiyon (Birincil HT)

Primer hipertansiyon, bilinen herhangi bir nedene bağlı olmayan, genetik ve çevresel faktörlerden etkilenen yüksek kan basıncı olarak tanımlanır. Tüm hipertansiyon türlerinin yaklaşık olarak %90-95 olan kısmını oluşturan Primer HT nedenleri arasında genetik yatkınlığın yanı sıra aşırı tuz tüketimi, beslenme alışkanlığı, ileri yaş, insülin direnci, sedanter yaşam, alkol, sigara, obezite, Renin Anjiyotensin Sisteminin rolü, sanayileşme gibi nedenler yer alır (Karadakovan ve Aslan 2009, Bozdemir ve Kara 2010, Çelik ve Özdemir 2012, Kılıç ve Üstü 2012)

2.3.1.2. Sekonder Hipertansiyon (İkincil HT)

Sekonder HT, tüm hipertansiyon vakalarının yaklaşık olarak %5-10 olan kısmını oluşturur. Genel olarak büyük bir bölümünü böbrek hastalıklarının oluşturduğu, diyabetik nefropati, renal arter stenozu, diyabet, oral kontraseptif ilaçlar, Miksödem, fazla tuz tüketimi, kan basıncını düzenleyen bazı hormonların dengesiz salınımı, Uyku Apne Sendromu ve birçok adrenal ve endokrin sistem hastalıkları gibi etkenler Sekonder HT'a neden olmaktadır (Karadakovan ve Aslan 2009, Bozdemir ve Kara 2010, Williams et al 2018).

2.3.2. Kan Basıncına Göre Sınıflandırılması

Avrupa Hipertansiyon Kılavuzunda (European Society of Hypertension/European Society of Cardiology Guidelines; ESC/ESH) 2018 Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kan basıncını normal, artmış kan basıncı, evre 1, evre 2 ve evre 3 hipertansiyon şeklinde evrelendirilmiştir.

Kan Basıncı Sınıflaması	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal kan basıncı	<120 ve	<80
Artmış kan basıncı	120-139 ve/veya	80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159 ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥160 ve/veya	≥100
Evre 3 hipertansiyon	≥180 ve/veya	≥110
İzole sistolik hipertansiyon	≥140 ve	<90

Şeki 1: ESC 2018 Kılavuzuna göre kan basıncının tanımı ve sınıflandırılması

Ortan Ulusal Komite- JNC 8 klavuzunda ise kan basıncı normal (<120/80 mmHg), prehipertansiyon (120-139/80-89 mmHg), evre 1 HT (140-159/90-99 mmHg), evre 2 HT (≥160-100 mmHg) şeklinde evrelendirilmiştir. (Şekil 2)

Kan Basıncı Sınıflaması	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertansif	120-139 ve/veya	80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159 ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥160 ve/veya	≥100

Şekil 2: JNC 8 Kılavuzuna göre kan basıncının tanımı ve sınıflandırılması

2.3.3. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma

Hipertansiyon, hastalığın başlangıcında hiçbir belirti vermediği için teşhisi zor bir kardiyovasküler hastalıktır. Uzun süre kontrol altına alınmayan hipertansiyon serebrovasküler, kardiyak, böbrek hasarı gibi birçok hastalığın nedeni olabilir. Bu durum 'hedef organ hasarı' olarak tanımlanmaktadır. Hedef organ tutulumuna göre hastalar A düzey, B düzey ve C düzey olmak üzere üç gruba ayrılır. A düzey hastalar düşük risk etmeni grubuna girer ve bu hastalarda kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı bulunmaz. B düzey orta düzey risk grubuna dahil olan gruptur ve bu düzeyde diyabet haricinde bir ve üzerinde risk faktörü bulunur. B düzey hastalarda da hedef organ hasarı bulunmaz. C düzey hastalar ise yüksek riskli grup olup hedef organ hasarı mevcuttur (Yalçın ve Şahin 2002, Badır 2014).

2.4. HİPERTANSİYONUN ÖNEMİ

HT, en sık görülen kronik hastalıklardan biri olmakta birlikte gün geçtikçe küresel bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Hipertansif kişilerin sayısının artmasındaki temel faktörlerin nüfus artışı, yaşlı popülasyonun ve düşük-orta gelirli ülkelerde hipertansiyon sıklığının artması olduğu düşünülmektedir. Hipertansiyonun kardiyovasküler riskleri bilinmesine rağmen, HT için farkındalık ve etkin tedavi oranlarının dünya çapında halen istenilen düzeyde olmaması hipertansiyonun tüm dünyayı etkileyen bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmesine yol açmaktadır (Dönmez, Memioğlu ve Erdem 2015, Kılıçkap ve ark 2018). DSÖ verilerine göre HT önlenebilir ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alan HT; kardiyovasküler, serebrovasküler, nefrolojik ve genç yaşta ölüm gibi istenmeyen durumların yanında, mali açıdan da topluma önemli bir külfet nedeni olmaktadır. Bu sebeplerle sosyal ve ekonomik bir sorun haline gelmekte ve bu açıdan da değerlendirilmektedir. Hipertansiyon ile ilgili çalışmalar arttıkça hipertansiyonun basit bir komplikasyon olmadığı kan basıncının yükselmesi ile birlikte, sebep olduğu hedef organ hasarının önemli bir morbidite ve mortalite sebebi olduğunu göstermektedir. Hipertansiyon hastalarında kan basıncı değerleri kontrol altına alınamadığında birçok organ ve sistem fonksiyonları geri dönüşümsüz olarak zarara uğramaktadır. Kan basıncının kontrol altına alınması, öncelikle hipertansiyonun şiddetlenmesi ve buna bağlı önemli organlarda hasarın ortaya çıkmasını engelleyecek, aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklar olmak üzere pek çok hastalığa bağlı ölüm oranlarını da azaltacaktır. Böylece birçok önemli alanda topluma ciddi yük olan HT' un zararları en aza indirgenebilecektir (Şendur ve Güven 2011, Özpancar 2016)

2.5. HİPERTANSİYONUN KLİNİĞİ VE BELİRTİLERİ

Esansiyel HT, kan basıncı yüksekliği dışında özellikli belirtilerin görünmediği sinsi bir süreç izler. Olguların çoğu rutin muayene sırasında raslantı sonucu fark edilir. Bu olgularda tanı sadece düzenli kan basıncı kontrolüyle konulabilir. Bu nedenle hipertansiyon hastası olmasalarda, tüm hastaların yılda birkaç kez kan basıncını

ölçtürmeleri önerilir. Hipertansiyon hastalarının sıklıkla şikâyet ettiği belirtiler; baş ağrısı, baş dönmesi, bulanık görme, yüzde kızarma, epistaksis, yorgunluk, dispne, çarpıntı hissi, yürüme ve merdiven çıkmada zorlanma, yüzde ve vücutta karıncalanma hissi, dikkat eksikliği ve ödem gibi belirti ve bulgular görülebilir (Karadakovan ve Aslan 2009; Enç 2014; Büyüköztürk, İlerigelen, Kabakçı, Koylan, Kozan 2007).

Hipertansiyonun başlangıç evrelerinde hedef organ hasarı görülmez. Organ hasarı uzun süre tedavi edilmeyen ve kontrol altına alınmayan kan basıncı yüksekliğiyle karakterize olarak başlar. Hipertansiyonun erken evresinde fiziksel bulgular yoktur. Fark edilebilir bulgular yalnızca ilerlemiş ve tedavi edilmemiş vakalarda görülür. Örneğin; hipertansif retinopati, daha ciddi vakalarda retinal kanamalar ve optik sinir başının şişmesi ile birlikte papil ödem oluşumuna neden olabilir. Uzun dönemli artmış periferik rezidans sol ventrikül hipertrofisine neden olabilir. Ekokardiyografi ve fizik muayenede kardiyomegali saptanabilir (Keleş 2013, http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144115.pdf Erişim tarihi: 27.07.18). Renal arterlerin daralması üfürüme neden olabileceği için renal HT' da böbreklerin üstü stetoskopi ile dinlenerek durum anlaşılabilir. Ayakta durma pozisyonundayken hiperaktif sempatik cevaba bağlı olarak Esansiyel HT' da ayağa kalkınca bazen kan basıncında yükselme görülebilir. Bu durum genelde hipertansiyonun başka türlerinde gözlemlenmez. Hipertansiyonda ateroskleroz hızlanır. Bu durum sırayla iskemik kalp hastalığı anjina pektoris ve miyokard enfarktüsüne, trombotik inmelere ve serebral kanamalara neden olur. Ciddi hipertansiyonun diğer bir komplikasyonu konfüzyon, bilinç değişiklikleri ve nöbetlerle karakterize olan arteriyolar spazm ve serebral ödeme bağlı hipertansif ensefalopatidir. Hipertansiyonlu hastaların çoğunda durum iyi huylu ve seyri yavaştır. Fakat hipertansiyonun tüm türlerinde nedene bağlı olmaksızın durum ilerleyip hastalık tehlikeli faza geçebilir. Bu durumda eğer tedavi gecikirse ya da tedavi edilmezse HT genellikle bir yıl içinde ölüme sebebiyet verir (Keleş 2013, Enç 2014)

2.6. HİPERTANSİYON FİZYOPATOLOJİSİ

Arteriyel kan basıncının oluşmasındaki sebepler kalp atımı ve periferik damarlarda oluşan direncidir. Periferik vasküler rezistansın artması HT gelişmesine neden olur. Kan basıncı, total periferik rezistans kardiyak output ile çarpımı olduğu için kardiyak outputtaki uzun süreli artışlarda HT oluşumuna neden olur. Esansiyel hipertansiyonun damar direncinde artış ve uygunsuz böbrek su ve tuz tutulumuna bağlı olması sebebiyle zamanla koroner, serebral ve renal arterlerde aterosklerozun hızlanır ve durumun ilerlemesi rüptüre, stenoza ve kalp iş yükünün artmasına neden olur. Tüm bunların yanı sıra kan hacmi, obezite, diyabet, insülin direnci, diyetle sodyum fazlalığı ve potasyum azlığı, renin üretimindeki oransızlıklar, özellikle minerokortikoid fazlalığı, kan vizkozitesinin artması ve böbrek yetmezliği de arteriyel basıncı artırır ve HT gelişmesine zemin hazırlar. (McPhee and Hammur 2012, Keleş 2013, Enç 2014).

2.7. HİPERTANSİYONDA TANI

Hipertansiyonlu hastanın ilk değerlendirmesi; hipertansiyon tanısını doğrulamalı, sekonder hipertansiyon sebepleri bulunmalı ve hastanın klinik bulguları tespit edilmelidir. Bu amaçla kan basıncının ölçülmesi, tıbbi öykü, ailede HT bulunma durumunun sorgulanması, fiziksel muayene, laboratuvar bulgularının incelemeleri ve gerekirse ileri tanı testlerinin yapılması gerekir. Tüm bu uygulamaların birkaçı bütün hastalarda, birkaçı ise sadece şüpheli hastara yapılır (Bozdemir ve Kara 2010, <https://www.tkd.org.tr/HTBulteni/PDF/BULTEN-1-1.PDF> Erişim tarihi: 19.04.2019).

2.7.1. Kan Basıncı (KB) Ölçümü

Kan basıncı çeşitli sebeplere bağlı veya bağlı olmaksızın günlük, aylık, mevsimsel olarak ve hatta kendiliğinden büyük ölçüde değişkenlikler gösterebilen bir durumdur.

Bu nedenle hipertansiyon tanısının konulabilmesi için farklı zamanlarda çok sayıda ölçüm yapılması gerekmektedir. Kan basıncı ölçümü için gerekli metaryel ve çevre koşullarının sağlanması ve doğru ölçüm tekniğinin bilinmesi son derece önemlidir (Enç 2014, Özpancar 2016).

2.7.1.1. Ofis veya Klinik Kan Basıncı (KB)

Ofis veya klinik kan basıncı ölçerken güvenilirliği olan, belirli aralıklarla kalibrasyonu yaptırılmış manometreler kullanılır. KB'nin üst koldan ölçülmesi ve kullanılacak manşonun hastanın kol çevresine uygun özellikte olması gerekmektedir. Kardiyovasküler riskli olan durumlarda kollar arasında belirgin (>10 mmHg) farklılığın bulunması durumunda daha yüksek olan taraftaki ölçüm esas alınmalıdır. İşlem sessiz ve uygun bir ortamda yapılmalıdır. İşlemden önce ölçüm yapılacak kişinin yeterince dinlenmiş, son 30-60 dk içerisinde alkol ve kafein ve uyarıcı herhangi bir ajan almamış olması gerekmekte, yapılan ölçümlerin birbirinden farklı olduğu durumlarda birkaç dakika aralıklarla en az iki kez ölçülmeli ve yapılan bu ölçümler arası çok fark varsa ek olarak bir ölçüm daha yapılmalıdır (Keleş 2013, Enç 2014, ESH/ESH 2018)

-Ofiste KB'yi ölçerken, dikkat edilmesi gerekenler şunlardır:

- KB ölçümüne başlamadan önce hastanın yeterince dinlenmiş olmasına dikkat edilir.
- Hasta otururken birkaç dakika arayla, en az iki KB ölçümü alınır. Ölçümler arası fark çok ise ek ölçümler yapılır.
- Kardiyovasküler ek hastalık durumunda ölçümü doğrulamak amacıyla ölçümler tekrarlanır.
- Manşon yeri kalp seviyesinde tutulur.
- Genelde standart bir manşon kullanılır ancak aşırı zayıf veya kilolu bireylerde kullanılmak üzere duruma göre geniş ve daha dar manşon bulundurulur.
- İlk muayene sırasında ölçüm iki koldanda yapılır, fark var ise yüksek olan değer kabul edilir.
- Özellikle hasta ve durumlarda, ilk muayenede ayağa kalktıktan sonra tekrar

KB ölçülür.

(Arıcı ve ark 2015, Tekin 2016, ESH/ESC 2013, <http://www.pharmetic.org/akademi-egitim/hipertansiyon/hipertansiyon.pdf> Erişim tarihi: 10.12.2018).

2.7.1.2. Evde KB Ölçümü

Evde KB ölçümünde kola uygun manşonlu olan çeşitli ölçüm aletleri kullanılabilir. Ev ölçümleri birkaç gün tekrarlı olarak yapılmalıdır. Ölçümler sabah ve akşam uygun saatlerde, uygun özelliklerde bir tansiyon aletiyle; ilaç, çay, kahve vb. tüketiminden önce, yeterince dinlenerek yapılmalıdır. Beyaz önlük etkisi veya maskeli hipertansiyon şüphesinin olduğu durumlarda bunları ekarte edebilmek için ev ölçümleri istenmelidir. Evde kan basıncı ölçümü yapılması, farklı günlere ait ve günlük yaşam koşullarına yakın ortamlardaki kan basıncı değerlerinin ölçülmesine imkân sağlar. Evde yapılan kan basıncı ölçümleri hastanın tedaviye uyumunu arttırmak, uygulanan tedavinin etkisi hakkında daha fazla bilgi edinmek amacıyla yapıldığı için hasta KB ölçümüne teşvik edilmelidir. (Keleş 2013, Özpancar 2016, Tekin 2016, <https://www.tkd.org.tr/HTBulteni/PDF/BULTEN-1-1.PDF> Erişim tarihi: 19.04.2019).

2.7.1.3. Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü (AKBÖ)

Genellikle çok kullanılmayan kolda takılı olmak suretiyle, 24 saat ölçüm yapan seyyar cihazla yapılan KB ölçümüdür. Bu ölçümle 24 saatlik sirkülasyonda KB hakkında bilgi sahibi olunur. Hastaya cihaz takılıyken günlük işlerini yapabilir ancak ağır iş yapmaması, manşon şişirilirken hareket etmektan kaçınması, konuşmaması ve manşon şişerken kolunu kalp seviyesine yükseltmesi söylenir. Cihaz gündüzlerinde 15 dakikada bir, gece ise 30 dakikada bir ölçüm yapar. Ölçümler her ölçümde cihaza kayıtlanır. AKBÖ, ortalama kan basıncı profilleri hakkında bilgi sağladığı gibi; gece, gündüz, sabah gibi daha kısıtlı zamanlarda da ortalama KB değerleri hakkında da bilgi sahibi olmamızı sağlar. (http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144115.pdf Erişim tarihi:02.02.2019, <https://www.tkd.org.tr/HTBulteni/PDF/BULTEN-1-1.PDF> Erişim tarihi: 19.04.2019).

2.7.1.4. İzole Klinik/Beyaz Önlük Hipertansiyonu

Bazı hastalarda gün içinde 24 saatlik veya evdeki KB ölçüm değerleri normal olmasına rağmen, hastanede ölçülen KB sürekli yüksek çıkması ile karakterize bir durumdur. Bu durum genel olarak beyaz önlük hipertansiyonu olarak adlandırılır. Hastanede ölçülen KB'nın en az üç farklı yapılan ölçümde $\geq 140/90$ mm/Hg bulunması ve 24 saatlik ortalama KB ile gündüz kan basıncının normal sınırlarda olması durumuna İzole Klinik/Beyaz Önlük HT denir (http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144115.pdf Erişim tarihi:27.12.2018)

2.7.1.5. İzole ambulatuvar ya da maskelenmiş HT

Beyaz önlük HT'nin aksine bu durumda ofis KB normal, ambulatuvar ya da evde ölçülen KB değerleri yüksektir (http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144115.pdf Erişim Tarihi: 20.04.2019).

2.7.2. Tıbbi Öykü

Tıbbi öyküde ilk olarak hipertansiyon tanısının ne zaman konulduğu, daha önceki KB değerleri, kullandığı ilaçlar, ilaç kullanma alışkandığı, ailesel HT öyküsü, ek hastalık, tetikleyici faktörler, çevresel faktörler ve çeşitli organ hasarı belirtileri varlığı sorgulanır (Kılıç ve Üstü 2012, Arıcı ve ark 2015, Tekin 2016).

2.7.3. Fizik Muayene

İlk olarak kan basıncı ve nabız ölçümü yapılır. Fizik muayenede sekonder hipertansiyon düşündürülen bulgulara ve organ hasarına dair belirtiler mutlaka aranmalı, şüpheli belirtiler atlanmamalıdır. Bel çevresi, kilo ve boy ölçümleri, Beden Kitle İndeksi (BKİ) hesaplaması yapılmalıdır (Keleş 2013). Gözle görülebilir, palpe edilebilir, duyulabilir ve hissedilebilir bulgular gözden kaçırılmamalıdır. Aynı zamanlı farklı kol ölçümleri, bölgesel nabız farklılıkları, motor ve duyu kaybı, fundoskopik anormallikler, kalpte üfürüm, aritmiler, pulmoner raller, periferik ödem gibi değerlendirmeler fizik muayenede önemlidir (Bozdemir ve Kara 2010, Arıcı ve

ark 2015, ESH/ESC 2018).

2.7.4. Laboratuvar

Hipertansif hastalarda rutin yapılması gereken testler; geniş biyokimya parametreleri, kreatinin klirensi, hemoglobin, hemotokrit, idrar analizi, elektrokardiyografi ve glikolize hemoglobindir (HbA1c). HbA1c %5,7- 6,4 ise diğer testlerle beraber glukoz tolerans testinin yapılması önerilmektedir (Kılıç ve Üstü 2012, Keleş 2013).

2.7.5. Genetik

Hipertansiyon mültifaktöriyel genetik bir hastalık olmakla birlikte nedenleri arasında genetik etmenler ilk sıralarda yer alır. Bazı genetik faktörler de ve ailede HT öyküsü hipertansiyon oluşumunda önemli faktörler arasında yer alır (Şahin, Güner, Dirican, Yengil, Özer 2018). Bunların yanı sıra kan basıncını kontrol eden genlerde mutasyon gelişebilmekte ve bu durumda hipertansif ilaç kullanan hastalarda ilaca yanıtı etkilenebilmektedir (Keleş 2013). Renin-Anjiotensin sistem ile ilişkili genler hipertansiyon gelişiminde en etkili genler olduğu belirlenmiş olup, bu sistemdeki genetik bozukluklar organizmada artmış su ve tuz tutulumuna sebep olarak renal disfonksiyona sebep olur ve organizmada HT oluşumu için zemin hazırlar (Babalık 2005).

2.8. HİPERTANSİYONDA TEDAVİ

Hipertansiyon tedavisi; farmakolojik, nonfarmakolojik ve hastalara verilen eğitimle uzun soluklu aktif bir süreçtir. Kronik hastalıkların başında gelen HT, her açıdan bireyi etkileyebilecek evrensel önemli bir sağlık sorunudur (Keleş 2013). Kan basıncı kontrolünün sağlanması ve uygun tedaviyle kardiyovasküler kökenli hastalıkların görülmesi ve buna bağlı ölüm oranlarının azalması sağlanabilir. Hastaya özgün olan uygun tedavi ve hasta eğitimle kişinin uzun ve sağlıklı bir hayat sürmesi sağlanabilir (Özdemir, Akyüz ve Doruk 2016, Kabakçı 2013). Tedaviye başlamak, kan basıncı değerleri ve kardiyovasküler risklerin değerlendirildiği iki ölçüte dayanmaktadır. Tedavide birincil hedef, toplam kardiyovasküler riski en aza indirmektir. Bu hedefin sağlanması için de antihipertansif tedavinin kardiyovasküler risk gelişmeden önce enken aşamada başlaması gerekmektedir (Kabakçı 2013, JNC 7 ve JNC 8 ve Canadian Hypertension Education Program; CHEP). Klavuzların ortak anlayışına

göre göre yaşam tarzı değişiklikleri hipertansiyon tedavisinde en önemli aşamalarından birini oluşturmaktadır (JNC 7, JNC 8, CHEP 2012). Kilo kontrolünün sağlanması, fiziksel aktivite ve egzersize önem verilmesi, alkol alımının kısıtlanması, tuz tüketiminin bilinçli hale getirilmesi, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı değişiklikleri hasta ve hasta olmayan tüm kişilere önerilir (Yeşil ve Altıok 2012, Irmak ve ark 2007, Kolcu ve Ergün 2016, <http://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> Erişim tarihi: 12.02.2018).

2.8.1. Nonfarmakolojik Tedavi

2.8.1.1. Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Birçok hipertansiyon kılavuzlarında yaşam tarzı değişiklikleri KB'yi düşürücü tedavide ilk yaklaşım olarak vurgulanmaktadır (ESC/ESH 2013, ESH/ESC 2018, JNC 7, JNC 8). Yaşam tarzı değişiklikleri hipertansif ilaç gereksinimini ortadan kaldırmakta ve hastanın kendi kendini tedavi edebilmesinde en önemli faktör olarak bildirilmektedir. Kardiyovasküler hasarlar ortaya çıkmadan başlanan yaşam tarzı değişikliklerine yönelim tedavi etkinliğini arttırmakta ve hastanın kendi kendine tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Nonfarmakolojik tedavi tüm hipertansiyon hastalarına önerilmeli ve yaşam tarzı değişikliklerine yönlendirilmelidir. Bu değişikliklerle hipertansif etkiler azaltılabilir ve ortadan kaldırılabilir. İlaç kullanan hipertansif kişilerde KB regülasyonu, ilaçların sayısının ve dozlarının azaltılmasını sağlar. KB düşürücü etkisi olan en önemli yaşam tarzı önerileri; tuz kısıtlaması, alkol tüketiminin kısıtlanması, sağlıklı beslenme ve uygun diyet, kilo kontrolü, düzenli egzersiz ve sigaranın bırakılması olarak sıralanabilir (ESH/ESC 2013, Arıcı ve ark 2015, Özdemir 2016, <http://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> Erişim tarihi: 12.09.2017).

2.8.1.2. Tuz Kısıtlaması

Primer hipertansiyon oluşumunda birçok faktör etkin rol oynamaktadır fakat en önemlilerinden birisi metabolizmadaki sodyum atılımı ve tutulumudur. Dünya geneli yetişkin nüfusun tuz tüketim oranı ortalama 9-12 gram olduğu belirtilmektedir

(Brawn, Tzoulaki, Candeias and Elliott 2009). Sodyum ağırlıklı besinlerle beslenme hipertansif ve normotansif kişilerde kan basıncı seviyesinde yükselmelere neden olmaktadır (Kanbay, Chen, Solak and Sanders 2011). Ülkemizde aşırı tuz tüketiminin nedenleri incelendiğinde yemeklere fazladan tuz atma ihtiyacı hissetme ve kültürel sebepler göze çarpmaktadır. Gelişen teknolojiyle birlikte hazır gıdaya yönelimin sebep olduğu ölçüsüz tuz kullanımı artmaktadır (http://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/ht_b%C3%BClten_sayi5%20WEB.pdf Erişim tarihi: 12.12.2017, <http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/tuz.pdf> Erişim tarihi: 12.12.2017). Bu durumun sonucu olarak daha kalorili ve tuzlu gıdalarla beslenen ve sedanter bir yaşam süren obez kişi sayısı artmaktadır. Mevcut duruma genetik yatkınlığında eklenmesi HT kontrolünü son derece zor bir hale getirmektedir. Yapılan bir çalışmada tuzlu beslenmenin antihipertansif ilaç kullanan kişilerde hipertansiyon kontrolünü olumsuz etkilediği gösterilmiştir (Günel ve Günel 2010). Yapılan diğer bir çalışmada öğünlerinde tuzu makul oranda ya da az kullandığını ifade bireylerde %32,1 olan hipertansiyon bulunma durumu, aşırı tuz kullandığını ifade eden bireylerde %52,7 olduğu belirlenmiştir (Öztürk, Çilingir ve Hintistan 2011). Türkiye’de tuz tüketimi dikkate alındığında KB kontrolünde sıkıntı yaşanan hastalarda tuz tüketiminin kısıtlaması gerekmektedir. Tuz kullanımının azaltılması HT takip ve tedavisinde en önemli yaşam tarzı değişikliklerindedir. Çöl ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise çalışmaya katılan bireylerin hipertansiyon kontrolü için en çok değiştirdikleri yaşam tarzı değişikliğinin (%47,8) diyetdeki tuz kısıtlaması olduğu bulunmuştur (Çöl, Özdemir ve Çoktan 2006). Farklı toplum ve kültürlere göre tuz tüketim miktarı değişmekle, genel olarak birçok ülkede tuz kullanımı 9-12 g/gün civarında değişmektedir. Çeşitli sebeplerle tuz tüketiminin fazla olduğu ülkemizde bu oran daha da yüksek olduğu belirtilmektedir. (http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/turkiye_asiri_tuz_tuketiminin_azaltilmasi.pdf Erişim Tarihi:12.12.2017). Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından 1970 katılımcıyla gerçekleştirilen Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması (SALTürk), ülkemiz bazında tuz kullanımının ortalama 18,01 g/gün (308,3 ± 143,1 mmol/gün) civarında olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmada tuz tüketiminin birçok etkenle ilişkisi tespit edilmiş olup, her 100 mmol/gün tuz alımının SKB’ de 5,8 mmHg, DKB’ de ise 3,8 mmHg artışa neden olduğu bildirilmiştir (SALTürk

<http://www.turkhipertansiyon.org/UserFiles/File/salt.pdf> Erişim tarihi: 12.12.2018). Tuz tüketiminin azaltılması ile HT gelişimini, KB regülasyonunu ve ilaç kullanma ihtiyacını azaltmak hedeflenmektedir. Özellikle ülkemizdeki tuz tüketiminin fazla olması, hastaların KB kontrolünde başarısız olmalarına sebep olduğundan dolayı tuz kısıtlamasına ülke çapında alınabilecek önlemlerle ayrıca önem verilmelidir. (SALTürk <http://www.turkhipertansiyon.org/UserFiles/File/salt.pdf>, Erişim tarihi:12.12.2017, ESH/ESC 2013, Özpancar 2016, http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/turkiye_asiri_tuz_tuketiminin_azaltilmasi.pdf Erişim tarihi: 12.08.2018) Aygün ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada hipertansiyona sahip kişilerde gıdaların tuz içeriklerine ait bilgileri ile bu gıdaları tüketmeleri arasındaki uyumu, hipertansif olmayanlara göre daha iyi olduğu belirlenmiş, tüm yaş aralıklarında olan normal tansiyona sahip bireylerin tuz kullanımlarının azaltılması ve bu konuda yeterli eğitimin verilerek kardiyovasküler sorunların azaltılması ve tedaviye uyumun artmasının sağlanması önerilmiştir (Aygün, Yavuz, Aygün ve Yıldırım 2015).

2.8.1.3. Alkol Tüketiminin Kısıtlanması

Alkol tüketimi kardiyovasküler sistem hastalıklarının ortaya çıkma riskini arttırdığı ve tetiklediği belirtilmektedir (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf?ua= Erişim tarihi: 12.07.2018). DSÖ küresel açıdan bakıldığında 2 milyar kişinin alkol tükettiğini bildirmiştir (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44499/9789241564151_eng.pdf?sequence=1 Erişim tarihi: 11.03.2019). Alkol alımı kan basıncını akut olarak artırır ve hastaların çoğunda hipertansiyona neden olur. HT hastaları alkol alımını azaltmaları yönünde teşvik edilmeli ve bu konuda gerekli eğitimlerle birey yönlendirilmelidir (Özpancar 2016). Günlük alınan etil alkol miktarı 20-30 g'ı geçenlerde hipertansiyon prevalansı artmaktadır. Alkol kullanımına bağlı olarak antihipertansif ilaçların etkisi azaldığı ve kardiyak inme riskinin arttığı bildirilmektedir. Alkol miktarı erkeklerde günlük 20-30 g, kadınlarda 10-20 g'ın üzerinde olmamalıdır (Öksüz 2004, Kayıkçıoğlu ve Özdoğan 2015, Ekim 2018).

2.8.1.4. Sağlıklı Beslenme ve Uygun Diyet

Hipertansif bireylerin taze sebze ve meyve, düşük yağ içeren süt ürünleri, lifli gıdalar, deniz ürünleri, tahıllı gıdalar ve bitkisel proteinler tüketmeleri; doymuş yağları ve yüksek kolesterol oranı içeren gıdaları diyetten çıkarmaları gerekmektedir. Doğru beslenme stratejilerine diğer yaşam tarzı değişikliklerinin de eşlik etmesi gerektiği bildirilmiştir (ESH/ESC 2018). Hipertansiyon hastalarında kan basıncını düşürmek ve hipertansiyona komplikasyonlarını önleyebilmek amacıyla, doymuş yağ asitlerinin, tam yağlı besinlerin, şekerli yiyecek ve içeceklerin miktarının azaltıldığı, buna karşın K⁺, Ca⁺⁺, Mg⁺⁺, lif ve protein yönünden zengin besinlerin yer aldığı DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyeti önerilmektedir. Bu diyetle tahıllar, beyaz et, bitkisel yağlar, sebze ve meyve ağırlıklı bir beslenme biçimi uygulanırken; kırmızı et, şekerli ve katkılı yiyecek-içecekler, doymuş yağ yağlar diyetle olabildiğince azaltılmıştır. DASH diyetinde proteinler günlük besin alımının %18'ini, karbonhidratlar %55'ini, yağlar ise %27'sini oluşturmaktadır (Miller et al 2002). DASH diyetinin hipertansiyon kontrolünde etkili olduğu bildirilmiş ve yüksek KB'li hastalarda DASH diyeti ile birlikte yapılan egzersiz ve diğer yaşam tarzı değişiklikleriyle hipertansiyonda belirgin düşüşler sağlanmıştır (ESH/ESC 2013). Yapılan bir çalışmada DASH diyeti ve tuz kısıtlamasıyla birkaç hafta sonunda kontrol grubuna göre SKB'de 9 mmHg, DKB' de ise 4,5 mmHg 'lik düşme olduğu tespit edilmiştir (Sacks et al. 2001). Yapılan diğer bir çalışmada ise DASH diyetiyle birlikte karbonhidrat ve protein alımının artması, sodyum alımının azaltılması ile SKB' de 4,6 mmHg, DKB'de ise 3,99 mmHg azalma olduğunu belirlenmiştir (Harnden, Frayn and Hodson 2009). Juraschek ve arkadaşlarının çalışmasında ise SKB 120-159 mmHg olan 22 yaşından büyük ve kronik hastalığa sahip olmayan kişilerde, DASH diyeti ve tuzdan kısıtlı diyet ile birlikte katılımcılarda SKB' nin azaldığı gösterilmiştir Juraschek, Miller, Weaver and Appel 2017).

DASH DİYETİ (Hipertansiyon Diyeti, Dietary Approaches to Stop Hypertension);

Hipertansif hastalarda etkinliği kanıtlanmış bir diyettir. İçeriğinde taze sebze- meyve, posalı gıdalar, yağı azaltılmış süt ürünleri, beyaz et, balık, kabuklu yemişler,

tohumlar açısından zengin bitkisel protein içerikli besinler olan ve günlük tuz alımını olabildiğince kısıtlayan bir diyet programıdır. DASH diyeti hipertansiyonu önlemek için geliştirilmiş esnek ve dengeli bir beslenme planıdır.

- Yağ ve kolesterol oranını düşüren,
- Sebze-meyve yağsız veya yağı azaltılmış süt ürünleri,
- Kepekli tahıl ürünleri, beyaz et, tohumlar ve bitkisel yağlardan zengin,
- Mümkün olduğunca şekeri kısıtlayan ve kırmızı et içeren,
- Tuz tüketiminin 1,5-3 g'a kadar düşürülmüş ve tuz tüketimi olabildiğince sınırlanmış,
- Yararlı elektrolit ve lifli besinlerden zengin bir diyeti içerir.

(ESH/ESC 2013; Bıçak, Mazıcıoğlu ve Üstünbaş 2013, Uzdil ve Kaya 2018; https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/new_dash.pdf Erişim tarihi: 09.12.2018, http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2011/salon_2/2011-05-20/15.40/gultekin_genctoy/gultekin_genctoy.pdf Erişim tarihi: 12.12.2018)

2.8.1.5. Kilo Verme ve Kiloyu Koruma

Ülkemizde bakanlık verilerine göre erişkin popülasyonun %34,6'sının fazla kilolu, %30,3'ünün de obez olduğu bildirilmiştir (http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/TBSA_Beslenme_Yayini.pdf Erişim Tarihi:12.02.2017). TEKHARF çalışmasının sonuçlarında ise 30 yaşını geçmiş erkeklerinin %25,2 kadınların ise % 44,2'sinin obez olduğu tespit edilmiştir

(http://diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/turkiye_sagliklibeslenme_ve_hareketli_hayat_programi.2014_2017.pdf Erişim Tarihi:12.02.2019). Aşırı ve kontrolsüz kilo alımı birçok hastalık için zemin oluşturmaktadır. Bu sebeple kilo kontrolü fazla kiloya sahip hipertansif hastalarda risk faktörlerinin kontrolü için önemli etkenlerden biridir. (Nazlıcan, Demirhindi ve Akbaba 2011, Arıcı ve ark 2015). Kilo ile kan basıncı arasında doğrudan bir ilişki bulunmakta, kilo alımıyla birlikte kan basıncının yükseme riski de artmaktadır (Kaya 2003). Yapılan bir çalışmada HT ve obezite arasındaki ilişki incelenmiş ve hipertansiyonu olan bireylerde obezite görülme sıklığının önemli ölçüde yüksek olduğu tespit edilmiştir

(Nazlıcan ve ark 2011). Bir ilkokulda yapılan diğer bir çalışmada da öğrencilerin %13,9'u obez, %14,2'si kilolu bulunmuş ve obez öğrencilerin birinci derece yakınları obez olduğu ve bu kişilerin birçoğunun hipertansif birey olduğu belirlenmiştir (Önsöz ve ark 2011). Sağlıklı kilonun (BKİ 25 kg/m² civarında) ve bel çevresinin (erkeklerde <102 cm ve kadınlarda <88 cm) korunması ve sağlanması normotansif kişilerde hipertansiyonun önlenmesi için, hipertansif kişilerde ise KB'nin azaltılmasını sağlamak için önemlidir (ESH/ESC 2013). Kilo kontrolü, sağlıklı kilo verme ve uygun yaşam tarzı değişiklikleriyle kan basıncının düzenlenmesi ve kontrol altına alınması sağlanabilir (Harsha ve Bray 2008).

2.8.1.6. Düzenli Fiziksel Egzersiz

Yaşa ve kapasiteye uygun şekilde yapılan düzenli egzersiz HT kontrolünde ve kardiyovasküler hastalık risklerinden korunmada önemli faktörler arasında yer almaktadır. Artan teknolojiyle birlikte zamanın verimli kullanılması ihtiyacı artmakta ve ulaşımın daha çok araçlarla yapılması fiziksel hareketi kısıtlamaktadır. Bunun sonucu olarak günümüzde sedanter yaşayan obez bireylerin sayısı hızla artış göstermektedir. Genetik yatkınlığında etkisiyle hipertansiyonun kontrolü daha da zorlaşmaktadır (Günel ve Günel 2010, Kayıhan ve Ersöz 2009). Ülkemizde yapılan bir çalışmada günlük yaşamında hızlı olduğunu ifade eden bireylerde %25,4 bulunan HT prevalansının, aktivite durumunun daha az olduğunu belirtenlerde %36,9'a yükseldiği gösterilmiştir (Günel ve Günel 2010). Özellikle fazla kilolu ve hipertansif olan bireylere haftada birkaç kez 30 dakikadan az olmayan fiziksel egzersizler önerilmekte, buna ek olarak gün içinde hareketi olmak tavsiye edilmelidir. Fiziksel aktivitenin hipertansiyonun önlenmesinde, tedavisinde, kan basıncının düşürülmesinde, kardiyovasküler risk ve mortalitenin azaltılmasında etkili olduğu bildirilmektedir (Keleş S 2013, Karapolat ve Durmaz 2008).

2.8.1.7. Sigaranın Bırakılması

Sigara kullanımı kronik hastalıklar bakımından önemli bir risk faktörüdür. Sigarada bulunan nikotin maddesinin kalp hızını arttırdığı ve periferel vazokonstrüksiyona

neden olduğu belirtilmektedir (Mert, Özçakar ve Kuruoğlu 2011; Başar 2008). Türkiye’de yaşayan toplam 14,8 milyon kişinin (%27,1) sigara kullandığı, tütün kullanım sıklığının erkek bireylerde %41,5, kadınlarda ise %13,1 olduğu tespit edilmiştir (http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf Erişim tarihi: 13.12.2018). Sigara kullanımı kan basıncı değişikliği ve kardiyovasküler hastalıklar bakımından önemli bir risk etkenlerinden biridir. Sigara kullanımının bırakılması; kardiyovasküler hastalıkların önlenmesinde tek başına en etkili yaşam tarzı değişikliklerinden biri olduğu bildirilmektedir (ESH/ESC 2013). Yapılan bir çalışmada sigara tüketiminin hipertansif hastalar için majör risklerden biri olduğu gösterilmiştir (Tocci et al 2015). 28,236 kadın üzerinde yapılan diğer bir çalışmada ise başlangıçta 15 adet sigara içen bireylerin 10 yılsonunda hipertansif olma olasılığının, içmeyenlere göre %11 civarında arttığı bulunmuştur (Bowman, Gaziano, Buring and Sesso 2007). Gelişmekte olan ülkelerde sigara içme sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Ülkemizde sigaranın zararlarına verilen önem son yıllarda artmaya başlamıştır. Kamu ve özel basın yayın kuruluşları tütün kullanımına karşı önemli etkinlikler düzenlenmeye başlanmış ve başarılı olarak uygulanan bu tedbirlerin hipertansiyon insidansını ilerleyen yıllarda olumlu etkilemesi beklenmektedir. Sigarayı bırakmaya yönelik önlemler HT kontrolüne yönelik önemli yaşam tarzı değişiklikleri arasında yer almaktadır (Sönmez ve ark 2000, Abacı 2011, Keleş 2013, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf> Erişim tarihi: 20.04.2019)

2.8.1.8. Stres yönetimi

Hipertansiyona meyilli kişilerde, emosyonel strese cevap olarak sempatik sinir sisteminin önemli olarak etkilenmesi ve buna tepki olarak oluşan otonomik cevapların sonucu olarak hipertansiyon ortaya çıkmaktadır. Stresin, hipertansiyona meyilli bireylerde kan basıncı yükselmesine neden olduğu bildirilmektedir (Çelik ve Özdemir 2010). Türkiye'nin Tansiyonunu Ölçüyoruz Projesi'nin istatistik analiz raporuna göre "Tansiyonunuzu etkilediğini düşündüğünüz en önemli faktör nedir?" sorusuna çalışmaya katılan bireyler %27,7 oranında stres yanıtı verilmiştir. Kronik bir hastalık olan hipertansiyonun beraberinde getirdiği hastalık yönetimi, diyet, ilaç kullanımı gibi faktörlerde kişide stres oluşumunu tetikleyebilmektedir. Buda bireyde

üzüntü, öfke, endişe, ölüm korkusu, depresyon gibi birçok olumsuz durumun gelişmesine neden olabilmektedir (Özdemir ve Taşçı 2013). Psikolojik etmenler hipertansiyon riskini artırır, emosyonel stres ise kan basıncında ani değişmelere neden olur (Öksüz 2004). Stresin nedenlerinin sorgulanıp çözüm yolları bulunması, gerekli eğitimlerin verilip stresin azaltılması ve gevşeme tekniklerinin kullanılması stres yönetiminde etkili olabilmektedir (Özpancar 2016, Kılıç ve Uzunçakmak 2016). Ülkemizde 65 yaş üstü hipertansif hastalar ile yapılan bir çalışmada ev ziyaretleri sırasında verilen eğitim ve bakımın bireylerde kan basıncı değerlerinde ve stres yönetimi davranışlarında anlamlı azalma sağladığı gösterilmiştir (Çevirme, Yıldız, Aygin ve Kavaklı 2010).

2.8.2. Hipertansiyonda Farmakolojik Tedavi

Hipertansiyonun önlenmesi ve tedavisinde yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra farmakolojik tedavi de çok önemlidir (Gürel, Çeliker, Aygen ve Doğukan 2013). İlaç tedavisine başlanmasındaki amaç; SKB'yi 140 mmHg, DKB'yi ise 90 mmHg'nın altında tutulmasını sağlayarak bireyin yaşam kalitesini arttırmak, hipertansiyon nedeniyle gelişebilecek morbidite ve mortaliteyi olabildiğince aza indirmektir (ESH/ESC 13, JNC 7-8). ESH/ESC 2013 klavuzunda hipertansif hastada hastada eğer hedef organ hasarı, diyabet, kardiyovasküler hastalık ve kronik böbrek yetmezliği var ise yaşam tarzı önerilerinin yanı sıra hemen ilaç tedavisine başlanması önerilmektedir. JNC 8 klavuzuna göre ise genel yaşam tarzı değişikliklerine rağmen tansiyonu 140/90 mmHg üzerinde olan hipertansif bireylerde farmakolojik tedaviye başlanması önerilmektedir. ESH/ESC 2013 klavuzunda HT tedavisinde Diüretikler (tiyazidler, klortalidon ve indapamid), Beta Blokörler (BB), kalsiyum antagonistleri (KA), Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ADEİ) ve anjiyotensin reseptör blokörleri (ARB)'nin tekli veya çeşitli şekilde kullanımının uygun olacağını belirtilmiştir (ESH/ESC 2013, JNC 8, Barçın 2014 <http://tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/HTBulten-Sayi1.pdf> Erişim tarihi: 13.03.2019).

Antihipertansif ilaçlar başlıca 5 grupta toplanmıştır.

- Diüretikler
- Beta Blokerler (BB)

- Kalsiyum Antagonistleri (KA)
- Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ADEİ)
- Anjiyotensin Reseptör Blokörleri (ARB)

2.8.2.1. Diüretikler

Diüretiklerin etki mekanizması kandaki sodyum atılımını artırıp, kan hacmini azaltarak etki etmesidir. Diüretikler etki ettikleri alanlara göre kıvrım diüretikleri tiyazidler ve türevleri ve potasyum tutucu diüretikler şeklinde sınıflandırılmaktadır (Keleş 2013) Özellikle tiyazid diüretikler, ucuz, etkin ve güvenilir olmaları hipertansiyonun uzun dönem tedavisinde kullanılabilmesine olanak sağlamaktadır. Diüretikler, kan basıncının azaltılması ve tedavisinde ilk kullanılan gruptur (Gürel ve ark 2013, Şendur ve Güven 2011). Diüretikler günümüzde daha çok kombinasyon tedavilerinde kullanılmaktadır. Diüretik tedavisi sırasında oluşabilecek yan etkiler sıvı elektrolit denge bozuklukları, metabolik değişiklikler, hiperürisemi, lipid profiline olumsuz etki, glukoz intoleransı, allerjik cilt reaksiyonlardır (Gürel ve ark 2013, Keleş 2013)

2.8.2.2. Beta-Blokerler (BB)

Beta-blokerler etkilerini beta-adrenoreseptörleri bloke ederek, kalp hızında ve debisinde azalma sağlayarak periferik vasküler direnci düşürerek gösterirler. Renin salınımını engeller, anjiyotensin II ve aldosteron üretimini azaltır. Merkezi sinir sistemi (MSS)'nden adrenerjik salınımı azaltarak etki eder. Beta-blokerler antihipertansif tedavide diüretiklerle birlikte uzun süre en sık kullanılan ilaçlardır. İskemik ve iskemik olmayan kalp yetersizliğinde etkili olan Betablokerlerin miyokard doku ve kalbin diğer yapılarındaki sempatik tonüsü azaltarak kalbin çeşitli işlevsel parametrelerinde etki göstermektedirler. Kalbin kasılma ve atım hızını azaltmada etkilidirler. Tedavinin durdurulmasıyla ani ilaç kesilme sendromu (sinirlilik, taşikardi, anjina, KB'nin yükselmesi), MSS etkileri (huzursuzluk, uykusuzluk), diyare, konstipasyon ve hazımsızlık görülebilir (Şendur ve Güven 2011, Gürel ve ark 2013, Keleş 2013)

2.8.2.3. Kalsiyum Antagonistleri

Kalsiyum antagonistleri voltaj bağımlı kalsiyum kanallarını bloke ederek periferik damar direncini ve kan basıncını düşürmede etkilidirler. Arteriyel dilatasyona sebep olarak periferik direncin azalmasını sağlar ve KB' yi düşürür (https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_2c93c.htm?wbnum=1107 Erişim tarihi: 03.03.2019). Birincil kullanımı için hafif ve orta derece HT'de tekli olarak kullanılırken, diüretik ve BB'lere ek olarak ileri yaş grubundaki kişilerde kullanılabilir. Kalsiyum kanal blokerleri hipertansiyon tedavisinde hem tekli olarak hem de kombine olarak etkililiği kanıtlanmış ilaçlardır. Tolerasyonu güçlü antihipertansifler arasındadırlar. Baş ağrısı, yüzde ve ciltte kızarıklık ve döküntüler , kulak çınlaması, bulantı ve kusma, bradikardi, ödem, hipotansiyon gibi yan etkileri görülebilmektedir (https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_2c93c.htm?wbnum=1107 Erişim tarihi: 13.03.2017, Şendur ve Güven 2011, Gürel ve ark 2013, Keleş 2013)

2.8.2.4. Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri (ADEİ)

Renin Anjiyotensin-Aldosteron Sistemi (RAAS) birçok doku ve organı etkileyen karışık bir endokrin sistem olmasının yanı sıra HT patogenezinde de rol alan en önemli sistemdir. RAAS organizmada sıvı-elektrolit dengesini sağlanması, plazma hacminin ve kan basıncının düzenlenmesinden sorumludur. RAAS sisteminin aktivasyonu ile anjiyotensin I, ACE enzimiyle anjiyotensin II 'ye dönüşerek hipertansiyon patogenezinde rol oynar. Anjiyotensin II'nin iki büyük sistemik etkisi; sodyum ve su retansiyonu ile damarlarda daralmaya sebep olmaktır. Bu aşamada ADEİ antiotensin I 'in anjiyotensin II ' ye dönüşmesini bloke ederek etkisini gösterir. ADEİ, renal arter stenozu, nefropatik hastalıklar ve malign hipertansiyon gibi patolojilerde en etkili antihipertansiflerdir (Gürel ve ark 2013, Keleş 2013, (https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/4_2c93c.htm?wbnum=1107 Erişim tarihi: 13.03.2019)

2.8.2.5. Anjiyotensin Reseptör Blokörleri (ARB)

Anjiyotensin Reseptör Blokörlerinin en önemli etkisini anjiyotensin II'nin tip 1 reseptörlerini bloke ederek gösterir. ARB'ler iyi tolere edilen ve yan etkileri az olan

ilaç gruplarıdır. ARB'lerin en önemli avantajlarından biri de kan basıncını azaltırken kardiyak hızda ve kardiyak debide değişiklik oluşumamasıdır (Kabakçı 2013, Gürel ve ark 2013, Tekin 2016). Öksürük dışında tüm yan etkileri ACE inhibitörleri gibidir. (http://www.turkhipertansiyon.org/egitim_doc/24antihipertansif_tedavide_yan_ etkiler.pdf Erişim Tarihi: 14.11.2018).

2.9. HİPERTANSİYONUN YOL AÇTIĞI SORUNLAR

En önemli kardiyovasküler sistem hastalıklarından olan hipertansiyonda içinde bulunduğu kronik hastalıklar toplumsal bir sağlık sorunudur. Diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi hipertansiyonda da hastalığın tıbbi yönetiminin yanında fiziksel, sosyal, psikolojik, finansal ve ekonomik olarak birey üzerinde birçok etkisi bulunmaktadır. Kronik bir sorun olan HT, kişide yaşam tarzı değişikliklerini beraberinde getirdiği için yaşam kalitesini de olumsuz olarak etkilemektedir (Küçükberber, Özdilli ve Yorulmaz 2011, Özdemir ve Taşçı 2013). Kardiyovasküler hastalıklar genel olarak hastanede yatış endikasyonu doğurduğundan ve buna bağlı olarak kişide iş gücü kaybına neden olarak kişisel ve toplumsal olarak finansal kayıplara ve mali açıdan bağımlılığa neden olur ve bu durum kişinin psikososyal uyumunu olumsuz etkiler. HT, birçok sistem üzerinde etkisi olan önemli bir sağlık sorunudur. En önemli sistematik etkilerini inceleyecek olursak kontrolsüz bir hipertansiyon varlığı kalp üzerinde sol ventrikül hipertrofisi, kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı, miyokard infarktüsü gibi çok ciddi kardiyak hasarlara neden olur. Uzun süreli devam eden hipertansiyon, uzun süreli kan basıncı değişikliklerinin kompanse edilememesi ve buna bağlı glomerüler filtrasyon hızının artmasına bağlı olarak proteinüri ve hipertansif hastalarda görülme olasılığı artan albüminüriye neden olabilir. Göz üzerinde çeşitli derecelerde retina hasarlarına ve retinopatiye sebep olurken nörolojik olarak serebral arterlerde hipertrofiye, inme, iskemik atak ve hipertansif ensefalopatiye neden olabilir (Karadakovan ve Aslan 2009, Keles 2013). HT, genel olarak kişiyi her yönden olumsuz etkileyen fonksiyonel bir bozukluktur. Kişinin bu durumdan en az zararlı kurtulabilmesi için sosyal destek, hastalık yönetimi ve psikososyal uyumunu arttıracak fiziksel, sosyal ve emosyonel bir desteğin var olması kişi ve toplum açısından son derece önemlidir (Tokem, Taşçı ve

Yılmaz 2013).

2.10. HİPERTANSİYON HASTALARINDA TEDAVİYE UYUM VE UYUMU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dünyada yetişkin ölümlerin %6' sının nedeni olan hipertansiyon, genel ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Bu önemli oranlara rağmen hipertansiyon doğru kontrol yöntemleriyle önemli oranda önlenebilir bir risk faktörüdür (Vatansever ve Ünsar 2014, Gün ve Korkmaz 2014). Ancak, hipertansiyon kontrol oranları gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde büyük oranda benzerlik göstermekte ve genel olarak dünyanın birçok ülkesinde yetersiz olduğu bildirilmektedir. Hipertansiyon kontrolünün hem dünyada hem de ülkemizde istenilen düzeye çıkarılamamasında en önemli faktörlerden biride tedaviye uyumsuzluktur. Dünyada hipertansif bireylerin sadece %50'si hipertansif olduğunun farkında, bunların %50'si ilaçla tedavi edilmekte ve tedavi olanların ise sadece %50'sinin tansiyonu istenilen düzeylerde tutulabilmektedir (Büyüköztürk ve ark 2004, Hacıhasanoğlu 2009). Uyum; hastanın davranışlarındaki değişimler, düzenli ilaç kullanımı, diyet yapmak ve diğer yaşam biçimi değişikliklerini yerine getirmek amacı taşıyan önerileri günlük hayata taşımaktır. Uyum, hipertansiyon tedavisinde en önemli eken olmasına rağmen çoğunlukla ihmal edilen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Hipertansiyonda hastalık yönetiminde başarılı olmak için kan basıncı kontrolünün sağlanması ve kontrolü devam ettirmede hastaların bilinçli, kararlı ve tedaviye uyum göstermeleri gerekmektedir (Tümer ve ark 2016, Özpancar 2016). Hipertansiyon tedavisine uyumu arttırmak hasta ve ailesinin eğitilmesiyle mümkündür. Uyumu arttırmanın bir yolu da tedaviye ilişkin kararlara hastanın katılmasının sağlanmasından geçer. Hasta ve ailelerine düzenli eğitimler verilmeli, hastalar kan basıncılarını düzenli takip etmeleri konusunda bilinçlendirilmeli, hasta sağlık kontrollerinde her açıdan değerlendirilmeli, hasta sağlık bakım ekibiyle sürekli iletişim içinde olarak tedaviye uyumla ilgili cesaretlendirilmelidir (Aşilar 2015).Yapılan deneysel bir çalışmada hipertansif bireylere verilen tedaviye uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını arttırmaya

yönelik eğitim sonucunda deney gruplarında tedaviye uyumun arttığı gösterilmiştir (Hacıhasanoğlu 2009). İlaç tedavisine uyum tedavi sürecinde son derece önemli olmasının yanında özellikle kronik hastalıklarda yüksek bir tedaviye uyum elde etmek oldukça zordur. DSÖ geliştirmekte olan ülkelerde kronik hastaların tedaviye uyum düzeyinin %50 olduğunu bildirmiştir (<http://www.who.int/chronic-conditions/en/adherence-introduction.pdf>. Erişim tarihi: 11.11.2018). İlaç tedavisine hasta uyumunun istenilenin altında olması hipertansiyon yönetimindeki başarısızlığın en önemli nedenidir. Hastaların durumun ciddiyetinin farkında olmaması, kan basıncı düzeylerinin kontrollü olduğuna inanmaları, farmakolojik tedaviden kaçınma, ilacın yararlı olduğunu kabul etmeme, maliyet korkusu, sigara, alkol ve aşırı tuz tüketimi, önerilen yaşam biçimi değişikliklerine ve tedavisine yetersiz uyum, hastalık belirtilerinin olmaması, ilaç kullanıma zamansal olarak dikkat edilmemesi, hastalığın baskılanıyor olması, psikiyatrik hastalıkların varlığı, hasta ve hastalığa ilişkin uyumsuzlukla ilgili etkenler arasında yer almaktadır (Hacıhasanoğlu 2009, Ögel ve ark 2012, Gün ve Korkmaz 2014). Tedaviye ilişkin faktörler ise uzun süren tedavi süreci, çoklu ilaç kullanımı, ilaçların yan etkileri, ilaçların maliyeti, davranışı değiştirmede ve alışkanlık kazanma sürecindeki zorluklar, çoğunlukla ömür boyu takip ve tedavi hastanın tedaviye uyumunu azaltan en önemli faktörler olarak sıralanabilir. Tek başına ilaç tedavinin hipertansiyon ile mücadelede yeterli gelmediği, birçok etkenin tedaviye uyumu ve dolayısıyla yaşam kalitesini etkilediği birçok çalışmada gösterilmiştir (Göçgeldi ve ark 2008, Gün ve Kormaz 2014, Özpancar 2016, Özdemir ve ark 2016).

2.11. HASTA EĞİTİMİ VE EĞİTİMİN ÖNEMİ

Sağlık bilimlerinde birçok alanında meydana gelen gelişmeler, hastanede yatış süresinin azalmasına, kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin yükselmesine, hasta ve yakınlarının bilinçlenmesine ve bireyin hastalık yönetiminde daha etkin rol almalarına imkân tanımıştır. Günümüzde özellikle hemşirelik biliminde meydana gelen önemli gelişmelerle sağlığın geliştirilmesi, mevcut iyilik durumunun sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ve kaybedilen sağlığın geri kazanılması ve kronik hastalık yönetimi süreçlerinde hasta ve yakınına verilen eğitimin önemi artmıştır (Alkan 2016, Yıldırım, Çiftçi ve Kaşıkçı 2017). Hemşirelik biliminin

kurucusu Florance Nightingale ve onun felsefesinden etkilenen hemşirelerin sanitasyon ve temizlik ile ilgili verdikleri eğitimler aslında hemşirelik biliminin temel hedeflerinden birisinin hasta eğitimi olduğunu gözler önüne sermektedir. Hasta eğitimi, sağlık profesyonelleri tarafından bireyin hastalık öncesi, sırası ve sonrasında mevcut ve olası problemler hakkında bilgilendirilmesini böylece hastalık yönetiminde hasta ve ailesinin de etkin rol almasını amaçlar (Babacan ve Alıcı 2008). Hasta eğitimi bireylerde davranış değişimine neden olan ve bununla birlikte hastalık yönetiminde olumlu gelişmelere neden olan önemli ve dinamik bir süreçtir. Hasta eğitiminde hasta ile sürekli iletişim halinde olan olan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşirelik biliminin eğitici rolü kapsamında hasta eğitimiyle; bireyi hastalıklardan korunmak, başa çıkma becerilerini geliştirmek, kendi kendine yetebilme ve hastalığa uyum becerilerinin geliştirmek, kaygıları gidermek, kendi mevcut durumundan haberdar olmasını sağlamak, malpraktisi önlemek ve motivasyonu arttırmak amaçlanır. Hemşirelerin eğitim verirken hastaların ihtiyaçlarına yönelik hareket etmeleri ve bu doğrultuda bir eğitim planı hazırlamaları gerekmektedir. Bunun sağlamak için hemşirelerin öncelikle hastanın gereksinimlerini belirlemeye yönelik bir çalışma içinde olmaları gerekir (Tan, Özdelikara ve Polat 2013). Eğitim sürecinde hasta ve ailesinin koordine ve iş birliğinde olması verilen eğitimin etkiliğini ve yaşam kalitesini arttırır (Kaya 2009, Gunnar ve Saatçi 2017). İyi bir hasta eğitimi ile hastalıklardan korunma, sağlığı sürdürme, sağlığı geri kazanma, mevcut durumla başedebilme ve tedaviye uyum sürecindeki sorunlar azaltılabilir (Gün ve Korkmaz 2014, Özpancar 2016). Hasta eğitimlerinde, bireysel eğitimler, grup eğitimleri, klasik eğitim veya son yıllarda güncel olan motivasyonel görüşme teknikleri kullanılabilir. Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın hasta eğitiminin hastaların uyumunu arttırdığı, yaşam kalitesini arttırdığı yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Tör 2019, Özdemir ve ark 2016, Özpancar 2013, İçyeroğlu 2012). Bu nedenle hemşirelerin en önemli rollerinden biri olan eğitici rolü kullanılarak tüm hastalara mutlaka gereksinimleri doğrultusunda eğitim verilmelidir.

2.12. MOTİVASYONEL GÖRÜŞME (MG)

Motivasyon kavramı bireyi veya birden çok insanı belirli bir eylemi yapmak için harekete geçme isteği sağlayan ve bu eylemin devamlılığını gerçekleştiren tetikleyici faktörlerin ortaya çıkardığı durumdur (Ergül 2005). Motivasyon, insan ilişkilerine ve davranışlarına, kişinin düşüncelerini eyleme dönüştürmesini sağlayan önemli bir faktördür. Kişinin sergilemiş olduğu davranışla motivasyon arasında önemli ilişki vardır. Motive olan birey amacına daha hızlı ilerler (Önen ve Kanayran 2015). Hastalık sürecinde motivasyon ise tedaviye katılım, uyum gösterme, eğitimlere katılma, girişkenlik, aktiflik gibi önemli kavramları içermektedir. Kişide motivasyonu sağlayan kişisel ve çevresel etkenler vardır. Motivasyon dış faktörlerden etkilenen içsel bir durumdur. Hastalık sürecinde ise önemli olan kişide motivasyonu sağlamak ve oluşan motivasyonun devamını sağlamaktır. Motivasyonun ortaya çıkması ve devamlılığının sağlanması için ise etkinliği pek çok bilimsel çalışmayla kanıtlanmış bir psikoterapötik teknik mevcuttur ki bu teknik 'Motivasyonel Görüşme Tekniği' dir (Ögel 2009, Duman ve Ertem 2016). Motivasyonel görüşme (MG), danışanların aslında içinde var olan değişim isteğini keşfedip problemleri davranışlarını yok etmesine yardımcı olarak davranış değişikliğini sağlamak için kullanılan danışan merkezli bir yaklaşımdır (Miller ve Rollnick 2012, Dicle 2017). Motivasyonel görüşme tekniği, ilk olarak bağımlılık tedavisinden gelen deneyimlerle geliştirilmiş olup ilk olarak William Miller tarafından söz edilmiştir (Özdemir ve Taşçı 2013). İlk olarak bağımlılık tedavisi için geliştirilmiş olan bu yöntem sonralarında birçok hastalık, problemleri ve değiştirilemeyen davranışlarda direnci kırmak için geliştirilmiş ve destekleyici bir yöntem olarak kullanılmıştır (Alpaydın, Çimen, Erol ve Sevi 2016). Motivasyonel görüşmenin prensipleri empatiyi ifade etmek, çelişkiler gelişmesini sağlamak, tepkiye tepkiyle karşılık vermek yerine onunla birlikte hareket ederek özyeterliliği arttırmaktır. MG, son yıllarda önemi büyük oranda artan davranış değişikliğinin temel alındığı bir terapi yöntemidir. Bu yöntem özellikle madde kullanan kişiyi, kullanılan maddeyi bırakmaya zorlayan yöntemlerin başarısız olmasıyla önem kazanmıştır. Önceleri bağımlılık tedavisinde kullanılan bu yöntem sonraki

dönemlerde tedaviye yönelik direnci kırmak için destekleyici yöntem olarak kullanılmaya başlamıştır. Motivasyonel görüşmenin en etkileyici yanlarından birisi kısa süreli olması ve kişide istenmeyen durumdan veya faktörden vazgeçmeyi sağlama yönünde kalıcı etkiler bırakmasıdır. Motivasyonel görüşme kişilerin problemleri davranışlarını anlamalarını ve değişim amacıyla eyleme geçmelerini sağlayıcı bir ivme oluşturarak yapılan yardımın özel bir yoludur ve değişime isteksiz kişilerde bile oldukça etkilidir. Motivasyonu oluşturan üç temel öge hazır olmak, istekli ve yetenekli olmaktır. Motivasyon bir kavram değil bir durumdur. Motivasyon genellikle kişinin söylediklerine bakılır fakat önemli olan söylediklerinden çok kişinin yaptıklarıdır. MG' de terapistin görevi hastanın değişim yönünde hareket etmesini sağlamaktır (Ögel 2009, Özdemir ve Taşçı 2013, Alpaydın ve ark 2016).

Miller ve Rollnick'e göre MG'nin beş anahtar prensibi vardır:

- ✓ Bireyin şu anki korku ve sorunlarına odaklanır.
- ✓ Değişimi sağlayıcı ve danışanında motivasyon oluşturan tepkileri içerir.
- ✓ Teknik değil, etkili iletişim yöntemidir.
- ✓ Değişim için danışanın kendi değişim isteği üzerine odaklanılır.
- ✓ Kişi değişime zorlanmaz, değişimin kendiliğinden başlaması için yardımcı olunur.

2.12.1. Ambivalans

Ambivalans, değişim sürecinde, kişinin değişim olasılığını düşünmeye, tasarlamaya ve keşfetmeye devam ettiği önemli bir durum ya da aşamadır. Tedavi motivasyonunun sağlanması ambivalansın çözümü ile mümkündür. MG 'nin amacı ambivalansın çözülmesidir (Dicle 2017, Ögel 2009, Çakmak 2018).

Ambivalansı çözmek için kullanılacak stratejiler şunlardır:

- ✓ Tanımlama
- ✓ Ortaya Çıkartma

- ✓ Pekiştirme
- ✓ Özetleme
- ✓ Sonuca Varma

2.12.2. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri

Motivasyonel görüşme, eğitmeden ziyade dikkatli dinlemeyi, stratejik sorular sormayı ve direnci kırmayı amaçlar. Konular hakkında kişinin düşünmesini, düşüncelerin netleşmesini ve konuya kişiyi yargılamadan, değişime zorlamadan yaklaşarak tarafsız bir ortamda düşüncelerin paylaşılmasını sağlar (Ögel 2009, Tosun ve Zincir 2016). Görüşmecinin tarafsız olması, danışanın da doğru yanıtlar vermesini sağlar. Baskıcı bir yöntem olmadığı için danışanın değişme ve değişmeme konusunda rahatça ifade edebilmesini sağlar. Kişinin değişim için olumlu ya da olumsuz içinde oluşturduğu nedenlerini daha iyi idrak etmesine yardım eder. Kişi kendiliğinden değişim yönünde hareket etmedikçe görüşme sırasında çözüm önerileri aktarılmaz. MG, danışan merkezlidir bir yöntemdir. Bu yöntemde sadece danışanın sorunları üstüne odaklanılır. MG 'de sorunların çözümü için aceleci olmak yerine, önce kişide değişime yönelik motivasyonun sağlanması gerekir. Böylece hastanın değişime göstereceği direnç azalacaktır. MG' de, açık uçlu sorular, anlama, yansıtılmalı dinleme ve özetleme gibi iletişim teknikleri kullanılır. Açık uçlu sorular kişinin hikayesini anlatması için fırsat verir. Anlamak, değer verdiğini göstermek aradaki ilişkiyi güçlendirir. MG' nin başarılı olabilmesi ve pozitif sonuç vermesi için kişinin yaptığı değişikliklerin desteklenmesi gerekir (Ögel 2009; Arabacı, Doğru ve Yıldırım 2018). MG 'de terapist bilen rolüne soyunmaz, kendi düşüncelerini danışana empoze etmez. Danışan neredeyse oraya gider. Empati özelliklerini çok iyi kullanır. Değişim motivasyonu danışandan alınır. Terapist kişide ambivalansın ortaya çıkmasına yardım eder. MG'de dinlemek temeldir. Terapotik ilişki ortaklık/arkadaşlık ilişkisi olarak değerlendirilebilir benzetilebilir. Terapist danışanın davranışlarındaki serbestliğe ve bunun sonuçlarına katlanma özgürlüğüne saygı duyar. Bu teknikte terapist danışanı ikna etmeye çabalamaz. Değişime hazır olmak kişilerarası ilişkinin bir ürünü olarak kabul edilebilir. Bu yüzden de terapist danışanın motivasyon davranışlarına karşı açık ve dikkatli olmalıdır (Ögel 2009, Uysal ve Enç 2012,

Özdemir ve Taşçı 2013, Creber et al 2015).

2.12.3. MG' nin Dört Temel İlkesi

MG' de temel ilkeler:

- Empatinin ifade edilmesi
- Çelişkilerin ortaya çıkarılmasının sağlanması
- Dirençle çalışma
- Kendine yeterli olma durumunu destekleme

(http://www.tdhd.org/pdf/16_UDHS_sunumlari/HSB-04.pdf Erişim tarihi:

12.02.2019, Ögel 2009, Miller ve Rollnick 2002)

2.12.3.1. Empatinin Gösterilmesi

Empati, iletişim esnasında olaylara karşı karşısındakinin bakış açısıyla bakmak, karşısındaki bireyi ve onun duygularını anlamaya çalışmak ve duyarlı bir yaklaşım sergileme durumu olarak tanımlanabilir. Diğer bir deyişle karşısındaki kişinin iç dünyasını anlamayı, onun gibi düşünebilme, hissedebilme, duygu ve düşüncelerine karşılık verebilmektir (Pala 2008). Problemlili davranışı sergileyen bireylere empatik yaklaşma yeteneği, bireyi problemlili davranışı ile birlikte kabul etmekle başlar, ancak bu kabul ediş onaylamak değildir. Kabul edilmeyen kişinin kendisi değil, davranışlarıdır. Empatik yaklaşımda bireyin duygu ve düşüncelerine saygı gösterilmelidir. MG ' de terapist kendi kararlarının danışanın önüne geçmesine izin vermez. Böyle bir durum geliştiğinde kabullenilmeyen hasta direnç gösterebilir ve tedaviyi bırakabilir. Bireyi onaylama eylemi değişimi kolaylaştırır (Ögel 2009, Özdemir ve Taşçı 2013).

2.12.3.2. Çelişkilerin Ortaya Çıkarılması

Motivasyonel görüşme esnasında bireyin, amaçları, değerleri ile şimdiki davranışı arasında oluşmuş çelişkileri keşfetmesi sağlanmalıdır. MG esnasında bireylerin değişim için yeterince nedeninin var olduğuna ve değişimi başarabileceklerine

inanmaları sağlanmalıdır. Çelişkiyi oluşturmak için bireylere önümüzdeki yıllarda ne olmak istedikleri, kendilerini nerede görmek istedikleri gibi açık uçlu sorular sorulabilir. Eğer kişi sağlık, başarı, kendine saygı gibi değerlerini öne çıkarıyorsa çelişkiler oluşmaya başlamış demektir (Ögel 2009, Dicle 2017).

2.12.3.3. Dirençle Çalışma

Değişim sürecinde direnç, beklenen bir durumdur. Değişimemekte direten kişilerle, dirence neden olan faktörler tartışılmalı ve kişiye tepkisinin nedenleri fark ettirilmelidir. Direnci artırmamak için bireyle değişimin gerekliliğini tartışmaktan kaçınılmalıdır. Direnç gösteren bireyler, konuşmayı sık sık kesmeye, danışmanla münakaşaya girmeye çalışabilir. Bu durumda danışman, değişimin avantajlarını, değişmeye ve değişimle ilgili pozitif bakış açısını ortaya çıkarmalıdır. Bu süreçlerde gereksiz münakaşadan ve bireyi iknaya yönelik davranışlardan kaçınılmalıdır. Motivasyonel görüşmede terapistin görevi hastaya değişim yönünde yeni bir ivme kazandırmaktır. Terapist mevcut duruma yeni hedefler veya bakış açısı getirmez. Bireyin yeni bakış açıları geliştirmesi sağlanır (Özdemir ve Taşçı 2013, Uysal ve Enç 2012).

2.12.3.4. Kendine Yeterliliği Destekleme

Öz yeterlilik, kişinin bir konuda veya görevde başarılı olacağına dair kendisine duyduğu inançtır. MG'nin öncelikli amacı, kişinin değişim açısından kendisine olan güvenini ve inancını artırmaktır. Değişim isteği bireyin kendisine aittir, danışman değişim sürecini kolaylaşmasını sağlayan yardımcı bir faktördür. Değişim için kişinin çabası şarttır. Danışman danışanı değiştireceğini iddia edemez. Bu sebeple MG sırasında kişilerin öz güvenlerini arttırmak, değişimin zorluklarının üstesinden gelebileceğine olan inançlarını sağlamak önemlidir (Ögel 2009, Miller ve Rollnick 2002, Dicle 2017.)

2.12.4. MG' de Temel Etkileşim Stratejileri

2.12.4.1. Açık Uçlu Sorular

Yargılayıcı ve yönlendirici olmayan, danışanın kendini açıkça ifade edebileceği ve

konuşmanın ilerlemesini sağlayan tipte sorulardır. Terapistler açık uçlu sorular kullandıklarında daha zengin ve derin bir konuşma ortamı oluşur. Burdaki amaç kişiyi daha fazla karşılıklı diyaloga çekmektir (http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf Erişim tarihi: 19.01.2018, Kızılırmak ve Demir 2018)

Örneğin;

Sizi buraya getiren nedenlerden bahsetmek ister misiniz?

En son görüşmemizden beri hayatınızda neler değişti?

Size bir değişim zamanı olduğunu düşündüren şey neydi anlatır mısın?

İlaçlarla aran nasıl anlatır mısın?

Bana sıradan bir gününüzü anlatır mısınız?

2.12.4.2. Yansıtmalı Dinleme

Yansıtmalı dinleme danışanın ne anlatmaya çalıştığını anlama ve onun fikirlerini ona yansıtma. Yansıtmalı dinlemenin amacı kişinin değişim üstünde konuşmaya ve düşünmeye devam etmesini sağlamaktır. Yansıtmalı dinleme danışanı dikkatli dinlemeyi ve tahmin yeteneğini kullanmayı gerektirir. Yansıtmalı dinleme söylenilenin gerçekten ne anlama geldiğinin varsaymaktan öte anlanılanın doğruluğunu kontrol etmektir. Tekrarlama, yeniden anlamlandırmak, empatik yansıtma, yeniden çerçeveleme, duygusal yansıtma, abartılmış yansıtma, çift taraflı yansıtma yansıtmalı dinlemenin yöntemleridir (http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf Erişim tarihi: 19.01.2018, Kızılırmak ve Demir 2018)

Örneğin;

Son zamanlarda davranışlarınız sizi endişelendirmiş gibi görünüyor yanılıyor muyum?

Değişmek istediğinizi hissettim ve bu konuda korkularınız var öyle mi?

Hayal kırıklığına uğramış olmanıza rağmen vazgeçmemissiniz, demek ki sigarayı bırakmak sizin için gerçekten önemli.

2.12.4.3. Özetleme

Özetleme, danışandan gelen bilgileri biriktirerek, birleştirerek ve bağlantı kurularak farklı şekillerde ve farklı amaçlar için yapılır. Özetlemeden sonra başka bir konuya geçmek daha uygundur. Özetler, görüşmenin ortasında başka bir konuya geçmek, hastanın ambivalansını aydınlatmak veya diyalogu toparlamak için kullanılır (http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf Erişim tarihi: 19.01.2018, Kızılırmak ve Demir 2018).

Örneğin;

‘Tansiyon ilacınızı düzenli almayı istemek için birkaç sebebiniz var; eşinizin size bu konudaki ısrarlarından kurtulacağınızı ve kendinizi daha iyi hissedeceğinizi söylüyorsunuz. Diğer taraftan, ilaçları yanınızda taşımak zorunda olmanızın kötü olduğunu ve sosyal ortamlarda sık idrara çıkmanıza neden olduğu için zor duruma düşüğünüzü söylüyorsunuz. Bu doğru mu?’

‘Kilo vermek istiyorsunuz çünkü bu sizi hem sağlık açısından hem de sosyal açıdan etkiliyor. Öte yandan yemek yemeği çok seviyorsunuz hatta yemek yemek sizin için bir tutku, bu durumda kararınızı sorgulamanıza ve zorlanmanıza neden oluyor. Doğru mudur?’

2.12.4.4. Desteklemek

Görüşmede danışanı desteklemek ilişki kurmada ve diyalog geliştirmede büyük önem taşır. Kişinin kendini keşfetmeye başlamasında sağlar. Övgü ve beğenide bulunmak, onu anladığınızı belirtmek danışan için faydalıdır (http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf Erişim tarihi: 19.01.2018, Kızılırmak ve Demir 2018)

Örneğin;

Geçen hafta sadece 1 gün sigara kullanmışsın. Sigarayı bırakmada çok kararlı olduğunu görüyorum.

Geçen haftadan beri yemeklerine ektradan tuz atmadığını söylüyorsun, tansiyonunu kontrol etmede çok kararlısın.

2.12.4.5. Değişimi Konuşmak

Danışanın şimdiki durumun negatif yanlarının farkına varması, değişimin yararlarının farkına varması, değişim yönündeki iyimserliğini göstermesi ve değişimden terapistin amacını anlaması için değişimi konuşmak gerekir (Ögel 2009, Jackman 2012, Dicle 2017, <http://www.smartrecovery.org/resources/UsingMIinSR.pdf> Erişim tarihi: 19.01.2018)

Örneğin;

Değişmeden bugünkü gibi yaşadığınızı düşünün. 10 yıl sonra hayatınız nasıl olacak?

Ne olursa bunları yapmaktan vazgeçersiniz?

Alkolü bırakırsanız hayatınızda neler değişecek?

Sonuç olarak motivasyonel görüşme yöntemi temel etkileşim stratejilerinin etkin bir şekilde uygulanmasıyla gerçekleştirilmelidir. Özellikle kronik hastalarda MG yönteminin kullanılması hemşirelerin kronik hastalıkları etkin bir şekilde yönetmelerine olanak sağlayabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Hipertansiyonu olan hastalara verilen eğitimin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada randomize, kontrollü deneysel araştırma modeli kullanılmıştır.

3.1.1. Araştırma Hipotezleri

- Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın tedaviye uyumunu etkiler.
- Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın yaşam kalitesini etkiler.
- Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiler.
- Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın BKİ ve kan basıncı düzeylerini etkiler.
- Düz anlatım ile eğitim verilen hasta grubu ile motivasyonel görüşme tekniği ile eğitim verilen hasta grubu arasında tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından fark vardır.

3.2. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ve evrensel etik ilkelere de uyuldu. Bu ilkeler doğrultusunda araştırmanın başından sonuna kadar her aşamasında özerklik/bireye saygı, mahremiyet ve sır saklama, adalet ve eşitlik, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde bulunduruldu. Çalışmaya Başlamadan önce Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından araştırmanın etik ve bilimsel yönden sakıncalı olmadığına dair Etik Kurul Onayı alındı (EK 1). Araştırmaya katılım sağlamada gönüllülük ilkesi temel alınarak, öncesinde hastalara araştırmanın

amacı belirtilerek yazılı ve sözlü izinleri alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara kendilerinden elde edilen bilgilerin yalnızca anketi uygulayan kişi tarafından değerlendirileceği, başka her hangi bir kişi tarafından incelenmeyeceği bilgisi aktarıldı.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma, Haziran 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Polikliniklerinde gerçekleştirildi.

3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Çalışmanın evrenini, Haziran 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye Polikliniklerine başvuran hastalar, örneklemini ise Esansiyel (Primer) Hipertansiyon tanısı almış, 40 yaş ve üzeri, iletişim sorunu olmayan, aynı grup hipertansif ilaç tedavisi alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar (60 kişi) oluşturdu. Araştırmaya katılan hastaların isimleri tek tek kağıtlara yazıldı ve bu kağıtlar tek tek katlanmak suretiyle kapalı bir zarf içerisine atıldı. Kapalı zarf içerisinden araştırmacı olmayan başka bir kişi tarafından kağıtları seçmesi istendi. Zarf içerisinden tek tek çekilen kağıtlardan sırasıyla tek sayıyla çekilenler kontrol grubunu (30 kişi), çift sayıyla çekilenler ise müdahale grubunu (30 kişi) oluşturmak suretiyle iki homojen grup oluşturuldu (Şekil 3).

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri;

- İletişim sorunu olmaması,
- Hekim tarafından en az bir yıldır Primer (Esansiyel) Hipertansiyon tanısı almış olması
- 40 yaş ve üzeri olması,
- Aynı grup antihipertansif ilaç tedavisi almasıdır.

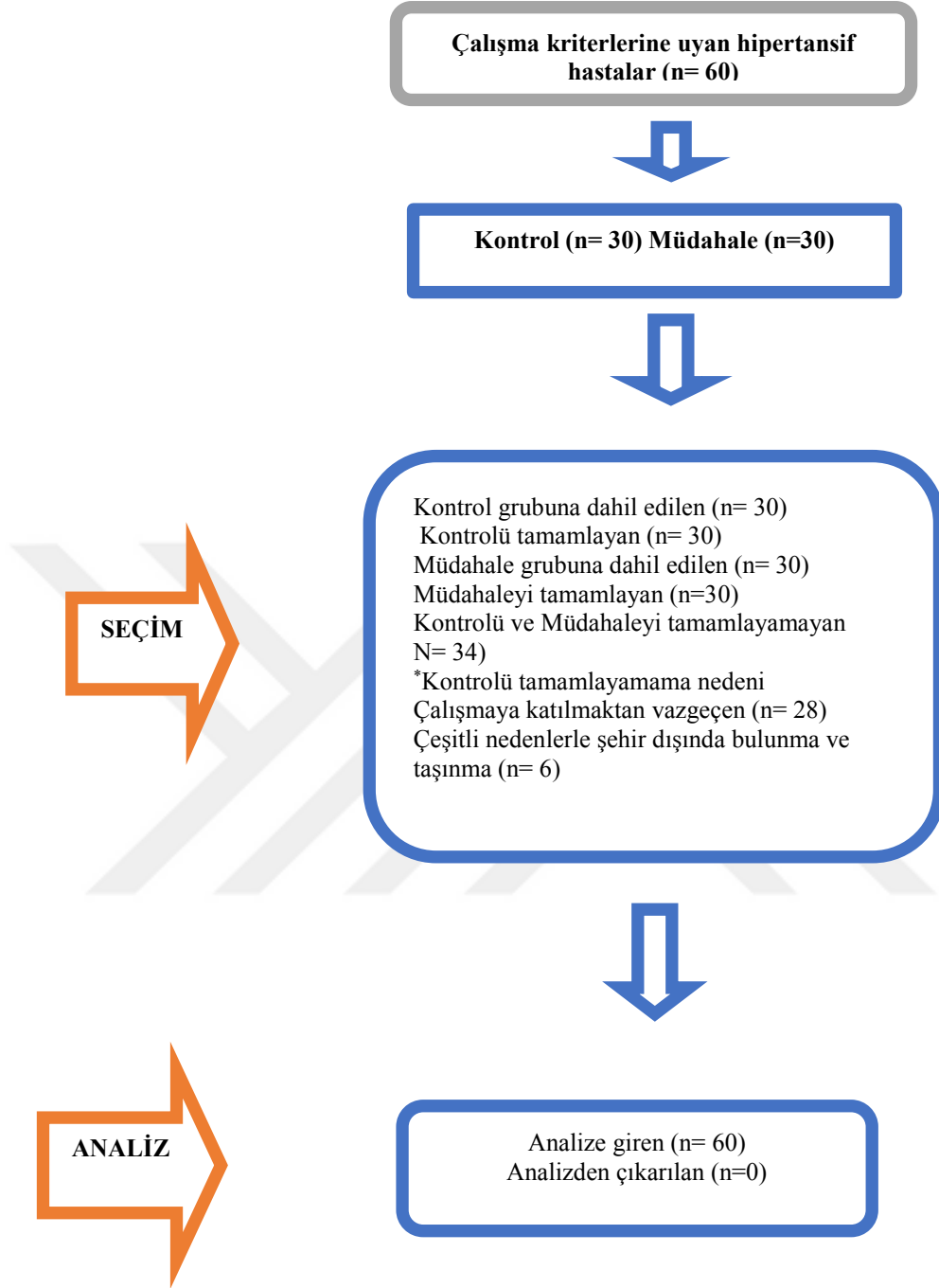
Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri;

- İletişim kurulamaması,
- Çeşitli organ yetmezlikleri olması,
- Gebe olması,
- Diyabetes Mellitus tanısı olması,
- Demansı olması,
- Sekonder Hipertansiyon tanısı almasıdır.

Araştırmanın güç analizi NCSS PASS (Güç analizi istatistik yazılımı) 11 programı ile yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü üç farklı zamandaki 60 hastaya ait sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ortalama ve standart sapmaları programa işlendi ve hesaplandı. Ölçek ortalamaları arasında 4,47 birimlik farkı saptamak için iki yönlü tekrarlı ölçümler varyans analizi kullanılarak %100 güç elde edildi. Bu güç seviyesine göre örneklem büyüklüğünün sayısı oldukça yeterli olduğu bulundu. Sonuçlar tabloda gösterildi.

Test	Power	n	N	Multiply means by	Sd of effects (Sm)	Standard deviation (Sigma)	Effect size	Alpha	Beta
GG F	1,000	60	60	1,00	1,83	0,41	4,47	0,05	0,00
Wilks	1,000	60	30	1,00	1,83	0,41	4,47	0,05	0,00

Şekil 3: Güç Analizi



Şekil 4: CONSORT şeması

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanmasında sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ilişkin sorular ve araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan Hasta Tanılama Formu / Kişisel Bilgi Formu (EK 5) İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) (EK 6), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD) (EK 7) ve SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (EK 8) kullanıldı.

3.5.1. Hasta Tanılama Formu (Kişisel Bilgi Formu)

Araştırmada kullanılan kişisel bilgi formu güncel literatürlerden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturuldu. Kişisel bilgi formu hastaların sosyodemografik özellikleri, genel sağlık durumu ve hipertansiyon hastalığına ilişkin sorular olmak üzere 32 sorudan oluşmaktaydı.

3.5.2. İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF)

2003 yılında Ogedegbe ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçek, 2008 yılında Fernandez ve arkadaşları tarafından yeniden düzenlenmiş ve ülkemizde 2012 yılında ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Hacıhasanoğlu ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. 13 maddeden oluşan ölçeğin amacı hipertansiyon hastası olan bireylerin ilaç tedavilerine uyum öz-etkililik/güven düzeyini değerlendirmektir. Ölçek her bir soruda 1'den 4'e kadar yapılan puanlamalarla değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en az puan 13, en çok ise 52'dir. Ölçek puanındaki artış, bireylerin antihipertansif ilaç tedavisine uyumlarının pozitif yönde arttığını göstermektedir. Ölçeğe ait Cronbach Alpha katsayısı ise 0.93' dür (Hacıhasanoğlu, Gözüm ve Çapık 2012; Teke ve Arslan 2018; Karadağ, Akkuş ve Altay 2012; Ogedegbe, Mancuso, Allegrante and Charlson 2003). Bu çalışmadaki Cronbach Alpha kat sayısı 0,983 'dür.

3.5.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD Ölçek II)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Health Promotion Lifestyle Profile); Pender'in sağlığı geliştirme modeli temel alınarak Walker ve ark. (1987) tarafından

bireylerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (Walker, Sechrist and Pender 1987). Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek 48 madde ve 6 faktörden oluşmaktadır. Ölçek 1996 yılında yenilenmiş edilmiş ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) olarak isimlendirilmiştir. (Walker et al 1996). Geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Bahar, Beşer, Gördes, Ersin ve Kıssal (2008) tarafından gerçekleştirilmiştir. SYBDÖ-II' nin Cronbach Alpha katsayısı Bahar ve ark. (2008)'nin çalışmasında 0.92, Pınar ve ark. (2009)'nin çalışmasında ise 0.70 olduğu belirlenmiş olup ölçeğin yüksek güvenilirlik derecesine sahip olduğu bildirilmiştir. Mevcut Çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha kat sayısı 0,958 olarak hesaplandı.

Ölçek; manevi gelişim (MG), kişilerarası ilişkiler (KAİ), beslenme alışkanlığı (BA), fiziksel aktivite (FA), sağlık sorumluluğu (SS) ve stres yönetiminden (SY) oluşan 6 faktör ve 52 maddeden oluşmaktadır. Sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51) sağlık sorumluluğunu alabilme, fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46) egzersiz yapma durumu, beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50) beslenme biçimi ve alışkanlıkları, manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52) kişinin kendini iyi ve tatminkar hissetmesi, kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) yakın çevre ile iletişim kurabilme ve stres yönetimi (5,11,17,23,29,35,41,47) stresörleri tespit edebilme ve kontrol edebilme durumlarını ölçmektedir. Ölçek, hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kademelendirilerek puanlaması yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek en az puan 52, en fazla puan ise 208'dir. Alınan puanın yüksek olması sağlıklı yaşam biçimi davranışının olumlu olduğunu gösterir (Bahar ve ark 2008, Özakgöl, Aştı, Ataç ve Mercan 2016, Çetiner ve Ulupınar 2018).

3.5.4. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

Ware tarafından 1989 yılında geliştirilmiş ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Pınar (1995) tarafından yapılmıştır. Pınar'ın yaptığı değerlendirmede ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.91 olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmadaki Cronbach Alpha kat sayısı 0,958 olarak hesaplanmıştır.

Otuz altı ifade içeren ölçek 8 alt boyut; fiziksel fonksiyon (10 madde), fiziksel rol (4 madde), ağrı (2 madde), genel sağlık algısı (5 madde), zindelik/yorgunluk/enerji (4 madde) sosyal fonksiyon (2 madde), emosyonel rol (3 madde), mental sağlık (5

madde) ve 2 ana boyutta (Fiziksel Ana Boyut= fiziksel fonksiyon + Fiziksel rol güçlüğü + ağrı + genel sağlık algısı), (Mental Ana Boyut= enerji + sosyal fonksiyon + mental sağlık + emosyonel rol) değerlendiren bir ölçektir. Elde edilen skorlar 0 ve 100 puan arasında skorlanır. Puanın artması yaşam kalitesinin arttığını açıklarken, azalması ise yaşam kalitesinin azaldığını açıklar (Gün ve Korkmaz 2014, Sevimli ve Kozanoğlu 2012, Göçgeldi ve ark 2008).

3.6. VERİ TOPLAMA YÖNTEM VE SÜRECİ

Araştırmaya başlamadan önce, ulusal ve uluslararası yüksek kan basıncını önleme ve tedavi etme klavuzları ve diğer literatürlerden yararlanılarak; diyet, egzersiz kilo kontrolü, düzenli ilaç kullanımı, düzenli tansiyon takibi, stresörlerden uzak durma, hastalık semptomlarını algılama, hastalık kontrolü ve takibini içeren eğitim kitapçığı hazırlandı. Hasta eğitimi temelli araştırmalarda hasta ile görüşme aralıklarının literatürlerde bir ile altı ay arasında değiştiği belirlendi (Erciyes 2013, Özpancar 2013, Ma et al 2014, Çakmak 2018). Araştırmanın süresi açısından görüşmeler iki ay aralıklarla üç kez yapıldı. Araştırmacı çalışmada kullanacağı motivasyonel görüşme tekniği için, Prof. Dr. Kültigin Ögel' den birincisi 30 Eylül 2015, ikincisi ise 13 Kasım 2015 tarihlerinde olmak üzere iki aşamalı Motivasyonel Görüşme Teknikleri kursu aldı. Araştırmadaki veriler gerekli izinler alınarak poliklinik çalışma saatlerinde toplandı.

Hasta ile İlk tanışma ve Görüşme Süreci

Hasta ile ilk tanışma ve görüşme süreci gerekli mercilerden gerekli izinler alındıktan sonra başladı. Bu süreçte dahiliye polikliniğinde durularak, hastaların hekim değerlendirmesi bittikten sonra hekimin gönderdiği veya bu süreçte poliklinik sekreterlerinin yanında durularak muayene sonrası işlemlerini yaptırmaya gelen hastalarla konuşmak suretiyle poliklinikler içerisinde tarafıma tahsis edilen eğitim odasında yapıldı. Çalışmada öncelikle araştırmacı ve çalışma tanıtıldı ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar araştırma kapsamına dahil edildi. Hasta ile görüşme öncesi hastalara araştırma ile ilgili bilgi verildi ve hastaya çalışma ile ilgili bilgilerin

yer aldığı gönüllü olur formu verildi ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalardan imzalı onam alındı. Bu süreçte bir hastanın verileri toplanırken, diğer hastaların kaçırıldığı görüldüğü ve çalışmaya uygunluk kriteri arandığı için çok fazla hasta ve zaman kaybı yaşandı. İlk görüşme ve tanışmada hastalara eğitim verilmedi. Hastaların ön değerlendirmeleri yapıldıktan sonra anket formunu ve ölçekleri doldurmaları istendi. Fakat hastaların büyük çoğunluğunun formları doldurmada sıkıntı yaşamaları üzerine, araştırmacı tarafından sorular hastalara okunarak yüz yüze görüşme yöntemiyle hastaların verdiği yanıtlar doğrultusunda anket formları dolduruldu. Hastaların ön değerlendirmelerinin yapılması, formların doldurulması yaklaşık 30-45 dakika sürdü. İlk görüşmede hastanın kan basıncı, boyu, kilosu ve bel çevresi ölçüldü. Kan Basıncı Ölçümü; araştırma kapsamına alınan hipertansif bireylerin yeterince dinlenmeleri sağlanarak, hasta oturur pozisyondayken, hastanın koluna uygun bir manşonla, dirseğin iki santim yukarisından bağlanarak, hastanın kolunu sıkı kıyafetleri gevşetilerek ve hastanın kolu bileğinden tutulup kalp seviyesine getirilmek suretiyle yapıldı ve kayıt edildi. Çalışmaya katılan her bir hastada kalibrasyonu yapılmış aynı manuel kan basıncı manometresi (tansiyon aleti) kullanıldı.

Boy Ölçümü; hastaların düz ve pürüzsüz bir zemine baş, omuz, kalça ve ayak topukları düz bir duvara yaslanmak suretiyle ayakta ve dik durmaları sağlandı ve metre ile boy ölçümleri yapıp santimetre (cm) cinsinden kaydedildi.

Ağırlık Ölçümü; hastaların ayakkabı, mont gibi ağırlık yapan kıyafetlerini çıkarması söylenerek, sert ve düz bir zemine yerleştirilen standart bir baskül yardımı ile yapıldı ve kilogram (kg) olarak kaydedildi.

Bel Çevresi; bireyin ayakta düz bir zeminde durması suretiyle artus kostaryum ve spina iliaca anterior superior arasındaki mesafenin tam ortasından hastanın bel bölgesi açıkta bırakılarak direkt çıplak ten üzerinden mezura yardımıyla ölçüldü ve metre (m) cinsinden kaydedildi.

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Ağırlık ve boy parametreleri, BKİ hesaplamada önemli parametrelerdir. Beden kitle indeksi (BKİ), toplumda obezite düzeyinin saptanması için kullanılan en kolay ve yaygın yöntemlerden birisidir. BKİ, vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesiyle elde edilir ve elde edilen değere göre kişi aşağıda belirtildiği şekilde sınıflandırılır (kg/m²) (Şekil 4)

(http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/arsag/belge/2015_obezire_inc_rapor.pdf,
Erişim Tarihi:15.03.2019).

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	BKİ<18.6
Normal	BKİ:18.6-24.9
Fazla kilolu	BKİ:25.0-29.9
1.DereceObez	BKİ:30.0-34.9
2.Derece Obez	BKİ:35.0-39.9
3.Derece Obez (Morbit)	BKİ>40.0

şekil 5: BKİ Sınıflandırılması

Doktor istemiyle hastadan o gün içinde alınan kan sonuçları da alındı ve araştırmacı tarafından hastanın hazırlanan dosyasına kaydedildi. İlk görüşme ve tanışma sürecinde 94 hastaya ulaşıldı. Bu Süreç sonunda hastalar Kapalı Zarf Yöntemi kullanılarak Kontrol ve Müdahale gruplarına ayrıldı.

Planlama ve Hazırlık Süreci:

Araştırma gereğince Kontrol ve Müdahale grubu olarak ikiye ayrı gruba ayrılan hastalar etkili bir eğitim vermek amacıyla her bir grup kendi içinde beşerli eğitim gruplarına ayrıldı. Kontrol grubuna araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçı baz alınarak düz anlatım yöntemiyle, müdahale grubuna ise aynı kitapçık kullanılarak Motivasyonel Görüşme yöntemiyle çalışma süresince farklı zamanlarda ikişer kez 30-45 dakikalık eğitimler verildi ve her eğitim sonunda hastalar eğitimin etkinliğini belirlemek amacıyla ayrı ayrı değerlendirildi. Çalışma süresince eğitim verme ve anket uygulama aşamaları hastane içerisinde uygun olan eğitim odalarında yüz yüze görüşme yöntemiyle yapıldı. Eğitim olacağı hafta bir gün önceden hasta arandı ve eğitimin saati ile ilgili bilgilendirildi.

Birinci Eğitim:

Eylül 2017 ve Ekim 2017 Kontrol ve Müdahale grubu hastaları eğitimi olarak planlandı. Bu ay içerisinde beşerli gruplar şeklinde ayrılan hastalar görüşmeye alındı.

Müdahale ve kontrol grubu beşerli gruplara ayrıldığı için bu süreçte araştırmacı tarafından toplam 12 eğitim verildi. Herhangi bir aksilikten dolayı eğitime gelemeyen hastalara 12 eğitimden hastaya uygun olan başka bir zamanda aynı hasta gruplarından biriyle eğitim verildi. Kontrol grubuna düz anlatım yöntemiyle, Müdahale grubuna ise aynı eğitimin MG yöntemi ile aynı kitapçık baz alınarak verildi. Eğitim sonrası ölçek ve anket doldurma işlemi gerçekleşti. İşlem sonrası tansiyon, kilo, bel çevresi ölçümleri yapıldı ve kaydedildi.

İkinci Eğitim:

Kasım 2017 ve Aralık 2017 tarihlerinde aynı eğitim, aynı gruplara, aynı yöntemlerle yeniden verildi. Yine herhangi bir aksilikten dolayı eğitime gelemeyen hastalar hastaya zaman olarak uygun olan diğer aynı hasta gruplarından biriyle eğitime alındı. Eğitim sonrası ölçek ve anket doldurma işlemi gerçekleşti. İşlem sonrası tansiyon, kilo, bel çevresi ölçümleri alındı ve son görüşme sonrası doktor istemiyle kan parametrelerinin hastadan alınması sağlanarak çıkan sonuçlar kaydedildi.

ARAŞTIRMA UYGULAMA AKIŞ ŞEMASI

ESANSİYEL HT 'Lİ HASTA (n=60)

KONTROL GRUBU (n=30) ve MÜDAHALE GRUBU (n=30)
<p>Hasta ile İlk tanışma ve Görüşme Süreci</p> <p>Verilerin toplanmasından önce hastalardan bilgilendirilmiş yazılı onam alındı.</p> <p>İlk tanışma ve görüşme süresince hastalara eğitim verilmedi.</p> <p>Veriler Hasta Tanılama Formu (Kişisel Bilgi Formu), İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD), SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı.</p> <p>Vücut kompozisyonları ve yaşam bulgularının ölçümleri yapıldı. Hekim tarafından istemi yapılan biyokimyasal parametre sonuçları kaydedildi.</p> <p>Bir sonraki görüşme için hastanın aranacağı ve eğitim için gelinecek tarihin bilgisinin kendisine verileceği ve eğitimin bir gün öncesi tekrar aranıp bilgilendirileceği konusunda hastaya bilgi verildi.</p>

1. EĞİTİM

(ESANSİYEL HT 'Lİ HASTA (n=60))

KONTROL GRUBU (n=30)	MÜDAHALE GRUBU (n=30)
<p>Düz anlatım yöntemi ile araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı baz alınarak hastaya eğitim verildi.</p> <p>Veriler Hasta Tanılama Formu (Kişisel Bilgi Formu), İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD), SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı.</p> <p>Vücut kompozisyonları ve yaşam bulgularının ölçümleri yapıldı.</p> <p>Bir sonraki eğitim için 2 ay sonrasına randevu verildi.</p>	<p>MG yöntemi ile araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı baz alınarak hastaya eğitim verildi.</p> <p>Veriler Hasta Tanılama Formu (Kişisel Bilgi Formu), İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD), SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı.</p> <p>Vücut kompozisyonları ve yaşam bulgularının ölçümleri yapıldı.</p> <p>Bir sonraki eğitim için 2 ay sonrasına randevu verildi.</p>

2.EĞİTİM

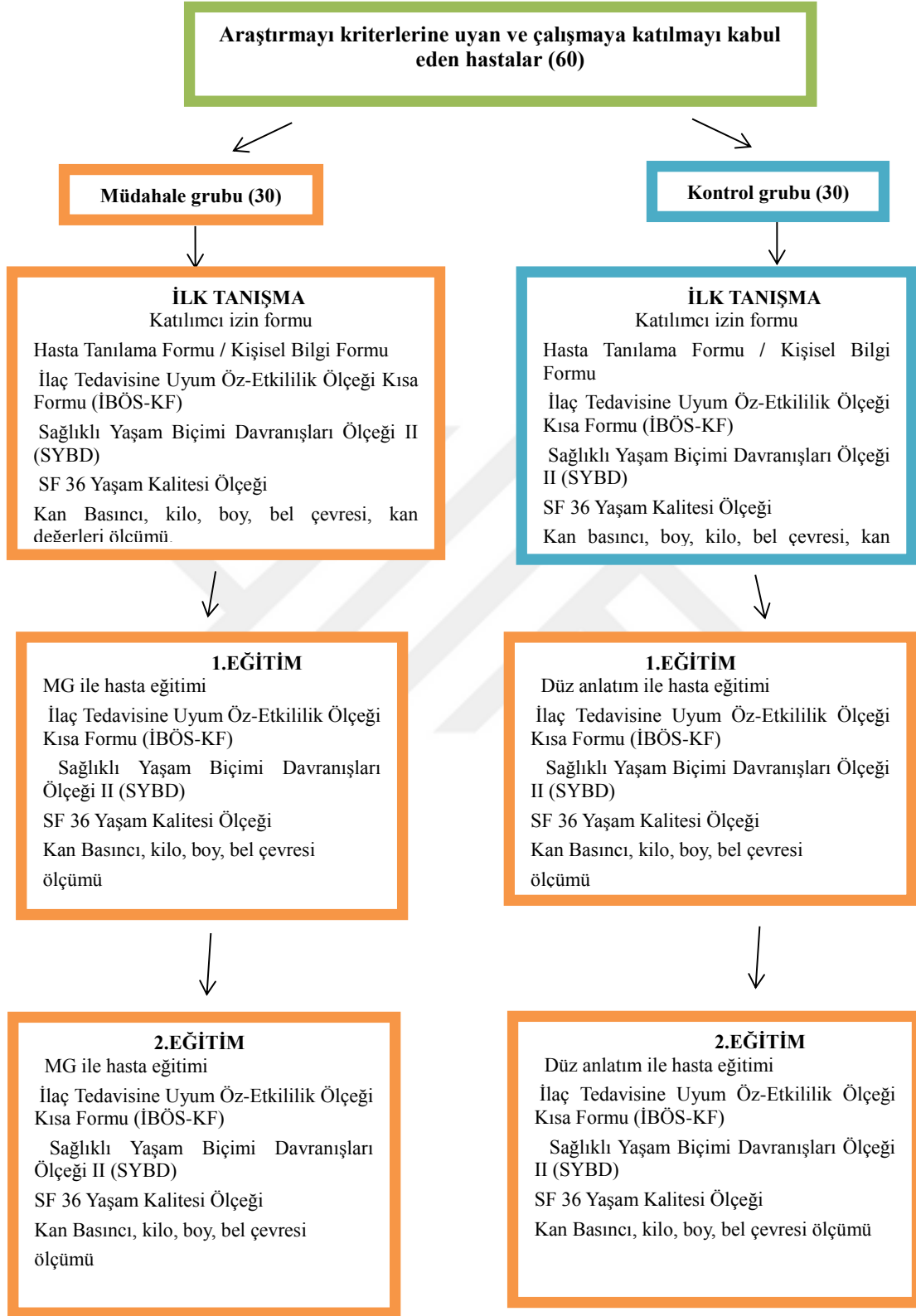
ESANSİYEL HT 'Lİ HASTA (n=60)

KONTROL GRUBU (n=30)	MÜDAHALE GRUBU (n=30)
<p>Düz anlatım yöntemi ile araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı baz alınarak hastaya eğitim verildi.</p> <p>Veriler Hasta Tanılama Formu (Kişisel Bilgi Formu), İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD), SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı.</p> <p>Vücut kompozisyonları ve yaşam bulgularının ölçümleri yapıldı. Hekim tarafından istemi yapılan biyokimyasal parametre sonuçları kaydedildi.</p>	<p>MG yöntemi ile araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı baz alınarak hastaya eğitim verildi.</p> <p>Veriler Hasta Tanılama Formu (Kişisel Bilgi Formu), İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD), SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ile yüzyüze görüşme yöntemi ile toplandı.</p> <p>Vücut kompozisyonları ve yaşam bulgularının ölçümleri yapıldı. Hekim tarafından istemi yapılan biyokimyasal parametre sonuçları kaydedildi.</p>

Şekil 5: Araştırma Uygulama Basamakları

3.7. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışma 60 hasta ile tamamlanmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 23 programına aktarılarak değerlendirildi. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) verildi. İki gruba sahip kategorik değişkenler arasındaki farkın incelenmesinde bağımsız örneklem t testinden, iki zamandaki sayısal sayısal değişkenin zamana göre farklılıklarının incelenmesinde bağımlı örneklem t testi, ikiden fazla zamandaki sayısal değişkenin zamana göre farklılıklarının incelenmesinde tekrarlı ölçümler varyans analizinden yararlandı. Tekrarlı ölçümler varyans analizi sonucunda öncelikle Mauchly's küresellik testine bakıldı ve küresellik varsayımı sağlamadığı için Pillai's Trace test değerleri verildi. Ayrıca iki sayısal değişken arasındaki ilişkiye bakılmasında pearson korelasyon katsayısından yararlandı ve sonuçlar tablolar halinde sunuldu.



Şekil 7: Özet Akış Şeması

4. BULGULAR

4.1. HASTALARIN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların yarısından çoğunun (%71,7) kadın, yaş ortalamalarının (Ort.±S.S.) 60,10±11,300, %86,7 'sinin evli, %68,3'ünün okuryazar-ilkokul mezunu, %78,3 'ünün orta gelir düzeyine sahip, %40'ının eşi ile yaşadığı %61,7 'sinin geçirilmiş bir ameliyat öyküsü olduğu, %31,7'sinin 10-20 yıldır HT hastası olduğu, %51,7' sinin HT dışında ek bir hastalığı olduğu, büyük çoğunluğunun (%80) sigara kullanmadığı, %55 'inin beslenmesine dikkat ettiği fakat % 88,3'ünün diyet yapmadığı, tamamına yakınının daha önce hipertansiyon kelimesini duyduğu (%98,3), %95'inin ailesinde HT öyküsü bulunduğu, %41,7' sinin ayda bir tansiyon ölçtürdüğü, Üniversite-devlet hastanesi takipli hasta sayısının %43,3 olduğu, büyük çoğunluğunun düzenli ilaç kullandığı (%80), ilacının ismini bilmeyenlerin sayısının yarıdan fazla olduğu (%53,3), ilacı kutusundan tanıyanların oranının %68,3 olduğu, şeklinden tanıyanların %55 olduğu ve %63,3 'ünün ilacının dozunu bildiği belirlendi (Tablo 1)

Tablo 1. Demografik Dağılımlar (n=60)

		N	%
Grup	Kontrol Grubu	30	50,0
	Müdahale Grubu	30	50,0
Cinsiyet	Kadın	43	71,7
	Erkek	17	28,3
Medeni durum	Evli	52	86,7
	Bekar	2	3,3
	Dul/boşanmış	6	10,0
Eğitim durumu	Okur yazar-ilkokul mezunu	41	68,3
	Okur-yazar değil	9	15,0
	Ortaokul-lise	6	10,0
	Önlisans-lisans mezunu	4	6,7
Gelir düzeyi	Düşük	6	10,0
	Orta	47	78,3
	Yüksek	7	11,7
Yaşam biçimi	Eş ile	24	40,0
	Eş ve çocukları ile	24	40,0
	Çocukları ile	10	16,7
	Yalnız	1	1,7
	Diğer	1	1,7
Geçirilen ameliyat durumu	Var	37	61,7
	Yok	23	38,3
Ne kadar zamandır ht hastasıınız	0-5 yıl	16	26,7
	5-10 yıl	15	25,0
	10-20 yıl	19	31,7
	20 yıldan fazla	10	16,7
TA dışında hastalık durumu	Var	31	51,7
	Yok	29	48,3
Hastalıklar	Kalp hastalığı	12	38,7
	Akciğer hastalığı	3	9,7
	Astım	2	6,5
	Diğer (epilepsi, kolesterol yüksekliği)	14	45,2
Sigara kullanma durumu	Evet	12	20,0
	Hayır	48	80,0
Adet	5-10 adet	6	50,0
	10-20 adet	2	16,7
	Diğer	4	33,3
Beslenmeye dikkat etme	Evet	33	55,0
	Hayır	27	45,0
Diyet yapma durumu	Evet	7	11,7
	Hayır	53	88,3
Diyet	Tuzsuz	7	100,0
Dahaöncehtkeldüydünüzü	Evet	59	98,3
	Hayır	1	1,7
Ailede ht hastası durumu	Evet	57	95,0
	Hayır	3	5,0
Yakınlık derecesi	Anne	15	26,3
	Baba	9	15,8
	Anne ve baba	11	19,3
	Kardeşler	19	33,3
	Yakın akrabalar	3	5,3
Ta ölçüm sıklığı ne olmalı	Haftada bir	17	28,3
	Ayda bir	25	41,7
	Yılda bir	16	26,7
	Hiç ölçtürmem	2	3,3
Tedavinin takip edildiği yer	Üniversite-devlet hastanesi	26	43,3
	Sağlık ocağı	25	41,7
	Düzenli takip yok	9	15,0
İlaç kullanma alışkanlığı	İlaç kullanmıyorum	1	1,7
	Düzenli ilaç kullanırım	48	80,0
	Bazen ilaç kullanırım	11	18,3
İlaç ismi biliyor musunuz	Evet	28	46,7
	Hayır	32	53,3
İlacı kutudan tanıyor musunuz	Evet	41	68,3
	Hayır	19	31,7
İlacı şekilden tanıyor musunuz	Evet	33	55,0
	Hayır	27	45,0
İlaç dozu biliyor musunuz	Evet	38	63,3
	Hayır	22	36,7

4.2. DEĞİŞKENLER İLE MÜDAHALE VE KONTROL GRUBU ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR

Uygulanan ki kare ve bağımsız örneklem t testi sonucunda, cinsiyet, geçirilen ameliyat durumu, ne kadar zamandır hipertansiyon hastası olma durumu, TA dışında hastalık durumu, sigara kullanma durumu, ilaç ismi bilme durumu, ilacı şeklinden tanıma durumu (Tablo 2), BKİ, Kan basıncı ölçümü sonuçları, kan basıncının normaldeğerini bilme durumu ve HT için sınır değeri bilme durumları (Tablo 3) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir fark bulunmadığı, müdahale ve kontrol grubunun homojen dağıldığı görüldü ($p>0,05$) .

Tablo 2. Değişkenler ile Gruplar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

DEĞİŞKENLER		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		Ki kare	p
		N	%	N	%		
Cinsiyet	Kadın	19	63,3	24	80,0	2,052	0,152
	Erkek	11	36,7	6	20,0		
Geçirilen ameliyat durumu	Var	20	66,7	17	56,7	0,635	0,426
	Yok	10	33,3	13	43,3		
Ne kadar zamandır ht hastası	0-5 yıl	6	20,0	10	33,3	1,540	0,673
	5-10 yıl	8	26,7	7	23,3		
	10-20 yıl	11	36,7	8	26,7		
	20 yıldan fazla	5	16,7	5	16,7		
TA dışında hastalık durumu	Var	15	50,0	16	53,3	0,067	0,796
	Yok	15	50,0	14	46,7		
Sigara kullanma durumu	Evet	5	16,7	7	23,3	0,417	0,519
	Hayır	25	83,3	23	76,7		
İlaç ismi biliyor musunuz	Evet	13	43,3	15	50,0	0,268	0,605
	Hayır	17	56,7	15	50,0		
İlacı şeklinden tanıyor musunuz	Evet	14	46,7	19	63,3	1,684	0,194
	Hayır	16	53,3	11	36,7		

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, kan basıncı değeri ve hipertansiyon yaklaşık değeri düşüncelerinin sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı saptandı ($p>0,05$). (Tablo 3).

Tablo 3. Değişkenlerin Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

		Kontrol Grubu		Müdahale Grubu		t	p
		Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
BKİ		32,51	4,648	31,69	3,868	0,742	0,461
Kan basıncı ölçüm sonuçları	Sistolik	130,00	20,678	136,33	19,025	-1,235	0,222
	Diastolik	79,00	10,289	84,00	10,700	-1,845	0,070
Kan basıncının normal değerini bilme	Sistolik	120,71	9,786	124,83	15,67	-1,209	0,232
	Diastolik	77,50	7,005	79,17	9,657	-0,748	0,458
HT sınır değerini bilme	Sistolik	146,30	24,675	146,00	22,530	-0,047	0,963
	Diastolik	88,52	9,488	93,67	15,196	-1,514	0,136

4.3. SF 36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ANA-ALT BOYUTLARININ ZAMANLAR VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, farklı zamanlardaki fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı, genel sağlık, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı belirlendi. ($p>0,05$).

Uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonucunda, kontrol grubunda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı, genel sağlık, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı görüldü ($p>0,05$).

Uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonucunda, müdahale grubunda enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve mental ana boyut ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı ($p>0,05$); fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık ve fiziksel ana boyut ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,05$). Buna göre, üçüncü zamandaki fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık ve fiziksel ana boyut ortalamaları ikinci zamana göre anlamlı derecede daha yüksek iken ikinci zamandaki fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel ana boyut ortalamaları birinci

zamana göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi.

Uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonucunda, genel olarak enerji ve sosyal fonksiyon ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamasına rağmen ($p>0,05$); fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, ağrı, genel sağlık, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlendi ($p<0,05$). Buna göre, üçüncü zamandaki fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, mental sağlık, genel sağlık, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut ortalamaları ikinci zamana göre anlamlı derecede daha yüksek iken ikinci zamandaki genel sağlık ortalaması birinci zamana göre ve birinci zamandaki ağrı ortalaması ikinci zamana göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4, Tablo 4 Devam).

Tablo 4: SF36 Ölçeği Alt Boyutlarının Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		Genel		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Fiziksel fonksiyon1	55,33	25,357	58,33	22,141	56,83	23,649	-0,488	0,627
Fiziksel fonksiyon2	55,33	25,357	58,33	22,141	56,83	23,649	-0,488	0,627
Fiziksel fonksiyon3	56,50	23,822	60,00	20,129	58,25	21,936	-0,615	0,541
	p=0,070		p=0,016		Fark=2<3		p=0,002	
Fiziksel rol güçlüğü1	38,33	46,300	26,67	44,978	32,50	45,636	0,990	0,326
Fiziksel rol güçlüğü2	38,33	38,693	33,33	39,025	35,83	38,611	0,498	0,620
Fiziksel rol güçlüğü3	41,67	36,159	45,00	36,199	43,33	35,910	-0,357	0,723
	p=0,454		p=0,007		Fark=1<2<3		p=0,008	
Emosyonel rol güçlüğü1	38,89	46,389	23,37	41,179	31,13	44,187	1,371	0,176
Emosyonel rol güçlüğü2	37,78	45,261	23,37	41,179	30,57	43,511	1,290	0,202
Emosyonel rol güçlüğü3	43,33	40,258	35,59	41,892	39,46	40,920	0,730	0,468
	p=0,229		p=0,025		Fark=2<3		p=0,017	
Enerji1	54,50	14,345	53,83	13,435	54,17	13,783	0,186	0,853
Enerji2	54,67	12,590	53,67	11,958	54,17	12,184	0,315	0,754
Enerji3	54,17	11,225	52,83	9,973	53,50	10,549	0,486	0,629
	p=0,750		p=0,612		p=0,506			
Mental sağlık1	61,20	12,568	59,33	12,696	60,27	12,560	0,572	0,569
Mental sağlık2	61,07	11,741	59,73	11,408	60,40	11,497	0,446	0,657
Mental sağlık3	62,27	11,001	60,93	10,901	61,60	10,879	0,472	0,639
	p=0,082		p=0,059		p=0,005		Fark=2<3	
Sosyal fonksiyon1	53,33	17,960	55,42	19,052	54,38	18,386	-0,436	0,665
Sosyal fonksiyon2	53,33	16,059	55,83	16,973	54,58	16,430	-0,586	0,560
Sosyal fonksiyon3	54,58	14,113	56,25	13,435	55,42	13,687	-0,468	0,641
	p=0,542		p=0,940		p=0,739			
Ağrı1	60,67	19,005	60,92	21,127	60,79	19,923	-0,048	0,962
Ağrı2	58,92	18,024	59,92	20,735	59,42	19,268	-0,199	0,843
Ağrı3	58,33	16,743	61,83	19,375	60,08	18,039	-0,749	0,457
	p=0,113		p=0,045		Fark=2<3		p=0,037	
					Fark=1>2			

Tablo 4 (Devam)

Genel sağlık1	34,83	17,295	34,67	14,259	34,75	15,715	0,041	0,968
Genel sağlık2	35,83	16,246	35,67	13,755	35,75	14,924	0,043	0,966
Genel sağlık3	37,00	14,479	37,50	12,088	37,25	13,226	-0,145	0,885
	p=0,091		p=0,041	Fark=2<3	p=0,003	Fark=1<2<3		
Fiziksel ana boyut1	47,29	23,818	45,15	21,442	46,22	22,494	0,367	0,715
Fiziksel ana boyut2	47,10	21,098	46,81	19,226	46,96	20,012	0,056	0,956
Fiziksel ana boyut3	48,38	18,926	51,08	16,268	49,73	17,550	-0,594	0,555
	p=0,238		p=0,005	Fark=1<2<3	p=0,002	Fark=2<3		
Mental ana boyut1	51,98	19,325	47,99	17,272	49,98	18,283	0,844	0,402
Mental ana boyut2	51,71	17,557	48,15	15,784	49,93	16,649	0,826	0,412
Mental ana boyut3	53,59	15,402	51,40	14,907	52,49	15,068	0,559	0,579
	p=0,085		p=0,115		p=0,016	Fark=2<3		

4.4. İÖEÖ, SYBDÖ VE ALT GRUPLARININ ZAMANLAR VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, farklı zamanlardaki toplam uyum, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ ortalamaları bakımından müdahale ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonucunda, kontrol, müdahale ve genel olarak toplam uyum, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu ($p<0,05$); buna göre, üçüncüzamandaki toplam uyum, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ ortalamaları ikinci zamana göre anlamlı derecede daha yüksek iken ikinci zamandaki toplam uyum, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve SYBDÖ ortalamaları birinci zamana göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. İÖEÖ, SYBDÖ ve Alt Boyutlarının Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		Genel		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
İÖEÖ1/UYUM1	44,20	9,761	45,87	7,459	45,03	8,653	-0,743	0,460
İÖEÖ2/UYUM2	46,07	7,066	46,87	6,329	46,47	6,662	-0,462	0,646
İÖEÖ3/UYUM3	46,33	6,748	47,30	5,730	46,82	6,226	-0,598	0,552
	p=0,010	Fark=t1<t2<t3	p=0,013	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3		
Sağlık sorumluluğu1	21,20	5,027	23,20	5,429	22,20	5,284	-1,481	0,144
Sağlık sorumluluğu2	22,93	4,283	24,20	4,930	23,57	4,623	-1,062	0,292
Sağlık sorumluluğu3	23,90	3,889	24,93	4,510	24,42	4,208	-0,950	0,346
	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3		
Fiziksel aktivite1	12,00	3,948	13,47	4,904	12,73	4,475	-1,276	0,207
Fiziksel aktivite2	12,97	3,755	14,37	4,582	13,67	4,213	-1,294	0,201
Fiziksel aktivite3	13,63	3,378	14,97	4,335	14,30	3,911	-1,329	0,189
	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3		
Beslenme1	26,43	2,029	26,03	3,222	26,23	2,677	0,575	0,567
Beslenme2	27,00	2,034	26,77	2,622	26,88	2,330	0,385	0,702
Beslenme3	27,83	2,167	27,13	2,389	27,48	2,288	1,189	0,239
	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,003	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3		
Manevi gelişim1	27,60	3,069	27,80	3,934	27,70	3,500	-0,220	0,827
Manevi gelişim2	28,63	2,822	28,70	3,456	28,67	3,128	-0,082	0,935
Manevi gelişim3	29,57	2,515	29,70	3,303	29,63	2,911	-0,176	0,861
	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3		
Kişilerarası ilişkiler1	27,23	3,785	26,93	4,495	27,08	4,122	0,280	0,781
Kişilerarası ilişkiler2	27,97	3,200	27,57	4,150	27,77	3,679	0,418	0,677
Kişilerarası ilişkiler3	28,53	2,980	28,40	3,701	28,47	3,332	0,154	0,878
	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3		
Stres yönetimi1	19,40	2,699	20,03	3,388	19,72	3,054	-0,801	0,427
Stres yönetimi2	20,43	2,344	21,17	2,805	20,80	2,589	-1,099	0,276
Stres yönetimi3	20,60	2,238	21,30	2,693	20,95	2,480	-1,095	0,278
	p=0,000	Fark=t1<t2	p=0,000	Fark=t1<t2	p=0,000	Fark=t1<t2		
SYBDÖ1	133,87	16,940	137,47	21,571	135,67	19,314	-0,719	0,475
SYBDÖ2	139,93	14,522	142,77	18,586	141,35	16,598	-0,658	0,513
SYBDÖ3	144,07	12,916	146,43	16,751	145,25	14,878	-0,613	0,542
	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3	p=0,000	Fark=t1<t2<t3		

4.5. KAN DEĞERLERİNİN ZAMAN VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİSİNE AİT BULGULAR

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, hemoglobin1, hemoglobin3, hemotokrit1, hemotokrit3, plt1, plt3, WBC1, WBC3, glukoz, glukoz3, üre1, üre3, kreatinin1, kreatinin3, sodyum1, sodyum3, potasyum1, potasyum3, kalsiyum1, magnezyum1 ve magnezyum3 ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken, kalsiyum3, albümin1 ve albümin3 ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunduğu belirlendi ($p<0,05$). Buna göre, müdahale

grubundakilerin kalsiyum³, albümin¹ ve albümin³ ortalamaları kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi.

Uygulanan bağımlı örneklem t testi sonucunda, kontrol grubunda hemoglobinin, hemotokrit, wbc, glukoz, üre, kreatinin, sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum, albümin ölçümleri, müdahale grubunda WBC, glukoz, üre, kreatinin, sodyum, magnezyum ölçümleri ve genel olarak wbc, glukoz, üre, kreatinin, sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum, albümin ölçüm ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken kontrol grubunda plt, müdahale grubunda hemoglobin, hemotokrit, plt, potasyum, kalsiyum, albümin ölçümleri, genel olarak hemoglobin, hemotokrit, plt ölçüm ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu görüldü ($p<0,05$).

Buna göre üçüncü zamandaki kontrol grubunda plt, müdahale grubunda hemoglobin, hemotokrit, plt, kalsiyum ölçümleri, genel olarak hemoglobin, hemotokrit, plt ölçüm ortalamaları birinci zamana göre anlamlı derecede daha yüksek iken birinci zamandaki müdahale grubunda potasyum, albümin ölçüm ortalamaları üçüncü zamana göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 6)

Tablo 6: Kan Değerlerinin Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		Genel		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
Hemoglobin1 (g/dl)	13,13	2,196	12,46	1,524	12,80	1,904	1,367	0,177
Hemoglobin3(g/dl)	13,21	1,748	12,74	1,516	12,98	1,640	1,127	0,265
	p=0,503		p=0,003 Fark=t1<t3		p=0,020 Fark=t1<t3			
Hemotokrit1(%)	39,32	6,637	37,88	4,070	38,60	5,507	1,015	0,315
Hemotokrit3(%)	39,68	5,371	38,67	3,437	39,18	4,499	0,868	0,390
	p=0,358		p=0,014 Fark=t1<t3		p=0,022 Fark=t1<t3			
Plt1(K/uL)	232,17	71,126	252,71	75,776	242,44	73,595	-1,083	0,283
Plt3(K/uL)	246,63	64,926	279,00	71,567	262,82	69,684	-1,835	0,072
	p=0,005 Fark=t1<t3		p=0,019 Fark=t1<t3		p=0,001 Fark=t1<t3			
WBC1(K/uL)	9,68	10,902	8,42	2,652	9,05	7,892	0,616	0,540
WBC3(K/uL)	9,51	10,878	8,06	1,792	8,79	7,764	0,721	0,474
	p=0,319		p=0,294		p=0,162			
Glukoz1(mg/dl)	114,60	29,011	108,57	19,403	111,58	24,657	0,947	0,348
Glukoz3(mg/dl)	106,87	26,250	109,70	16,812	108,28	21,901	-0,498	0,620
	p=0,123		p=0,448		p=0,207			
Üre1(mg/dl)	34,11	16,808	34,33	19,507	34,22	18,053	-0,047	0,963
Üre3(mg/dl)	33,63	10,747	33,13	8,733	33,38	9,711	0,195	0,846
	p=0,742		p=0,646		p=0,570			
Kreatinin1(mg/dl)	1,63	4,606	0,76	0,243	1,20	3,264	1,041	0,302
Kreatinin3(mg/dl)	1,65	4,602	3,67	15,741	2,66	11,542	-0,674	0,503
	p=0,769		p=0,319		p=0,312			
Sodyum1(mEq/L)	139,47	4,006	139,27	2,303	139,37	3,242	0,237	0,813
Sodyum3(mEq/L)	139,43	4,049	139,20	2,124	139,32	3,207	0,280	0,781
	p=0,580		p=0,712		p=0,635			
Potasyum1(mEq/L)	4,09	0,443	4,24	0,362	4,17	0,409	-1,500	0,139
Potasyum3(mEq/L)	4,06	0,410	4,18	0,296	4,12	0,359	-1,263	0,211
	p=0,580		p=0,019 Fark=t1>t3		p=0,081			
Kalsiyum1(mEq/L)	8,98	0,451	9,17	0,327	9,08	0,402	-1,889	0,064
Kalsiyum3(mEq/L)	9,02	0,434	9,23	0,350	9,12	0,405	-2,029	0,047
	p=0,444		p=0,045 Fark=t1<t3		p=0,104			
Magnezyum1(mEq/L)	1,89	0,121	1,90	0,082	1,90	0,103	-0,312	0,756
Magnezyum3(mEq/L)	1,88	0,113	1,90	0,073	1,89	0,095	-1,023	0,311
	p=0,188		p=0,665		p=0,321			
Albümin1(g/dL)	3,93	0,446	4,14	0,233	4,04	0,369	-2,323	0,024
Albümin3(g/dL)	3,92	0,371	4,09	0,182	4,01	0,302	-2,299	0,027
	p=0,735		p=0,030 Fark=t1>t3		p=0,107			

4.6. BKİ VE KAN BASINÇLARININ ZAMANLAR VE GRUPLAR ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR

Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda, farklı zamanlardaki BKİ, sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonucunda, kontrol grubunda sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri, müdahale grubunda BKİ ve diastolik kan basıncı değerleri ve genel olarak diastolik kan basıncı ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken kontrol

grubunda BKİ, müdahale grubunda sistolik kan basıncı değeri ve genel olarak BKİ ve sistolik kan basıncı ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu saptandı ($p<0,05$). Buna göre, kontrol grubunda ve genel olarak birincizamandaki BKİ ortalaması ikincizamana göre anlamlı derecede daha yüksek iken müdahale grubunda ve genel olarak ikinci zamandaki sistolik kan basıncı ortalaması üçüncü zamana göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 8).

Tablo 8. BKİ ve Kan Basınçlarının Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın İncelenmesi

	Kontrol		Müdahale		Genel		t	p
	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.	Ort.	S.S.		
BKİ1	32,51	4,648	31,69	3,868	32,10	4,259	0,742	0,461
BKİ2	32,10	4,463	31,57	3,960	31,84	4,192	0,492	0,625
BKİ3	31,87	4,461	31,26	4,324	31,56	4,366	0,538	0,593
	p=0,002	Fark=t1>t2	p=0,437		p=0,006	Fark=t1>t2		
Sistolik1	130,00	20,678	136,33	19,025	133,17	19,957	-1,235	0,222
Sistolik2	130,33	14,735	134,00	12,484	132,17	13,666	-1,040	0,303
Sistolik3	128,00	9,613	129,00	8,847	128,50	9,173	-0,419	0,677
	p=0,310		p=0,018	Fark= t2>t3	p=0,011	Fark= t2>t3		
Diastolik1	79,00	10,289	84,00	10,700	81,50	10,708	-1,845	0,070
Diastolik2	82,67	9,444	86,00	6,215	84,33	8,102	-1,615	0,112
Diastolik3	83,33	7,581	85,33	5,074	84,33	6,475	-1,201	0,235
	p=0,062		p=0,501		p=0,059			

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hipertansiyon; koroner, serebral, renal hastalıklar ve erken ölüm gibi patolojik durumlarla ilişkisi olan önemli ve ciddi bir sağlık sorunudur. Türkiyede ve dünyada yüksek mortalite ve morbiditeye neden olmakla birlikte önlenebilir kardiyovasküler sistem hastalıkları içerisinde de ilk sırada yer almaktadır. (<https://www.tkd.org.tr/HTBulteni/?makale=7> Erişim Tarihi:04.04.19).

Hipertansiyonu olan hastaya verilen eğitimin etkisinin değerlendirmek amacıyla yaptığımız bu çalışma sosyodemografik özellikler ve araştırma hipotezleri doğrultusunda 6 başlık altında tartışılmıştır.

- Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın tedaviye uyumunu etkiler.
- Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın yaşam kalitesini etkiler.
- Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiler.
- Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın BKİ ve kan basıncı düzeylerini etkiler.
- Düz anlatım ile eğitim verilen hasta grubu ile motivasyonel görüşme tekniği ile eğitim verilen hasta grubu arasında tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından fark vardır.

Hastaların Sosyodemografik Özellilerine ve Hastalık Durumuna İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmaya katılan bireylerin %71,7'sinin (n=43) kadın olduğu, %28,3 'ünün erkek olduğu, bunlardan kontrol grubunun %63,3'ünü (n=19), müdahale grubunun %80 'ini (n=24) kadın, kontrol grubunun %36,7 'sini (n=11), müdahale grubunun %20 'sini (n=6) ise erkek popülasyonunun oluşturduğu görülmüştür. Özpancar (2013) tarafından yapılan çalışmada kontrol grubu %66,7, müdahale grubunda ise %70 kadın birey olduğu görüldü. Ma ve arkadaşları (2014) tarafından yapılan çalışmada %53,3, Gün ve Korkmaz (2014) tarafından yapılan çalışmada

hipertansiyon tanısı alan hastaların çoğunun (%63,6), Erci ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan diğer bir çalışmada, çalışmaya katılan bireylerin %58,9 'unun, diğer başka bir çalışmada ise %62,9' unun kadın olduğu belirlendi (Söylemez 2018). Bu sonuçlar mevcut çalışmada elde edilen bulgularla (%71,7 kadın) benzerlik göstermektedir. Bunun en önemli sebebinin ileri yaşla birlikte görülen postmenopozal değişikliklerle birlikte görülen anormal yağ dağılımı, buna bağlı görülen ateroskleroz, kilo almaya yatkınlık, tuza duyarlılık ve obezitenin kadınlarda daha fazla görülmesi ile ilişkili olduğu düşünüldü.

Mevcut çalışmada yaş ortalaması $60,10 \pm 11,300$ şeklinde bulundu. Günal ve Günal (2010) tarafından hipertansif hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada çalışmaya dahil edilen kişilerin yaş ortalaması $58,9 \pm 10,2$; Sjöling, Lundberg, Endlund, Westman and Jong (2011) tarafından yapılan çalışmada çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $61,6 \pm 7,0$ ve Eryonucu ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada ise hipertansiyon tanısıyla izlenen hastaların yaş ortalaması 56 ± 13 yaş olarak bulunduğu görüldü. Çalışma sonuçları literatürler ile benzerlik gösterdi.

Irmak ve arkadaşının (2007) yaptığı çalışmada ilkokul mezunu olma oranı %53,3, Kılıç ve Uzunçakmak (2016) tarafından yapılan çalışmada %54,8; Cingil, Delen ve Akseoğlu (2009)' nun çalışmasında ilkokul düzeyinde eğitim görenlerin oranı %61,9 olduğu görüldü. Mevcut çalışmada da ilkokul mezunu olma oranı %68,3 bulunarak diğer çalışmalarla benzerlik gösterdi.

Mevcut çalışmada 0-5 yıldır HT hastası olma oranı %26,7 olarak bulundu. Erkek ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada da hastaların %37,1'inin 1-5 yıldır hipertansiyon hastası olduğu belirlendi. Yapılan diğer bir çalışmada da 1-5 yıldır HT hastası olma durumu %55,3 olarak bulundu (Erci, Elibol ve Aktürk 2018).

Mevcut çalışmada hipertansiyona ek bir hastalığa sahip olma durumu ise %51,7 olarak tespit edildi. Tümer ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise mevcut çalışmayla benzer şekilde bu oranın %48,1 olduğu saptandı. Söylemez (2018) tarafından yapılan çalışmada eşlik eden hastalık durumu %71,5 olarak bulunurken, Akın (2017) tarafından yapılan çalışmada bu oran %82,8 olarak bulundu. Ek hastalık oranının çalışmamızda düşük olmasının nedeni ise çalışmaya katılma kriterlerinde diyabet hastalığının ekarte edilmesi olarak düşünüldü.

Ailede hipertansiyon bulunma oranının ise çok yüksek olduğu (%95) tespit edildi. Şahin ve Biçer (2015) 'in çalışmasında bu oran %78,1, Özpancar (2013)' in

çalışmasında %68,3, Bahar (2011) tarafından yapılan çalışmada ise bu oran %50 olarak bulunmuştur. Literatür taramaları sonucunda elde edilen veriler aile öyküsünün hipertansiyonda etkili olduğunu gösterdi.

Sigara kullanan hastalarının oranı çalışmamızda %20 iken, Tümer ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise bu oran %25,4; Doğan, Toprak ve Demir (2012) tarafından yapılan çalışmada ise bu oran totalde %24,7 olarak bulunarak mevcut çalışmayla benzerlik gösterdi.

Mevcut çalışmaya dahil edilen hastaların %28,3 'ü haftada bir, %41,7 'si ayda bir, %16 'sı yılda bir, kan basıncını ölçtüğünü, %3,3 ' ü ise tansiyonunu hiç ölçtürmediğini ifade etti. Koruk (2019) 'un yaptığı çalışmada %21,3 ' ü haftada bir, %16 'si ayda bir, %3,2 si bir ayın üzerinde ve %12,8 ' hiç kan basıncını ölçtürmediği saptandı. Yapılan diğer bir çalışmada ise katılımcıların %9,8'i haftada bir kez, %23,7'si (n=58) hiç ölçtürmediği bulundu (Oskay ve ark 2010). Başka bir çalışmada ise haftada bir ölçtürenler %23,5, ayda bir ölçtürenler ise %42,8 olarak bulundu (Akin 2017). Bu farklılık yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastalık süresi, sosyoekonomik düzeylerinin farklı olmasıyla ilişkili olabileceği düşünüldü.

Mevcut çalışmada beslenmeye dikkat etme oranı %55 bulunmuşken, diyet yapmama oranı ise %88,3 olarak bulundu. Diyet yapanların ise tamamının %11,7'nin tuzsuz diyet uyguladığı görüldü. Özpancar (2013) çalışmasında diyet yapma oranını %30 olarak bulurken, Koçoğlu (2016) tarafından yapılan çalışmada hastaların %18,8'inin diyetinde tuz kısıtlaması yaptığı belirlendi. Fazla tuz kullanımının hipertansiyona neden olduğu ve hipertansiyonun şiddetini arttırdığı bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda katılımcıların tuz tüketimi konusunda bilgi seviyeleri arttıkça diyetlerindeki tuz tüketimini sınırlama isteklerinin arttığı ancak bunu diyetlerinde uygulayabilenlerin sayısının yeterli olmadığı belirlendi (http://www.turkhipertansiyon.org/tuz_280512.php Erişim tarihi :06.04.19, Sung 2014, Aygün ve ark 2015) İleri yaş ile birlikte gelişen tat alma yoksunluğu, diyet yapmanın bireyi zorlaması ve hipertansiyonda eğitim eksikliği gibi nedenlerin bu durumun gelişmesinde etkili olduğu düşünüldü.

Aypak ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada hastaların %82,9' unun düzenli olarak ilaçlarını aldığı görülürken, aynı çalışmada tüm hastaların %25,3'ü tansiyon için kullandığı ilacın ismini bilmekte ve %19,1' inin ilacının dozunu bildiği görüldü. Akin (2017) tarafından yapılan çalışmada ise düzenli ilaç kullananların

yüzdesi %61,8 bulundu. Mevcut çalışmada bu oran %80 olarak belirlenirken, çalışmada hastaların %46,7' sinin ilacının ismini bildiği ve %63,3 'ünün ilacının dozunu bildiği belirlendi.

Eğitim Öncesi, Birinci ve İkinci Eğitim sonrası İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF) Puanları Açısından Gruplar Arası ve Grup İçi Farkların Tartışılması

Hipotez: Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın tedaviye uyumu etkiler.

Araştırmaya katılan tüm katılımcıların (Müdahale+Kontrol) ilk görüşmede (UYUM1) genel İBÖS-KF puan ortalaması $45,03 \pm 8,653$ (minimum = 13, maksimum = 52). olup, uyumları iyi düzeydeydi. Yapılan bir çalışmada hastaların ilaca uyum öz-etkililik puanlarının $45,05 \pm 6,06$ olduğu bulunmuştur (Özdemir ve ark 2016). Yapılan başka bir çalışmada da antihipertansif tedavi alan hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Wannasirikul et al 2016). 2014 yılında yapılan bir çalışmada ise tedavi gören geriatrik hipertansif hastaların %66' sının tedaviye uyum göstermediği saptanmıştır (Rajpura et al 2014). Aşilar ve Gözüm (2017)'ün çalışmasında hipertansif bireylerin İBÖS-KF toplam puan ortalamaları $41,9 \pm 10,5$ olarak bulunmuştur. Hipertansif bireylerle yapılan başka bir çalışmada da İBÖS-KF puanı $39,90 \pm 7,08$ olarak tespit edilmiştir (Açıkgöz 2014). Söylemez (2018) tarafından yapılan çalışmada ise İBÖS-KF puan ortalaması $41,54 \pm 9,45$ olarak saptanmıştır. Çalışma sonuçları literatürle uyumludur. Eğitim öncesi ilk görüşmede (UYUM1) kontrol ve müdahale grubunun İBÖS-KF ölçeğinden alınan puan ortalamaları sırasıyla $44,20 \pm 9,76$ ve $45,87 \pm 7,45$ idi. Birinci eğitim (UYUM2) sonrası bakılan İBÖS-KF puan ortalamaları sırasıyla kontrol grubunda $46,07 \pm 7,06$, müdahale grubunda $46,87 \pm 6,32$ iken, ikinci eğitim sonrası (UYUM3) bakılan İBÖS-KF puan ortalamaları sırasıyla kontrol grubunda $46,33 \pm 6,748$, müdahale grubunda $47,30 \pm 5,73$ 'tü. Uygulanan bağımsız örneklem t testi sonucunda farklı zamanlardaki uyum ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı belirlendi. Uygulanan tekrarlı ölçümler varyans analizi sonucunda, kontrol, müdahale ve genel olarak

toplam uyum puanlarında anlamlı farklılık bulunduğu tespit edildi. Buna göre ikinci zamanda birinci zamana göre, üçüncü zamanda ise ikinci zamana göre kontrol, müdahale ve genel olarak toplam uyumda artış olduğu görüldü. Ayrıca çalışma sonucunda tüm zamanlarda ve tüm gruplarda uyum puanının genel olarak iyi düzeyde olduğu belirlendi. Bu sonuçlar mevcut araştırmada tüm gruplarda eğitimin uyumu pozitif yönde etkilediğini gösterdi. Rich ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada eğitim sonrasında kalp yetersizliği hastalarının hastalık yönetimine ve tedavilerine uyumlarının arttığı tespit edilmiştir (Rich et al 1995). Russell ve arkadaşlarının (2011) diyaliz hastaları ile yapmış olduğu çalışmada motivasyonel görüşme sonrası hastaların tedaviye uyumlarının olumlu yönde arttığı belirtildi. Literatürde bir çok çalışmada eğitimin tedaviye uyumu pozitif yönde etkilediği bildirilmiştir (Irmak ve ark 2007, Hacıhasanoğlu 2007, Özpancar 2013, Hedegaard et al 2015, Çakmak 2018, Koruk 2019). Diyabet hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada da eğitimin tedaviye uyumu olumlu yönde etkilediği gösterilmiştir (İbrahim et al 2010). Şahin ve Biçer (2015)' in çalışmasında da hastalara verilen eğitim girişimlerinin hipertansif ilaç tedavisine uyumu artırdığı ve kan basıncında önemli bir düşüş sağladığı gösterilmiştir. 2007 yılında Hacıhasanoğlu tarafından gerçekleştirilen kontrol gruplu deneysel bir çalışmada da hipertansif bireylere verilen ilaç uyumunu arttırmayı amaçlayan bir eğitim sonucunda deney grubunda tedaviye uyumun arttığı, kontrol grubunda ise önemli bir değişikliğin olmadığı saptanmıştır. Mevcut araştırmada her iki eğitim yönteminin de uyumu arttırdığı gösterilerek araştırmada tanımlanan “*Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın tedaviye uyumu etkiler.*” hipotezi doğrulandı.

Eğitim Öncesi, 1. ve 2. Eğitim sonrası SF 36 Ölçeği Alt-Ana Boyutlarının Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın Tartışılması

Hipotez: Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın yaşam kalitesini etkiler.

Mevcut çalışmada çalışmaya katılan bireylerin SF 36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Fiziksel Ana Boyutundan (FAB) aldığı puanlar zamanlara göre sırasıyla FAB1 46,22±22,494, FAB2 46,96±20,012, FAB3 49,73±17,550; Mental Ana Boyutundan (MAB) aldığı puanlar sırasıyla MAB1 49,98±18,283, MAB2 49,93±16,649, MAB3 52,49±15,068 olarak hesaplandı. Kalp hastalarıyla yapılan araştırmanın sonucunda hastaların yaşam kalitesinin FAB puan ortalamasının 51,95±22,21, MAB puan ortalamasının 52,71±19,48 olduğu görüldü (Küçükberber ve ark. 2011). Yapılan bir çalışmada da FAB ortalamasının 54,9±21,1 MAB ortalamasının 57,7±23,8 olduğu bulundu (Ggeldi ve ark. 2008). Pelin (2017) tarafından kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada da FAB ortalaması 37,83±20,47; MAB ortalaması ise 42,34±15,03 olarak bulundu.

Çalışmada kontrol grubunda fiziksel fonksiyon, fiziksel rol glğ, emosyonel rol glğ, enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon, ağrı, genel sağlık, fiziksel ana boyut ve mental ana boyut ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlendi ($p>0,05$).

Araştırmadaki müdahale grubunda enerji, mental sağlık, sosyal fonksiyon ve mental ana boyut ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken fiziksel fonksiyon, fiziksel rol glğ, emosyonel rol glğ, ağrı, genel sağlık ve fiziksel ana boyut ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlendi ($p<0,05$). Buna göre, üçüncü zamandaki (ikinci eğitim) fiziksel fonksiyon, fiziksel rol glğ, emosyonel rol glğ, ağrı, genel sağlık ve fiziksel ana boyut ortalamaları ikinci zamana göre anlamlı derecede daha yüksek iken ikinci zamandaki (birinci eğitim) fiziksel rol glğ ve fiziksel ana boyut ortalamaları birinci zamana (ilk görüşme) göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulundu. Mevcut çalışmada eğitimin müdahale grubunda yaşam kalitesini arttırdığı, kontrol grubunda ise yaşam kalitesinde anlamlı bir artış sağlanmadığı tespit edildi. Hipertansif hastalarla in'de yapılan bir çalışmada da MG yöntemi ile eğitim verilen müdahale grubunda eğitim

sonrasında SF 36 YKÖ'nin genel sağlık, enerji, mental sağlık ve fiziksel fonksiyon alt boyutlarında önemli ölçüde puan artışı tespit edilmiştir (Ma et al 2014). Obez hastalarda eğitimin etkinliği üzerine yapılan bir araştırmada eğitim verilen grubun yaşam kalitelerinin arttığı görülmüştür (Alıcı ve Pınar 2008). Kurçer ve arkadaşlarını koroner arter hastaları ile yaptığı çalışmada da eğitim sonrasında hastaların beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin artmasına paralel olarak diyetle uyumlarının arttığı, fiziksel aktivite düzeylerinin arttığı, kan basıncı düzeylerinde anlamlı oranda azalma olduğu ve bunlara bağlı olarak SF-36 yaşam kalitesi ölçeğinin mental ve fiziksel parametrelerin hepsinde anlamlı düzeyde artış olduğu gösterilmiştir (Kurçer ve Özbay 2011).

Başka bir araştırmada da öz bakım gücü ölçeği kullanılarak değerlendirilen bireyin öz bakım gücü puanının artmasında planlı bir eğitimin etkili olduğu gösterilerek olgularda yaşam kalitesinin artmış olduğunu düşünülmüştür (Fertelli ve Tel 2007). Babae ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da cerrahi operasyon geçiren hastalara verilen yaşam tarzı değişikliği eğitimi sonrası yaşam kalitesinin hem fiziksel hem de mental parametrelerinde anlamlı düzeyde yükselme olduğu tespit edilmiştir (Babae et al 2007). Gallefoss ve Bakke tarafından yapılan çalışmada da eğitim alan hastaların yaşam kalitesinin daha iyi bulunduğu gösterildi (Gallefoss and Bakke 2000).

Çalışma sonuçları genel olarak literatürlerdeki gibi eğitimin yaşam kalitesi üzerindeki pozitif etkisini destekledi. Mevcut çalışmada eğitimin müdahale grubunda YK 'ni arttırdığı, kontrol grubunda ise YK 'nde bazı parametrelerde artış olduğu fakat istatistiksel açıdan anlamlı bir artış sağlanmadığı tespit edildi.

Müdahale grubuna MG yöntemi ile verilen eğitimin hastalar üzerinde daha hızlı ve daha pozitif etki gösterdiği, bu nedenle MG yönteminin hasta eğitimlerinde kullanılabileceği düşüncesindeyiz. Verilen eğitimle birlikte "*Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın yaşam kalitesini etkiler.*" Hipotezinin kısmen doğrulandığı gözlemlendi.

Eğitim Öncesi, 1. ve 2. Eğitim sonrası SYBDÖ ve Alt Boyutlarının Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın Tartışılması

Hipotez: Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiler.

Çalışmaya katılan tüm katılımcıların (Müdahale ve Kontrol) eğitim öncesi SYBDÖ toplam puanının puan ortalamalarının 135,67±19,314, Manevi gelişim 27,70±3,500, Sağlık Sorumluluğu 22,20±5,284, Fiziksel aktivite 12,23±4,475, Beslenme 26,23±2,677, Kişilerarası ilişkiler 27,08±4,122, Stresle Başa Çıkma 19,72±3,054 olarak bulundu. şahin ve Biçer'in (2015) yaptığı çalışmada sırasıyla SYBDÖ puan ortalamalarının dağılımı Manevi gelişim 25,60±4,22 Sağlık sorumluluğu 21,25±5,88 Egzersiz/Fiziksel Aktivite 5,15±2,66 Beslenme 18,20±2,12 Kişilerarası destek 16,19±2,22 Stresle başa çıkma 15,11±3,08 olarak bulunmuştur. Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının araştırıldığı çeşitli konularda yapılan araştırmalar yer almaktadır. Lise öğrencilerinin SYBD' nı ölçen bir çalışmada SYBDÖ-II' den 118,50 ± 18,99 puan alındığı belirlenmiştir (Özakgöl ve ark 2016). Koroner arter hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını inceleyen bir araştırmada hastaların SYBD toplam puan ortalaması 128±22 bulunmuştur (Savaşan ve ark 2013). Huzurevinde yaşayan yaşlılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını araştıran başka bir çalışmada da SYBD toplam puanı 123,74±22,42 olarak tespit edilmiştir (Kulakçı ve ark 2012) Hemşirelerin SYBD ölçen başka bir çalışmada ise hemşirelerin toplam SYBD puanının 117,3920±17,04 olduğu görölmüştür (Altay ve ark 2015). Başka bir çalışmada da SYBDÖ toplam ölçek puan ortalaması 128,22±2,00 olarak belirlenmiştir (Akkuş ve ark 2019). Çelik' in (2018) hemodiyaliz hastaları üzerinde yaptığı bir çalışmada SYBDÖ II genel puan ortalaması 117,80±37,07 olarak bulunurken, aynı çalışmada hastaların SYBDÖ II ölçeğinin alt boyutlarında aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında en düşük puan ortalamasının ise 14,38±6,70 puan ile Fiziksel Aktivite alt boyutuna ait olduğu tespit edildi. Mevcut çalışmada SYBDÖ II' den alınan genel puan ortalaması Çelik'in çalışmasından yüksek olduğu belirlenirken, en düşük puan ortalamasının fiziksel aktivite alt boyutundan olması

mevcut çalışmayla benzerlik gösterdi. Hipertansiyon hastalarının katıldığı bir çalışmada da SYBDÖ toplam ortalamasının $108,52 \pm 5,45$ olarak bulunup çalışmamızın tüm zamanlarındaki ölçümlerinden daha düşük olduğu belirlendi (Şahin ve Biçer 2015). Yapılan diğer bir çalışmada da hipertansif hastaların SYBDÖ II toplam ve sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi alt ölçek boyutlarında orta düzeyin altında puan aldıkları ve beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt ölçek boyutlarında ise orta düzeyin üzerinde puan aldıkları belirlenerek büyük oranda mevcut çalışmayla benzerlik göstermektedir (Açıkgöz 2014). Eğitime bağlı olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişiklikler değerlendirildiğinde hem motivasyonel görüşmeyle eğitim verilen müdahale grubunda hemde düz anlatım yoluyla eğitim verilen kontrol grubunda SYBDÖ toplamı ve tüm alt boyutlarında zaman göre anlamlı farklılık olduğu eğitim sonrası ölçümlerde SYBD puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı görüldü. Yapılan bir çalışmada da verilen eğitim verilen grubun lk görüşmeye (eğitim öncesi) göre ikinci görüşmede SYBDÖ toplam puanı, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puanlarında anlamlı artış olduğu belirlenmiştir (Erciyes 2013). Erciyes' in çalışmasında da eğitim verilen grubun SYBD'nın olumlu yönde geliştiği belirlenmiştir. Çakır (2003) tarafından yapılan çalışmada da verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde etkili olduğu gösterilmiştir. Tip 1 DM' li ergenlerde Motivasyonel görüşmenin etkinliğini araştıran bir çalışmada elde edilen eğitim öncesi bulgularına göre, SYBDÖ toplam ortalama puanı $130,5 \pm 13,8$ eğitim sonrası ortalama puan ise $137,1 \pm 9,4$ olduğu belirlenerek çalışmada MG 'nin SYBD' nda pozitif artışa neden olduğu gösterilmiştir (Evcümen 2018). Mevcut Çalışmada hipertansif hastaya verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarını olumlu yönde arttırdığı görüldü. Verilen eğitimle birlikte birey hastalık ve hastalık yönetimi ile ilgili bilgi sahibi olduğu, hastalık sürecinde ailesi, çevresi ve aynı durumda olan bireylerle etkileşim halinde olması ve tedavide beraber hareket etmenin önemi açıklandığı için kişilerarası ilişkiler puanının yükseldiği düşünüldü. Eğitimle hastalık öncesi, sırası ve sonrası hakkında bilgi sahibi olması sağlandığı, olası komplikasyonlarda neler yapabileceğini öğrenmesi ve bunun sonucu olarak bilinmeyene karşı geliştirilen stres faktörü en aza indirgendigi için stres yönetimi puanının yükseldiği düşünüldü. Beslenme puanının artması hipertansiyonda tuz kısıtlaması ve hipertansiyon diyeti hakkında hastanın

bilgilenmesi sağlandığı ve öğrendiği bilgileri diyetinin düzenlenmesinde kullandığı düşünüldü. Eğitimle birlikte sporun ve hareketli bir yaşamın önemi her eğitimde vurgulandı ve fiziksel aktivite artışı sağlandı. Fiziksel aktivite puanının artmasının buna bağlı olduğu düşünüldü. Sağlık sorumluluğu puanının artması ise bireyin hastalığının bilincinde olup, eğitimle birlikte hastalığın gerektirdiği sorumlulukları öğrenmesi sağlandığı için olduğu düşünüldü. Manevi gelişim puanının artmasını ise hastada iç kişinin yaşam amaçlarını farkına varması, kendini ne derece tanıdığını öğrenmesine fırsat verildiği ve bu sayede iç huzuru sağladığı ile açıklandı. Eğitimle birlikte SYBD pozitif yönde arttığı "*Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkiler.*" hipotezinin doğrulandığı belirlendi.

Eğitim Öncesi, Birinci ve İkinci Eğitim sonrası BKİ ve Kan Basıncı Düzeylerinin Zamanlar ve Gruplar Arasındaki Farklılığın Tartışılması

Hipotez: Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın BKİ ve kan basıncı düzeylerini etkiler.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından açıklanan obezite sınıflamasına göre BKİ, 18,5'den az zayıf, 18,5- 24,9 normal, 25-29,9 kilolu, 30 ve üzeri olanlar obez olarak sınıflandırılmaktadır. Mevcut çalışmada eğitim öncesi kontrol, müdahale gruplarının ve genel BKİ değerleri sırasıyla $32,51 \pm 4,648$, $31,69 \pm 3,868$ ve $32,10 \pm 4,259$ olarak bulundu. Çalışmada elde edilen ilk veriler hastaların çoğunun BKİ bakımından fazla kilolu ve obez sınıfında olduğunu gösterdi. Gün (2012) tarafından yapılan çalışmada araştırmaya katılan hipertansiyon hastalarının beden kitle indeksine göre dağılımlarına bakıldığında hastaların % 37,58'inin şişman, %31,52'sinin 1. Derece obez olduğu gösterildi. Söylemez'in çalışmasında ise çalışmaya katılan olguların BKİ' ne göre %38,3' ü fazla kilolu, %54,3' ünün obez olduğu belirtilmiştir (Söylemez 2018).

Yeni tanı alan hipertansiyon hastalarıyla yapılan bir çalışmada BKİ değeri $28,5 \pm 4,3$ olduğu tespit edilmiştir (Tutal 2006). Yapılan diğer bir çalışmada eğitim öncesi BKİ değerleri sırasıyla eğitim ve kontrol grubunda $26,33 \pm 4,2$ ve $28,78 \pm 5,2$ olduğu

bulunmuştur (Erciyes 2013). Başka bir çalışmada ise eğitim öncesi BKİ değerleri sırasıyla deney ve kontrol grubunda $36,07 \pm 2,66$ ve $36,09 \pm 2,78$ olarak belirlenmiştir (Alıcı ve Pınar 2008).

Mevcut çalışmada birinci ve ikinci eğitim sonunda ölçülen BKİ sonuçları kontrol grubunda sırasıyla $32,10 \pm 4,463$ ve $31,87 \pm 4,461$ olarak hesaplanırken, müdahale grubunda sırasıyla $31,57 \pm 3,960$ ve $31,26 \pm 4,324$ olarak hesaplandı. Çalışmada farklı zamanlardaki BKİ ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı görüldü ($p > 0,05$). Müdahale grubunda BKİ ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta iken kontrol grubu BKİ değerlerinde BKİ ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu belirlendi ($p < 0,05$). Buna göre, kontrol grubunda ve genel olarak birinci zamandaki BKİ ortalaması ikinci zamana göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi. İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da çalışmada farklı zamanlarda ve tüm gruplarda BKİ değerlerinin düştüğü gösterildi. Özpancar' ın HT hastalarında eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmasında ilk ve son izlemde kontrol grubunun BKİ değerleri sırasıyla $31,33 \pm 5,44$ ve $30,91 \pm 5,61$, müdahale grubunun BKİ değerleri sırasıyla $31,90 \pm 4,28$ ve $30,57 \pm 4,36$ olarak bulundu. BKİ açısından kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0,05$), deney grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,001$) (Özpancar 2013). Mevcut çalışmada eğitim öncesi, birinci ve ikinci eğitim sonrasında kan basınçları genel ortalamada sırasıyla SKB $133,17 \pm 19,957$, $132,17 \pm 13,666$ ve $128,50 \pm 9,173$ DKB $81,50 \pm 10,708$, $84,33 \pm 8,108$ ve $84,33 \pm 6,475$ (mmHg) olarak tespit edildi. Çalışmada farklı zamanlardaki sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı belirlendi. Mevcut çalışmada kontrol grubunda sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri, müdahale grubunda diastolik kan basıncı değerleri ve genel olarak diastolik kan basıncı ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamakta ($p > 0,05$) iken, müdahale grubunda sistolik kan basıncı değeri ve genel olarak sistolik kan basıncı ortalamaları bakımından zamanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunduğu tespit edildi ($p < 0,05$). Buna göre müdahale grubunda ve genel olarak üçüncü zamandaki sistolik kan basıncı ortalaması ikinci zamana göre anlamlı derecede daha düşük olduğu belirlendi. Genel

ortalamada ikinci zamanda $132,17 \pm 13,666$ (mmHg) olan DKB üçüncü zamanda $128,50 \pm 9,173$; müdahale grubunda ikinci zamanda $134,00 \pm 12,484$ olan DKB üçüncü zamanda $129,00 \pm 8,847$ değerlerine düştüğü belirlendi. Rudd ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubuyla hemşire tarafından eğitim verilen deney grubu hastaları altı ay süreyle takip edilmiştir. Çalışma sonucunda deney grubunda SKB $14,2$ mmHg, DKB $6,5$ mmHg düşerken kontrol grubunda; sırasıyla $5,7$ mmHg ve $3,4$ mmHg civarı kan basıncının düştüğü belirlenmiştir. Kılıç ve Uzunçakmak (2016) tarafından yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından verilen eğitim sonucunda HT hastası olan ve kan basıncı kontrol altında olmayan müdahale grubundaki katılımcıların SKB ve DKB değerlerinin sırasıyla ortalama $14,03$ mmHg, $6,49$ mmHg civarında düşüş gösterdiği tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada da hipertansif hastalara hemşireler tarafından verilen eğitim sonucunda HT hastalarının %71'inde normal kan basıncı değerlerine ulaşıldığı tespit edilmiştir (Clark et al 2000). Ma ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim öncesi ve eğitim sonrası ölçümde kontrol grubu SKB ortalaması sırasıyla $150,28 \pm 20,16$, $146,73 \pm 19,83$; DKB ise $88,65 \pm 14,37$, $85,13 \pm 14,92$ olarak bulundu. MG yöntem ile eğitim verilen müdahale grubunda ise eğitim öncesi ve sonrası SKB ortalamaları sırasıyla $153,17 \pm 21,32$, $141,81 \pm 20,34$; DKB ise $89,01 \pm 14,72$, $82,55 \pm 15,18$ olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçları müdahale grubunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Çalışma sonucu iki eğitim yönteminin de lehine olup, MG yöntemi ile verilen eğitimin düz anlatım yöntemine göre kan basıncı değerlerini düşürmede daha etkili olduğunu göstermiştir. Kolcu (2016) tarafından yapılan çalışmada eğitim verilen girişim grubunun SKB ortalamaları $129,18 \pm 14,60$ 'dan $118,64 \pm 10,04$ 'e; DKB ortalamaları ise $79,72 \pm 9,57$ 'den $77,83 \pm 5,34$ 'e gerilediği, Ön test-son test karşılaştırması yapılan girişim grubunda son test sistolik kan basıncı puan ortalaması ön testten istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunduğu belirlenerek eğitimin bu çalışmada etkili olduğu gösterilmiştir (Kolcu 2016).

Özpancar'ın hipertansif bireylere verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada deney grubunun eğitim öncesi ortalama KB değerleri SKB $136,16 \pm 17,60$ olan değerinin eğitim sonrası $117,50 \pm 9,80$ 'e; DKB $87,66 \pm 10,88$ olan değerinin de eğitim sonrası $77,50 \pm 9,44$ 'e gerilediği gösterilmiştir. Araştırmada ilk izlem ve son izlem arasında deney grubunda sistolik kan basıncı ve diyastolik kan basıncı arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p<0,001$, $p<0,001$), hipertansiyona ilişkin eğitim verilen deney grubu hastalarının SKB ve DKB değerlerinde ilk izleme göre son izlemede anlamlı şekilde azalma gösterdiği belirlenmiştir (Özpancar 2013). Literatürde de eğitimin hipertansiyon hastalarında kan basıncını düşürmede etkili olduğunu gösteren birçok çalışmanın olduğu belirlendi (Erciyes 2013, Banegas et al 2002, Kurçer ve Özbay 2011, Ogedegbe et al 2007). Eğitimin etkililiğinin değerlendirildiği mevcut çalışmada gruplar arası KB' na ait veriler MG yöntemi ile eğitim verilen grupta daha anlamlı çıkmıştır ($p<0,05$). Çalışma sonucunda birçok alanda ve kronik hastalıklarda etkinliği kanıtlanmış MG yönteminin Hipertansif hasta eğitimlerinde de kullanılabileceği ve eğitimin etkinliğini arttırabileceği düşünüldü. Verilen eğitimle "*Hipertansiyon hastalarına verilen eğitim hastanın BKİ ve kan basıncı düzeylerini etkiler.*" hipotezi kısmen doğrulandı.

Düz anlatım ile eğitim verilen hasta grubu ile motivasyonel görüşme tekniği ile eğitim verilen hasta grubu arasında tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından Farklılığın Tartışılması

Hipotez: Düz anlatım ile eğitim verilen hasta grubu ile motivasyonel görüşme tekniği ile eğitim verilen hasta grubu arasında tedaviye uyum, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından fark vardır.

Mevcut çalışmada farklı zamanlardaki düz anlatım ile eğitim verilen hasta grubu (kontrol grubu) ile motivasyonel görüşme tekniği ile eğitim verilen hasta grubu (müdahale grubu) arasında ilaç tedavisine uyum, yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadığı, her iki eğitim yönteminin birbirine üstünlüğü olmadığı belirlendi ($p>0,05$). Kronik kalp yetmezliğinde rutine koyulan eğitimin etkinliğinin değerlendirildiği tek gruplu bir çalışmada da "Öz Bakım Yönetimi" alt boyutunun gruplar aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı, çalışmada verilen eğitimin tekrarlı hasta yatışlarına da engel olmadığı belirlenmiştir (Çiftçi 2018). Vadstrup, Florich, Perrild, Borg ve Roder (2011) tarafından diyabetle ilgili yapılan bir çalışmada; bireysel ve grup eğitimi verilen gruplar karşılaştırılmış, gruplar arasında yaşam kalitesinde artış ve diyabet semptomlarında pozitif gerileme

görülmesine rağmen bu gelişmenin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Kronik hemodiyaliz hastalarında uyum ve yaşam kalitesinin araştırıldığı diğer bir çalışmada Kısa Form-36 alt ölçekleri puan ortalamaları ön test, son test ve üç ay izlemde gruplar arasında anlamlı fark saptanmadığı, fakat MG ile eğitim verilen deney grubunun kendi içinde ön test-son test ve ön test-üç ay izlem puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptandığı görülmüş olup MG ile verilen hasta eğitimin deney grubunda uyumu ve yaşam kalitesini arttırdığı tespit edilmiştir (Ok 2017). Her iki eğitim yöntemi arasında mevcut çalışmada olduğu gibi istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Tip 1 Diyabet tanılı genç hastalar üzerinde yapılan randomize kontrollü bir çalışmada MG ile eğitim verilen ve planlı eğitim yöntemiyle eğitim verilen hasta grubu arasında çalışma sonunda psikososyal ölçümler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gösterilmiştir (Wang et al 2010). Koroner anjiyografi olacak hastalarda eğitimin anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisini değerlendiren bir araştırmada çalışma ve kontrol grubunda eğitim öncesi sürekli anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı ($p>0,05$), çalışma grubunda eğitim öncesine göre eğitim sonrasındaki sürekli anksiyete puanları arasındaki farkında istatistiksel olarak anlamlı çıkmadığı ($p>0,05$) eğitimin anksiyete düzeylerinin azalması yönünde istatistiksel olarak anlamlı etki göstermediği belirlenmiştir (Büyükaşık 2008). Mevcut çalışmadan farklı olarak motivasyonel görüşme yöntemiyle verilen eğitimin daha etkili olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Ma et al 2014, Çakmak 2018, Evcimen 2018). Bu farklılıklar eğitimci, hasta ve örneklem grubundan kaynaklanabilir. Motivasyonel görüşme gibi farklı eğitim yöntemlerinin gerçek etkisinin belirlenmesi için daha fazla randomize kontrollü çalışmaya gereksinim olduğu kaanatındeyiz.

Hipertansiyon hastalarına verilen eğitimin etkililiğinin değerlendirildiği bu çalışmada bulunan temel sonuçlar şunlardır:

- Kontrol ve müdahale grubunda tedaviye uyumda gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadığı, fakat farklı yöntemlerle verilen eğitim sonucunda her iki grubunda tedaviye uyumunun arttığı belirlendi.
- Verilen eğitimlerle birlikte her iki grupta sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarının geliştiği, fakat gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görüldü.

- Düz anlatım yöntemiyle eğitim verilen kontrol grubunun zamansal olarak yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmezken, MG yöntemi ile eğitim verilen müdahale grubunun yaşam kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı tespit edildi.
- Her iki grubunda farklı zamanlardaki BKİ ve KB değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmazken; kontrol grubunda zamansal olarak BKİ değerinin anlamlı bir şekilde düştüğü, müdahale grubunda ise zamansal olarak SKB değerinin anlamlı bir şekilde düştüğü belirlendi.
- Her iki yöntemle verilen hasta eğitimin genel olarak tedaviye uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yaşam kalitesi, BKİ ve KB değerlerini pozitif yönde etkilediği ancak iki yöntemin birbirine üstünlüğünün olmadığı sonucuna varıldı.

Bu bulgular doğrultusunda;

- Hipertansiyonu olan hastaların tedaviye uyumunu sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak için, hipertansiyonun nedenleri, belirti ve bulguları, tedavide farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler, güvenli ilaç kullanımı, kilo kontrolü, fiziksel egzersiz, diyetle tuz kısıtlaması ve DASH diyeti ve doğru kan basıncı ölçümü gibi önemli eğitimlerin tüm hipertansif hastalara verilmesi,
- Eğitim verilerek hasta ve ailesinin hastalığa ve hastalık yönetimine karşı farkındalığının artırılması,

- Sağlık profesyonelleri ve özellikle birincil sorumluluklarından birisi de hasta eğitimi olan hemşirelerin sağlıkta farklı eğitim teknikleri, konusunda eğitilmesi ve öğrenilen teknikleri alanda uygulaması,
- Sağlık kuruluşlarında tıbbi tedavinin yanında her ne yöntemle olursa olsun hasta eğitimin öneminin vurgulanması ve planlı hasta eğitimlerinin verilmesi,
- Daha büyük örneklem sayısı ve birebir eğitim verilerek tedaviye uyum, yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve hipertansiyon değişkenlerinin değerlendirildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abacı A. (2011). Kardiyovasküler risk faktörlerinin ülkemizdeki durumu. Türk Kardiyol Dern Arş, 39:1-5.

Abacı A. (2012). Management of Cardiovascular Risk Factors for Primary Prevention: Evaluation of Turkey Results of the EURIKA Study- Birincil Korumada Kardiyovasküler Risk Faktörlerinin Yönetimi: EURIKA Çalışmasının Türkiye sonuçlarının değerlendirilmesi. Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol, 40(2):135-142.

Abacı A, Oğuz A, Kozan O, Toprak N, Şenocak H, Değer N, Şahin M, Sur H, Fici F, Erol Ç. (2006). Treatment and control of hypertension in Turkish population: a survey on high blood pressure in primary care (the TURKSAHA study). J Hum Hypertens, 20(5):355-61.

Açıkgöz GK. (2014). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumları Arasındaki İlişki. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Doç. Dr. Meral Altıok).

Akdeniz Ş. (2013). Kalp Yetersizliği Tanısı Alan Hastalarda Planlı Hasta Eğitiminin Semptom Yönetimine Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Kayseri, (Danışman: Prof. Dr. Zeynep Özer).

Akça D. (2015). Verilen BİR eğitimle Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Durumlarının Değerlendirilmesi. K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kars, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sevda Eliş Yıldız).

Akın Z. (2017). Hipertansiyonlu Hastalarda Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. H.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Prof. Dr. Nermin Olgun).

Akgün ZŞ, Biçer N. (2015). Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. MN Kardiyoloji, 22:180-185.

Akkuş Y, Türk R, Aydemir AA. (2019). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile Sosyal Görünüş Kaygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. HSP, 6(1):120-126.

Alıcı M, Pınar Y. (2008). Obez Hastalara Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2.

Alkan HÖ. (2016). Hasta Eğitimi ve Davranış Değişikliği Geliştirme. Journal of Cardiovascular Nursing, 7(2):41-47.

Alpaydın N, Çimen M, Erol BT, Sevi OM. (2016). Bilişsel Davranışçı Terapide Direnç ve Motivasyonel Görüşme Teknikleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 8(2):95-101.

Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. (2015). Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. DEUHFED, 8(1):12-18.

Altun B, Süleymanlar G, Utaş C, Arınsoy T, Ateş K, Ecdar T, Çamsarı T, Serdengeçti K. (2012). Prevalence, Awareness, Treatment and Control of Hypertension in Adults with Chronic Kidney Disease in Turkey: Results from the CREDIT Study. Kidney Blood Press Res, 36:36-46

Angeli F, Reboldi G, Verdecchia P. (2013). Hypertension around the world: new insights from developing countries. J Hypertens, 31(7):1358-61.

Arabacı Y, Doğru A, Yıldırım JG. (2018). Transteoretik Modele Dayandırılarak Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kronik Hastalılarda Kullanım Örneklerinin İncelenmesi. Kastamonu Sağlık Akademisi, 3(2):50-61.

Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Karatan O, Hasanoğlu E, Çağlar Ş. (2003) Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği.

Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Süleymanlar G, Tütek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. (2015). Türk hipertansiyon uzlaşısı raporu-Turkish hypertension consensus report. Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol, 43(4):402–409

Arıcı M, Turgan C, Altun B, Sindel S, Erbay B, Derici U, (2010). Hypertension Incidence in Turkey (HinT): A Population-Based Study. Journal of Hypertension, 28, 240-244.

Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, Sigall RJ, Campbell TS, Hemmelgarn BR. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in Overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. International Association for the Study of Obesity, 12:709–723

Aşilar RH. (2015). Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz-bakım Yönetimi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 6(11):151-159.

Aşilar RH, Gözüm S. (2017). Hypertensive Individuals' Use of Complementary Health Approaches and its Effect on Adherence with Antihypertensive Medication Treatment. TJFMPC, 11(4):235-244.

Atan G, Karabulutlu EY. (2016). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Hastaların Yaşam Bicimi, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumunun İncelenmesi. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 8(1):17-25

Atasever A, Erdinç E. (2003). KOAH'da Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 51(4): 446-455.

Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K. (2012). Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. *Konuralp Tıp Dergisi*, 4(2):1-5

Aviram A, Westra HA (2011) The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Psychother Res*, 21:698-708.

Aygün O, Yavuz S, Aygün K, Yıldırım E. (2015). Besinlerin Tuz İçeriklerini Bilme le Bu Besinleri Tüketme Arasındaki Uyumluluk: Hipertansiyon Hastalarında Uyum Daha Mı Fazla?. *Türk Aile Hek Derg*, 19(4):170-178

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

Ayyıldız Nİ, Ergüney S. (2017). Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3):21-31.

Babacan E, Alıcı SU. (2008). Hemşirelerin Hasta Eğitimi ile İlgili Düşünce ve Uygulamaları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 5 (2): 29-36.

Babae G, Keshavarz M, Hidarnia A, Shayegan M. (2007). Effect O A a Health Education Program On Quality Of Life In Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Surgery. *Acta Medica Iranica*, 45(1):69-75.

Babalık E. (2005). Hipertansiyon Patofizyolojisi. *Klinik Gelişim*, 18(2):25-32.

Bacon SL, Sherwood A, Hinderliter A, Bluementhal JA. (2004). Effects of Exercise, Diet and Weight Loss on High Blood Pressure. *Sports Med*,34(5): 307-316.

Badır A. (2011). Hipertansiyon, In: Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım (Genişletilmiş İkinci Baskı), Ayfer Karadakovan, Fatma Etiaslan, Adana, 585-605.

Badır A, Tekkas K, Topcu S. (2015). Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14:441-449.

Bahar A. (2011). Hipertansiyonu Olan Hastaların Öz Bakım Gücünün Belirlenmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 8(1):18-23.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,12:1-13.

Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II 'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1):1-12.

Barçın C. (2014). Yeni Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Hipertansiyon Derneği hipertansiyon kılavuzu ile neler değişti?. *Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol*, 42(1):1-6.

Başar I. (2008). Hipertansiyon, Sigara Alışkanlığı, Obezite ve Bozulmuş Açlık

Şekerinin Kalp-Damar Hastalığı Çıkarmadaki Etkileri. Kardiyoloji Gündem Sempozyum Dizisi, 64:15-24.

Bıçak R, Mazıcıoğlu M, Üstünbaş HB. (2013). Birinci Basamakta Kardiyovasküler Hastalıklara Nonfarmakolojik Öneriler. Konuralp Tıp Dergisi, 5(1):53-59.

Biçen C, Elver Ö, Erdem E, Kaya C, Karataş A, Dilek M, Akpolat T. (2011). Hipertansiyon astalarında Bitkisel Ürün Kullanımı. Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi- Journal of Experimental and Clinical Medicine, 29:109-112.

Bodur H. (2011). Dünya 'da ve Türkiye' de Osteoartrite Güncel Bakış; Epidemiyoloji ve Sosyoekonomik Boyut. Turkish Journal Of Geriatrics Özel Sayı 1: 7-14.

Bozdemir N, Kara İH. (2010). Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. İçinde: *Hipertansiyon*, Adana Nobel Kitabevi, Adana, s. 517-537.

Bowman, TS, Gaziano M, Buring JE, Sesso HD. (2007). A Prospective Study of Cigarette Smoking and Risk of Incident Hypertension in Women. JACC, 50(21):2085–92.

Brawn IJ, Tzoulaki I, Candeias V, Elliott P. (2009). Salt İntakes Around the World: İmplications for Public Health. International Journal of Epidemiology, 38:791–813.

Büyükışık Ö. (2008). Koroner Anjiyografi Olacak Hastalarda Sağlık Eğitiminin Anksiyete Düzeyi Üzerine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ayşe Yıldız).

Büyüköztürk K, İlerigelen B, Kabakçı G, Koylan N, Kozan Ö. (2004). Türkiyedeki Hipertansiyon Hastalarının Risk Faktörlerin Belirlenmesine Yönelik Geniş Ölçekli Bir Çalışma / I.C.E.B.E.R.G Çalışması. Türk Kardiyol Dem Arş, 32:344-349.

Cingil D, Delen S, Akseoğlu A. (2009). Karaman 1 Merkezinde Yaşayan

Hipertansiyon Hastalarının İlaç Kullanım urumlarının ve Bilgilerinin İncelenmesi. Turk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol, 37(8):551-556.

Creber RM, Patey M, Dickson VV, DeCesaris M, Riegel B. (2015). Motivational Interviewing Tailored Interventions for Heart Failure (MITI-HF): Study design and methods. Contemporary Clinical Trials, 41:62–68.

Çakır H. (2003). Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Rukiye Pınar).

Çakmak HS. (2018). Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kanse Hastalarında Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın İlaç Uyumu ve Öz-Etkililiğe Etkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Sevgisun KAPUCU)

Çelik A. (2018). Hemodiyaliz Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç Dr. Mehtap Kavurmacı).

Çelik C, Özdemir B. (2010). Esansiyel Hipertansiyonda Psikolojik Etmenler. Psikiyatrid Günce Yaklaşımlar-CURRENT APPROACHES IN PSYCHIATRY, 2(1):5265.

Çetiner H, Ulupınar S. (2018). Sağlık Profesyoneli Olan ve Olmayan Hastane Çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Step, 27(1):1-10.

Çevirme AS, Yıldız M, Aygin D, Kavaklı B. (The İmpact Of Training And Healthcare Service Offered During Home Visits On Tension And Life Behaviours Of Aged Individuals in Turkey. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 13: 4

Çiftçi B. (2018). Kronik Kalp Yetmezliğine Yönelik Klinik Rutine Konulan Hasta Eğitiminin Değerlendirilmesi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Doç. Dr. Gülçin Avşar).

Çöl M, Özdemir O, Çoktan ME. (2006). Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 Yaş ve Üstü Hipertansiflerde Tedavi-Kontrol Durumları ve Davranışsal Faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 59:144-50.

Çürük GN, Bayındır SK, Oğuzhan A. (2018). Kardiyovasküler Hastalığı Olan Hasta ve Hasta Yakınlarında Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ve Sağlıklı Yaşam içimi Davranışları.Sağlık Bilimleri Dergisi-Journal of Health Sciences, 27(1):40-47.

Dicle AN. (2017). Motivasyonel Görüşme: Öğeler, İlke ve Yöntemler. Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR), 4(15):2043-2053.

Dirimeşe E, Korkmaz FD, Alcan AO. (2016). Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Öncesi Hastaların Yaşam Kailtesi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. Balıkesir Sağlık Bil Derg, 5(2):56-61.

Doğan N, Toprak D, Demir S. (2013). Hypertension prevalence and risk factors among adult population in Afyonkarahisar region: a cross-sectional research. Anadolu Kardiyol Derg, 12: 47-52.

Doğan E. (2019). Miyokard İnfarktüsünde Hastaneye Başvuru Süresi ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlişkisi. N.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Tosun).

Doğan N, Toprak D, Demir S. (2012). Hypertension Prevalence and Risk Factors Among Adult Population in Afyonkarahisar egion: a ross-Sectional esearch- Afyonkarahisar İlinde rişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma. Anadolu Kardiyol Derg, 12: 47-52.

Dönmez İ, Memioğlu T, Erdem F. (2015). Yeni Kılavuzların Işığında Hipertansiyon Tanı ve Tedavisi. Eur J Health Sci, 1(1):49-53.

Miller ER, Erlinger TP, Young DR, Jehn M, Charleston J, Rhodes D, Wasan SK, Appel LJ. (2002). Results of the Diet, Exercise, and Weight Loss Intervention Trial (DEW-IT). Hypertension, 40:612-618.

Ekim M. (2018). Hipertansiyon Tedavisinde Beslenmenin ve Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Önemi. Bozok Tıp Derg, 8(2):80-5.

Enç N. (2014). İç Hastalıkları Hemşireliği. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd.Şti., İstanbul.

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

Erciyes Y. (2013). Hipertansiyonlu Hastalarda Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç Dr. Sezgi Çınar).

Erkek N, Özgür G, Gümüş AB. (2006). Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfadesi Tarzları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2):9-18.

Eryonucu B, Sayarlıoğlu M, Bilge M, Güler N, Erkoç R, Dilek İ. (1999). Van İli ve Yöresindeki Hipertansif Hastaların Hipertansiyon Konusundaki Bilgi Düzeylerinin ve Tedaviye Uyumlarının Değerlendirilmesi. Van Tıp Dergisi, 6(4):11-14.

ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu 2013.
https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdf Erişim tarihi:
25.05.2016).

ESC/ESH Guidelines For the Management of Arterial Hypertension 2018.
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/33/3021/5079119> (Erişim Tarihi:
20.02.2019).

ESC/ESH Guidelines For the Management of Arterial Hypertension 2013.
<https://academic.oup.com/eurheartj/article/34/28/2159/451304> (Erişim tarihi:
17.12.2015).

Evcimen H. (2018). Tip I Diyabetes Mellituslu Ergenlerde Motivasyonel Görüşmenin Öz Etkililik Düzeylerine Olan Etkisinin İncelenmesi. F.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elâzığ, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi: Fatoş Uncu).

Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults
Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee
2014 (JNC 8). <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1791497> Erişim
Tarihi: 12.12.2016.

Fertelli TK, Tel H. (2007). Miyokard İnfarktüsü Sonrası Bireylere Verilen Planlı Eğitimin Öz Bakım Gücüne Etkisi. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 11(2):57-61.

Gallefoss F, Bakke PS. (2000). Impact of patient education and self-management on morbidity in asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease. RESPIRATORY MEDICINE, 94:279-287.

Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. (2008). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi, 50(3):172-179.

Gün Y. (2012). Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Tedavi Uyumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Isparta, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ).

Gün Y, Korkmaz M. (2014). Hipertansif Hastaların Tedavi Uyumu ve Yaşam Kalitesi. DEUHYO ED, 7(2):98-108.

Günel SY, Günel Aİ. (2010). Antihipertansif İlaç Kullanımına Rağmen Basarisız Kan Basıncı Kontrolünü Etkileyen Nedenler. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine, 49 (1): 13-18.

Gürel A, Çeliker H, Aygen B, Doğukan A. (2013). 2013 ESH/ESC Tedavi Kılavuzları Işığında Arteriyel Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavi Stratejileri, F.Ü. Sağ.Bil. Tıp Derg, 27(3):153- 160.

Güven ŞD, Muz G, Ertürk NE, Özcan A. (2013). Hipertansiyonlu Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu, Balıkesir Sağlık Bil Derg, 2(3):160-166.

Hacıhasanoğlu R. (2007). Birinci Basamak Hipertansiyon Hastalarına Yönelik Eğitim ve Evde İzlemin İlaça Uyum ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Prf. Dr. Sebahat Gözüm).

Hacıhasanoğlu Aşıl R. (2015). Hipertansiyonda Tedaviye Uyum ve Öz-bakım Yönetimi. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 6(11):151-159.

Hacıhasanoğlu Aşıl R, İnandı T, Yıldırım A, Sağlam R. (2014). Erzincan'da Kırk Yaş ve Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Sıklığı, Farkındalığı, Tedavisi ve Kontrolü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(5):357-366.

Hacıhasanoğlu R. (2009). Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(2):167-172.

Hacıhasanoğlu R, Gözüm S, Çapık C. (2012). Validity of the Turkish version of the medication adherence self-efficacy scale-short form in hypertensive patients- Hipertansif hastalarda ilaca uyum öz-etkililik ölçeği kısa formunun Türkçe'sinin geçerliliği. Anadolu Kardiyol Derg, 12: 241-8.

Hardcastle SJ, Taylor AH, Bailey MP, Harley RA, Hagger MS. (2013). Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 10:40.

Harnden KE, Frayn KN, Hodson L. (2009). Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet: Applicability and Acceptability to a UK Population. Journal of Human Nutrition and Dietetics, 23: 3-10.

Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu-2018. http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144115.pdf Erişim tarihi: 12.04. 2019).

<http://www.heart.org/HEARTORG/> (Erişim tarihi: 27.01.2018)

<http://www.pharmetic.org/akademi-egitim/hipertansiyon/hipertansiyon.pdf> (Erişim tarihi: 10.12.2018).

http://www.temd.org.tr/admin/uploads/tbl_gruplar/20180525144116-2018-05-25tbl_gruplar144115.pdf (Erişim tarihi: 27.02.19).

http://beslenme.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/diger_kitaplar/turkiye_asiri_tuz_tuketiminin_azaltilmasi.pdf (Erişim Tarihi:12.12.2017).

Ibrahim NKR, Attia SG, Sallam SA, Fetohy EM, El-Sevi F. (2010). Physicians' Therapeutic Practice and Compliance of Diabetic Patients Attending Rural Primary

Health Care Units in Alexandria. *J Family Community Med*, 17(3): 121–128.

Irmak Z, Düzöz GT, Bozyer İ. (2007). Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi-Effect of An Education Programme on the Lifestyle Change and Compliance to Drug Therapy of Hypertensive Patients. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 39–47.

İçyeroğlu G. (2012). Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesi. F.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elâzığ, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu).

İncirkuş K, Nahcivan NÖ. (2015). Kronik Hastalık Yönetimi İçin Bir Rehber: Kronik Bakım Modeli. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 23(1):66-75.

İşcan Ayyıldız N, Ergüney S. (2017). Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Doyumu ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3):21-31.

Jackman K. (2012). Motivational Interviewing with Adolescents: An Advanced Practice Nursing Intervention for Psychiatric Settings. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25:4–8

James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, 311:507-20.

Juraschek SP, Miller ER, Weaver CM, Appel LJ. (2017). Effects of Sodium Reduction and the DASH Diet in Relation to Baseline Blood Pressure. *J Am Coll Cardiol*, 70(23): 2841.

Kabakçı G. (2013). Güncel kılavuzlar eşliğinde hipertansiyon tedavisi ve anjiyotensin reseptör blokerlerinin gelişen rolü, Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol, 41(5):1-9

Kanbay M, Chen Y, Solak Y, Sanders PW. (2011). Mechanisms and Consequences of Salt Sensitivity and Dietary Salt Intake, Curr Opin Nephrol Hypertens, 20(1): 37–43.

Kankaya H, Özer S, Korkmaz M, Karabulut ÖG, Kurt EA. (2017). Yaşlı Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililiği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 33(3):1-10.

Söylemez GK. (2018). Hipertansiyon Tanısı Alan Bireylerin Hipertansiyon Bakımını Değerlendirmeleri ile Antihipertansif İlaç Tedavisine Uyumluluğu Arasındaki İlişki. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzincan, (Danışman: Rabia Hacıhasanoğlu Aşıl).

Karadağ E, Akkuş Y, Karatay G. (2012). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum ve Öz Etkililik Düzeyleri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 28 (3): 85-96.

Karadakovan A., Aslan FE. (2009). Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. Adana Nobel Kitabevi, Adana, s:609-625.

Açıkgöz GK. (2014). Esansiyel Hipertansiyonu Olan Bireylerin Hastalık Algıları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlaç Uyumluluğu Arasındaki İlişki. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, (Danışman: Doç. Dr. Meral Altıok).

Karapolat H, Durmaz B. (2008). Kardiyak rehabilitasyonda egzersiz. Anadolu Kardiyol Derg, 8: 51-7

Kasar KS, Karadakovan A. (2017). Yaşlı Bireylerde Antihipertansif İlaç Kullanım Hatalarının İncelenmesi. Journal of Cardiovascular Nursing, 8(15):20-27.

Kaya A. (2003). Obezite ve Hipertansiyon. Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism, 7(2), 13-21.

Kaya H. (2009). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Eğitimi ve Hemşirenin Sorumlulukları. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci, 1(1): 19-23.

Kayıhan G, Ersöz G. (2009). Hipertansiyon ve Egzersiz. Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, 7(3), 93-101.

Kayıçcıoğlu M, Özdoğan Ö. (2015). Beslenme ve kardiyovasküler sağlık: 2015 Amerikan Diyet Kılavuzu Önerileri. Turk Kardiyol Dern Ars, 43(8):667-672.

Keleş İ. (2013). Güncel Hipertansiyon, 2. Baskı, Akademi Uluslararası Yayıncılık San. Ve Tic. Ltd.Şti., İstanbul.

Keleş İ. (2015). Hipertansiyon Tedavisinde Anjiyotensin Reseptör Blokerlerinin Rolü ve Telmisartan. İç Hastalıkları Dergisi, 2: 9-14

Keleş SB. (2013). Hipertansif Bireylerde Egzersizin Kan Basıncına Etkisi. Spor Hekimliği Dergisi, 48:119-130.

Kılıç M, Uzunçakmak T. (2016). Hipertansiyon Hakkındaki Eğitimin Hipertansiyon Kontrolüne Etkisi. Bozok Tıp Derg, 1(1):13-9.

Kılıç T, Üstü Y. (2012). Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması. Ankara Medical Journal, 12(4):205-213.

Kılıçkap M, Barçın, Göksülük H, Karaaslan D, Özer N, Kayıçcıoğlu M, Ural D, Yılmaz MB, Abacı A, Arıcı M, Altun B, Tokgözoğlu L, Şahin M. (2018). Türkiye’de Hipertansiyon Sıklığı ve Kan Basıncı erileri: Kardiyovasküler Risk aktörlerine Yönelik Epidemiyolojik Çalışmaların Sistemik Derleme, Meta-Analiz ve Meta-Regresyonu. Turk Kardiyol Dern Ars, 46(7):525-545.

Kızılırmak M, Demir S. (2013). Motivasyonel Görüşme ve Hemşirelikte Kullanımı. GÜSBD, 7(4): 103- 109.

Koçoğlu D, Gedik S. (2016). Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansif Bireylerin Hastalık Yönetimlerinin Değerlendirilmesi. The Journal of Academic Social Science, 36:207-218.

Kolcu M. (2016). Hipertansiyonu Olan Yaşlılara Yönelik Eğitimin Yaşam Kalitesi, İlaça Uyum ve Hipertansiyon Yönetimine Etkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Ayşe Ergün).

Kolcu M, Ergün A. (2016). Yaşlılarda Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Rolü. Journal of Health Science and Profession, 3(3):234-241.

Korkmaz S. (2018). Tip II Diyabetli Hastalarda Tedaviye Uyumun Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. S.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Doç Dr. Medet Korkmaz).

Koruk E. (2019). Esansiyel Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumunu ve Yaşam Doyumunu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. A.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi, Aydın, (Danışman: Dr. Öğretim Üyesi Neşe Erdem).

Kulakçı H, Ayyıldız TK, Emiroğlu ON, Köroğlu E. (2012). Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Öz Yeterlilik Algılarının ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. DEUHYO ED, 5(2):53-64.

Kurçer MA, Özbay A. (2011). Koroner rter Hastalarında Uygulanan aşam Tarzı Eğitim ve Danışmanlığının Yaşam Kalitesine Etkisi. Anadolu Kardiyol Derg, 1: 107-13

Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. (2011) Kalp hasta-larında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyol Derg, 11:619-626.

Louwagie GMC, Okuyemi KS, Ayo-Yusuf OA. (2014). Efficacy of brief motivational interviewing on smoking cessation at tuberculosis clinics in Tshwane, South Africa: a randomized controlled trial. *Society for the Study of Addiction*, 109:1942–1952.

Ma C, Zhou Y, Zhou W, Huang C. (2014). Evaluation of the effect of motivational interviewing counselling on hypertension care. *Patient Education and Counseling*, 95:231–237

McPhee SJ., Hammur GD. (2012). Hastalıkların Patofizyolojisi: Klinik Tıpla Bir Tanışma, (Çev. Eds.) Çoban E., Süleymanlar G. Altın Baskıdan Çeviri, Palme Yayıncılık, Ankara, s.300-305.

Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M. (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 34(28), 2159-2219

Mannino DM, Thorn D, Swensen A, Holguin F. (2008). Prevalence and outcomes of Diabetes, Hypertension and Cardiovascular Disease in COPD. *Eur Respir J*, 32: 962–969

Megari K. (2013). Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health Psychology Research*, 1(27):141-148.

Mert H, Özçakar N, Kuruoğlu E. (2011). Multidisipliner Bir Özel Çalışma Modülü Araştırması: Hipertansiyon hastalarının Tedaviye Uyumlarının İncelenmesi. *Türk Aile Hek Derg*, 15(1):7-12.

Miller WR, Rollnick S. (2002). Motivational interviewing, Preparing People to Change Addictive Behavior. Change and Resistance: Opposite Sides of a Coin New York: The Guildford Press, 43-52.

Mujika A, Forbes A, Canga N, Irala JD, Serrano I, Gasco P, Edwards M. (2014). Motivational interviewing as a smoking cessation strategy with nurses: An exploratory randomised controlled trial. International Journal of Nursing Studies, 51:1074–1082.

Muslu L, Ardahan M. (2017). Tip 2 Diyabet Tanılı Yetişkinlerde Motivasyonel Görüşmenin Etkisi: Sistematik Derleme. DEUHFED, 10(3):167-176.

Nazlıcan E, Demirhindi H, Akbaba M. (2011). Adana İli Solaklı ve Karataş Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktörlerinin İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011, 1(2): 5-12

Ogedegbe M, Chaplin W, Schoenthaler A, Statman D, Berger D, Richardson T, Phillips E, Spencer J, Allegrante JP. (2008). A Practice-Based Trial of Motivational Interviewing and Adherence in Hypertensive African Americans. AMERICAN JOURNAL OF HYPERTENSION, 21(10):1137-1143

Ogedegbe M, Schoenthaler A, Richardson T, Lewis L, Belue R, Espinosa E, Spencer C, Allegrante JP, Charlson ME. (2007). An RCT of the effect of motivational interviewing on medication adherence in hypertensive African Americans: Rationale and design. Contemporary Clinical Trials, 28(2): 169-181.

Ogedegbe G, Mancuso CA, Allegrante JP, Charlson ME. (2003). Development and Evaluation of A Medication Adherence Self-Efficacy Scale in Hypertensive African-American Patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56:520–529.

Ok E. (2017). Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Motivasyonel Görüşme Yönteminin Tedaviye Uyum ve Yaşam Kalitesine Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Fatma Yasemin Kutlu).

Onat A, Karakoyun S, Akbaş T, Karadeniz FÖ, Karadeniz Y, Çakır H, Şimşek B, Can Günay. (2015). TEKHARF 2014 Taraması ve Türkiye’de Coğrafi Bölgelere Göre lüm Oranı ile Koroner Hastalık İnsidansı. *Türk Kardiyol Dern Arş- Arch Turk Soc Cardiol*, 43(4):326–332

Onat ŞŞ. (2013). Yaşlı Bireylerde Sosyodemografik Özellikler ve Kognitif Fonksiyonların Yaşam Kalitesine Etkisi. *Turkish Journal of Osteoporosis/Türk Osteoporoz Dergisi*, 19(3).

Oskay EM, Önsüz MF Topuzoğlu A. (2010). İzmir’de bir Sağlık Ocağına Başvuranların Hipertansiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11: 3-9.

Ögel K. (2009). Motivasyonel Görüşme Tekniği, *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 2(2):41-4

Öksüz E. (2004). Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13(3):99-104.

Önen M, Kanaryan HG, Liderlik ve Motivasyon: Kuramsal Bir Değerlendirme. *Birey ve Toplum*, 5(10):43-63.

Öngen Z. (2005). Çözümü Zor Bir Toplumsal Sorun: Hipertansiyon. *Klinik Gelişim*, 18(2):4-7.

Önsüz MF, Zengin Z, Özkan M, Şahin H, Gedikoğlu S, Erseven S, Dişli H, Bektaş H. (2011). Sakarya’da Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Obezite ve Hipertansiyonun Değerlendirilmesi. Sakaryamj, (3):86-92.

Öksüz E. (2004). Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi,13(3):99-104.

Özakgöl AA, Aştı TA, Ataç M, Mercan K. (2016). Lise Son Sınıf Öğrencileri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Sahipler mi? - Do Senior High School Students Have Health-Promoting Lifestyles? F.N. Hem. Derg, 24(1): 16-23.

Özdemir Ö, Akyüz A, Doruk H. (2016). Geriatrik Hipertansif Hastaların İlaç Tedavisine Uyumluları. Bakırköy Tıp Dergisi, 12:195-201.

Özdemir Ü, Taşçı S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 1(1), 57-72.

Özkara A, Turgut F, Selçoki Y, Kanbay M, Karakurt F, Tekin O. (2008). Hipertansiyon Hastalarının İlaçlarına ve Sağlık Mekezlerine Uyumluları. Yeni Tıp Dergisi, 25: 97-101.

□

Özpancar N. (2013). Hipertansiyonu Olan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Tedaviye Uyuma Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç Dr. Sezgi Çınar).

Özpancar N. (2016). Hipertansiyonda Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 7(1):2-11.

Özpancar N, Çınar Pakyüz S. (2013). Hipertansiyonu Olan Hastalarda Vaka Yönetiminin Beden Kitle İndeksi ve Kan Basıncına Etkisi. Hemşirelik Forumu Diyabet, Obezite ve Hipertansiyon, 5(2):46-60.

Özpancar N, Fesci H. (2008). Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi. Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi, 8(4), 73-88.

Öztürk H, Çilingir D, Hintistan S. (2011). Hastaların Dahiliye ve Cerrahi Kliniklerinde Hemşirelerin Yaptığı Hasta Eğitimlerini Değerlendirmesi. DEUHYO ED, 4(4):153-158.

Pelin M. (2017). Kronik Hastalık Yönetiminde Hasta Rolü, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. SA.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya, (Yrd. Doç. Dr. Havva Sert).

Polat Ü, Kahraman BB. (2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Fırat Tıp Derg/Fırat Med J, 18(4):213-218.

Powell PW, Hilliard ME, Anderson BJ. (2014). Motivational Interviewing to Promote Adherence Behaviors in Pediatric Type 1 Diabetes. Curr Diab Rep, 14:531.

Rich MV, Beckham V, Wittenberg C, Leven CL, Freedland KE, Carney RM. (1995). A Multidisciplinary Intervention to Prevent the Readmission of Elderly Patients with Congestive Heart Failure. The New England Journal of Medicine, 2:1190-1195

Rudd P, Miller NH, Kaufman F, Kreamer HC, Bandura A, Greenwald G, Debusk RF. (2004). Nurse Management for Hypertension. AJH, 17(10): 921-927.

Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Brey GA, Harsha D, Obarzanek E, Conlin PR, Miller ER, Simons-Morton DG, Karanja N, Lin PH. (2001). Effects On Blood Pressure Of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) Diet. N Engl J Med, 344(1):3-10.

Savaşan A, Ayten M, Ergene O. (2013). Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi- Journal of Psychiatric Nursing*, 4(1):1-6.

Salamati P, Poursharifi H, Rahbarimanesh AA, Koochak HE, Najafi Z. (2013). Effectiveness of Motivational Interviewing in Promoting Hand Hygiene of Nursing Personnel. *International Journal of Preventive Medicine*, 4(4):441-447.

Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. (2003). The JNC 7 Report. *The Journal of The American Medical Association*, 289(19):2560-72.

Sevimli D, Kozanoğlu E. (2012). Fibromiyalji Sendromlu Hastalarda Egzersiz ve SF-36 Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi. *Sport Sciences*, 7(2): 18-26.

Sheldon LA. (2010). Using Motivational Interviewing to Help Your Students. *The Nea Higher Education Journal*, 153-158.

Sjöling M, Lundberg K, Endlund E, Westman A, Jong MC. (2011). Effectiveness of motivational interviewing and physical activity on prescription on leisure exercise time in subjects suffering from mild to moderate hypertension. *BMC Research Notes*, 4:352

Sönmez HM, Başak O, Camcı C, Baltacı R, Karazeybek Ş, Yazgan F, Ertin İ, Çelik ŞÇ. (2000). Aydın Yöresinde Onyeddi Yaş Üstü Kitlede Sigara İçimi ve Hipertansiyonla Birlikteliği. *Ege Tıp Dergisi*, 39 (2): 105-111.

Sung KH. (2014). Dietary Salt Intake and Hypertension. *Electrolyte Blood Press*, 12:7-18.

Sungur C, Kar A, Kıran Ş, Macit M. (2019). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi: Klinik Sağlık Hizmeti Alan Hastalar Üzerinde Bir Araştırma. Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, 8(15) 43–52.

Şahin ZA, Biçer N. (2015). Hipertansiyon Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. MN Kardiyoloji, 22(4):180-185.

Şahin N, Güner PD, Dirican E, Yengil E, Özer C. (2018). Birinci Basamağa Başvuran Bireylerde Hipertansiyon Risk Faktörleri. Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg, 9(35):128-135.

Şendur MAN, Güven GS. (2011). Güncel Klavuzlar Eşliğinde Hipertansiyon Tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi 2011, 42:53-64.

Şenyuva E, Taşocak G. (2007). Hemşirelerin Hasta Eğitimi Etkinlikleri ve Hasta Eğitim Süreci. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, 15(59):100-106.

Tan M, Özdelikara A, Polat H. (2013). Hasta Öğrenim Gereksinimlerinin Belirlenmesi, F.N. Hem. Derg, 21(1): 1-8.

Taş F, Büyükbeşe MA. (2013). Hipertansiyonda Farkındalık ve Hemşirenin Rolü. TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(6):729-734.

Teke N, Arslan S. (2018). Kırsal Alanda Yaşayan Hipertansiyonlu Bireylerin İlaç Tedavisine Uyum Özetkililik Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. DEUHFED, 11(2):120-128

Tekin G. (2016). Sistemik Hipertansiyonun Güncel Tanı ve Tedavisi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 25(2):163-180.

Tocci G, Battistoni A, D'Agostino M, Palano F, Passerini J, Francia P, Ferrucci A. (2015). Impact of Hypertension on Global Cardiovascular Risk Stratification: Analysis of a Large Cohort of Outpatient Population in Italy. *Clin. Cardiol*, 38(1):39–47

Tokem, Y, Taşçı E, Yılmaz M. (2013). Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 4(5):30-40.

Tosun AS, Zincir H. (2016). Tip 2 Diabetes Mellitus'ta Sağlık Davranış Değişiminde Transteoretik Model Temelli Motivasyonel Görüşme Tekniği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2016; 8(1):32-41.

Tutal E. (2006). Yeni Tanı Alan Hipertansiyon Hastalarında Vicut Kitle İndeksi, Bel-Kalça Oranı ve Ambulatuvar Kan Basıncı Moniterözyonu Arasındaki İlişki. B.Ü. Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları ABD, Nefroloji B.D. Nefroloji Yan Dal Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Nurhan Özdemir).

Tümer A, Baybuğa MS, Dereli F, Uysal DD. (2016). Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13):105-113

Türkiye İstatistik Kurumu 2013 (TUİK 2013). <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul?dil=2> (Erişim tarihi: 02.01.2018).

Türkiye İstatistik Kurumu 2015 (TUİK 2015). <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21526>. (Erişim tarihi:01.02.2018).

Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması-HinT- Hypertension Incidence in Turkey (<http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/insidans160608.pdf> (Erişim tarihi:01.12.2017)

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2003). Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması (PATENT) ([http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti](http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti.pdf) -pdf. (Erişim tarihi: 02.02.2017).

Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. (2012). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2 (PATENT 2) (http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php. (Erişim tarihi: 22.10.2017).

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevelans Çalışması-II (TURDEP-II). (http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf. (Erişim tarihi: 18.12.2016).

Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020. (<http://www.tkd.org.tr/TKDDData/Uploads/files/Turkiye-kalp-ve-damar-hastaliklari-onleme-ve-kontrol-programi.pdf> (Erişim tarihi: 10.01. 2017).

Türk Toplumunda Tuz Tüketimi ve Kan Basıncı Çalışması 2008. (www.turkhipertansiyon.org/UserFiles/File/salt.pdf (12.12.2018).

Uysal H. (2015). Günümüzde Hemşire Liderliğinde Kardiyovasküler Hastalık Yönetim Programları. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi– Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 6(9):1-14.

Uysal H, Enç N. (2012). Kronik Kalp Yetersizliği Olan Hastaların Uyumu İçin Motivasyonel Görüşme. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi- Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 1-6.

Uzdil Z, Kaya PS. (2018). DASH Diyeti ve Sağlık Üzerine Etkileri. J Tradit Complem Med, 1(3):141-5.

Vadstrup ES, Florich A, Perrild H, Borg E, Roder M. (2011). Health-related quality of life and self-related health in patients with type 2 diabetes: Effects of group-based rehabilitation versus individual counselling. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:110

Vatansever Ö, Ünsar S. (2014). Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların İlaç Tedavisine Uyum/Öz etkililik Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyoloji Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8): 61-67.

Wang YC, Stewart SM, Mckenzie M, Nakonezny PA, Edwards D, White PC. (2010). A Randomized Controlled Trial Comparing Motivational nterviewing in Education to Structured Diabetes Education in Teens With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 33:1741-1743.

Whelton PK, MB, MD, MSc, FAHA, Carey C, MD, FAHA, Chair V. 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. *Journal of the American College of Cardiology*, 1-193.

Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement D.L, Coca A, Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen S.E, Kreutz R, Laurent S, Lip G.Y.H, McManus R, Narkiewicz K, Ruschitzka F, Schmieder R.E, Shlyakhto E, Tsioufis C, Aboyans V, Desormais I. 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *European Heart Journal*,39:3021–3104.World Health Organization. (2013). A Global Brief on Hypertension. WHO/DCO/WHD/2013.2.April3.Switzerland.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf?ua=1 (Erişim Tarihi: 01.05.2017)

World Health Organization. (2014).
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1)
(Erişim tarihi: 27.01.2017).

World Health Organization. (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Geneva, 1-264.

Yalçın BM, Şahin EM. (2002). Birinci Basamakta Esansiyel Hipertansiyona Yaklaşım. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 19(3-4):162-170.

Yeşil P, Altıok M. (2012). Kardiyovasküler Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolünde Fiziksel Aktivitenin Önemi. Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi-Turk Soc Cardiol Turkish Journal of Cardiovascular Nursing, 1-10.

Yıldırım N Çiftçi B, Kaşıkçı M. (2017). Hemşirelerin Hasta Eğitimi Verme Durumun ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Atatürk İletişim Dergisi-Sağlık İletişimi Özel Sayı, 14:217-230.

Yıldız E, Erci B. (2016). Effects of Self-Care Model on Blood Pressure Levels and Self-care agency in Patients with Hypertension. International Journal of Health Sciences, 4(1):69-75.

Zhang Y, Tang W, Zhang Y, Liu L, Zhang L. (2017). Effects of Integrated Chronic Care Models on Hypertension Outcomes and Spending: A Multi-town Clustered Randomized Trial in China. BMC Public Health, 17(244):1-11.

EKLER

EK 1: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/06/2015-7566



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : 16214662/050.01.04/113
Konu : Etik Kurul Başvuru Dosyası Hk.

Sayın Yrd. Doç. Dr. Havva SERT
Sakarya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Esentepe Kampüsü / SAKARYA

İlgi : 09.06.2015 tarihli ve 117 sayılı başvurunuz

Destekleyicisi olduğunuz "Hipertansiyonu Olan Hastalara Verilen Eğitimin Etkisinin Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyanız ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir ve uygun bulunmuştur.
Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Pelin TANYERİ
Etik Kurulu Başkanı

EK :
10.06.2015 tarih ve 9 sayılı Etik Kurul Kararı (3 sayfa)

Güvenli Elektronik
İmzalı Aslı İle Aynıdır.
16.06.2015

Pelin Tanyeri
Etik Kurulu Başkanı

Evrakı Doğrulamak İçin : <http://193.140.253.232/envision.Sorgula/BelgeDogrutama.aspx?V=BEKRSAB>

Fakülte Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Dekanlığı, Kocucuk Kampüsü, Kocucuk, Adapazarı/Sakarya
Tel:264 295 6630 Faks:264 295 6629
E-Posta :tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ :www.tip.sakarya.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 2: İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz- Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF)'nin Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğini Yapan Araştırmacıdan İzin Talebi

Rabia hacıhasanoğlu <rabia_hhoglu@hotmail.com>

5.03.2019 Sal 06:47

Kime: goncag?l sevinen <gonca_104@hotmail.com>

Merhaba Gonca ,

İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF)' nu tez çalışmada kullanabilirsiniz. Başarılar Dilerim.

Sevgiler

Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR

Gönderen: goncag?l sevinen <gonca_104@hotmail.com>

Gönderildi: 4 Mart 2019 Pazartesi 18:12

Kime: Rabia hacıhasanoğlu

Konu: Ynt: Ölçek izin talebi

Tez Konum: Primer Hipertansiyon Hastalarına Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi
Düz anlatım ve Motivasyonel Görüşme tekniğiyle verilen eğitimin etkinliğini karşılaştıracam.
Geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğunuz İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF)' nu tezimde kullanmak istiyorum,Saygılarımla.

Gönderen: Rabia hacıhasanoğlu <rabia_hhoglu@hotmail.com>

Gönderildi: 1 Mart 2019 Cuma 11:08

Kime: goncag?l sevinen

Konu: Ynt: Ölçek izin talebi

EK 3: Hasta Tanılama Formu (Kişisel Bilgi Formu)

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: () Kadın () Erkek
2. Yaşınız?.....Kilonuz?..... Boyunuz?.....
3. Medeni durumunuz: () Evli () Bekar () Dul/Boşanmış () Ayrı yaşıyor
4. Eğitim durumunuz: () Okur-yazar/ilkokul mezunu () Okur-yazar değil
() Ortaokul-lise mezunu () Önlisans-lisans mezunu
5. Gelir düzeyiniz: () Düşük () Orta () Yüksek
6. Yaşam biçiminiz: () Eş ile () Eşi ve çocukları ile () Çocukları ile () Yalnız () Diğer.....
7. Daha önceden geçirdiğiniz ameliyat var mı? () Evet () Hayır
8. Cevabınız “Evet” ise ne ameliyatı oldunuz.....
- 9-Ne kadar zamandır Hipertansiyon hastasıınız?
0-5 yıl () 5-10 yıl () 10-20yıl () 20 yıldan fazla ()
- 10- Tansiyon yüksekliği dışında sürekli bir hastalığınız var mı?
() Şeker hastalığı () kalp hastalığı () akciğer hastalığı () KOAH () ASTİM
() DİĞER.....
11. Şu anda Mevcut sağlık sorunu?.....
12. Sigara kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır () yıl önce bıraktım
13. Cevabınız “Evet” ise günde kaç tane içiyorsunuz? () 5-10 adet () 10-20adet () Diğ-
ğer.....
14. Beslenmenize dikkat ediyor musunuz? () Evet () Hayır
15. Uyguladığınız bir diyet var mı? () Evet () Hayır
16. Cevabınız “Evet” ise: () Tuzsuz () Yağsız () Yumuşak () Şekersiz
() Diğer.....
17. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? () Evet () Hayır
18. Cevabınız “Evet” ise ilaçların adı.....
19. Hipertansiyon nedir.....
20. Daha önce “Hipertansiyon” kelimesi duydunuz mu? () Evet () Hayır
- 21- Ailenizde hipertansiyon tanısı almış bireyler var mı?
- 22- Varsa size yakınlık derecesi nedir? () Anne () Baba () Anne ve baba
() Kardeş veya kardeşler () yakın akrabalar
23. Kan basıncının normal değerleri kaçtır?.....
24. Hipertansiyonun yaklaşık sınır değeri kaçtır?.....
25. Kaç yıldır tansiyon hastasıınız?.....
26. Tansiyon ölçüm sıklığı nasıl olmalıdır?
() Haftada bir () Ayda bir () Yılda bir () Hiç ölçtürmem
27. Tedavinizin takip edildiği yer?
() Üniversite-devlet hastanesi () Sağlık ocağı () Düzenli takip yok
28. İlaç kullanma alışkanlığınız?
() İlaç kullanmıyorum () Düzenli ilaç kullanırım () Haftada bir ilaç kullanırım
() Bazen ilaç kullanırım
29. İlaçlarınızın ismini biliyor musunuz? () Evet () Hayır
30. İlacınızı kutusundan tanıyor musunuz? () Evet () Hayır
31. İlacınızı şeklinden tanıyor musunuz? () Evet () Hayır
32. İlaçlarınızın dozlarını biliyor musunuz? () Evet () Hayır

EK 4: İlaç Tedavisine Bağlılık/Uyum Öz-Etkililik Ölçeği Kısa Formu (İBÖS-KF)

İLAÇ TEDAVİSİNE UYUM ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KISA FORMU

İnsanların doktorları tarafından yazılan ilaçları almasını zorlaştıran bazı durumlar ortaya çıkar. Böyle durumların bir listesi aşağıdadır. Biz sizin bu durumların her biri ile ilgili olarak tansiyon ilaçlarınızı almanız hakkındaki düşüncenizi bilmek isteriz. Lütfen kutuları kontrol ederek görüşünüze en yakın cümleleri işaretleyiniz. Doğru ve yanlış cevap yoktur.

Tansiyon İlaçlarınızı her zaman alabileceğinizden ne kadar emin olabilirsiniz?	Hiç emin değilim	Biraz eminim	Eminim	Çok eminim
1. Evde meşgul olduğunuzda	1	2	3	4
2. Size hatırlatacak birisi olmadığında	1	2	3	4
3. Yaşamınız boyunca ilaç kullanmanız gerektiği konusunda endişelendiğinizde	1	2	3	4
4. Tansiyonunuzun yükseldiğine dair belirtiler görülmediğinde	1	2	3	4
5. Ailenizle beraber olduğunuzda	1	2	3	4
6. Ev dışı sosyal ortamlarda bulunduğunuzda	1	2	3	4
7. Öğünler arasında almanız gerektiğinde	1	2	3	4
8. Seyahatlerde	1	2	3	4
9. Günde birden fazla almanız gerektiğinde	1	2	3	4
10. Başka ilaçları kullanmanız gerektiğinde	1	2	3	4
11. Kendinizi iyi hissettiğinizde	1	2	3	4
12. Evden uzakta iken idrara çıkmaya neden olduğunda	1	2	3	4
Aşağıdaki işlemi her zaman yapabileceğinizden ne kadar emin olabilirsiniz? 13. İlaçlarınızı almayı günlük yaşamınızın bir parçası yapacağımızdan	1	2	3	4

EK 5: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD Ölçek II)

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır.

Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızı

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı paylaşırım.	1	2	3	4
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	1	2	3	4
3	Doktora ve bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirtileri anlatırım.	1	2	3	4
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım	1	2	3	4
5	Yeterince uyurum	1	2	3	4
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim	1	2	3	4
7	İnsanları başarıları için takdir ederim	1	2	3	4
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım	1	2	3	4
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum	1	2	3	4
10	Haftada en az 3 kez 20 dk ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım. (Hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans vb...)	1	2	3	4
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	1	2	3	4
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	1	2	3	4
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	1	2	3	4
15	Sağlık personeline önerileri anlamak için soru sorarım.	1	2	3	4
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım. (Örn; haftada 5 kez veya daha fazla yürürüm)	1	2	3	4
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	1	2	3	4

zın sıklığını uygun seçeneği **daire içine alarak belirtiniz.**

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
18	Geleceğe umutla bakarım	1	2	3	4
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım	1	2	3	4
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim	1	2	3	4
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorunlarım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fiziksel aktiviteler yaparım	1	2	3	4
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm	1	2	3	4
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim	1	2	3	4
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır	1	2	3	4
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim	1	2	3	4
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	1	2	3	4
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	1	2	3	4
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	1	2	3	4
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	1	2	3	4
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	1	2	3	4
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	1	2	3	4
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım. (örn; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim.)	1	2	3	4
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim	1	2	3	4
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	1	2	3	4
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım	1	2	3	4
38	Her gün et, balık, tavuk, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	1	2	3	4

	Sağlıklı Yaşam Biçim Davranışları	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli olarak
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim	1	2	3	4
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım	1	2	3	4
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım	1	2	3	4
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım	1	2	3	4
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum	1	2	3	4
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım	1	2	3	4
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım	1	2	3	4
47	Yorulmaktan kendimi korurum	1	2	3	4
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım	1	2	3	4
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim	1	2	3	4
50	Kahvaltı yaparım	1	2	3	4
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım	1	2	3	4
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım	1	2	3	4

EK 6: SF–36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

YAŞAM KALİTESİ (SF36) FORMU

1. Genel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Mükemmel	1
Çok iyi	2
İyi	3
Orta	4
Kötü	5

2. Geçen yıl ile karşılaştırıldığında, sağlığınızı şu an için nasıl değerlendirirsiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Geçen seneden çok daha iyi	1
Geçen seneden biraz daha iyi	2
Geçen sene ile aynı	3
Geçen seneden biraz daha kötü	4
Geçen seneden çok daha kötü	5

3. Aşağıdaki tipik bir günümüzde yapmış olabileceğiniz bazı aktiviteler yazılmıştır. Sağlığınız bunları yaparken sizi sınırlandırmakta mıdır? Öyleyse ne kadar? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

AKTİVİTELER	Evet, çok kısıtlıyor	Evet, çok az kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. Kuvvet gerektiren aktiviteler, koşma, ağır eşyaları kaldırmak, zor sporlar	1	2	3
b. Orta aktiviteler, bir masayı oynatmak, elektrik süpürgesi ile süpürmek, bowling, golf	1	2	3
c. Sebze-meyveleri kaldırmak, taşımak	1	2	3
d. Pek çok katı çıkmak	1	2	3
e. Tek katı çıkmak	1	2	3
f. Çömelmek, diz çökmek, eğilmek	1	2	3
g. 1 kilometreden fazla yürüyebilmek	1	2	3
h. Pek çok mahalle arası yürüyebilmek	1	2	3
i. Bir mahalleden (sokak) diğerine yürümek	1	2	3
j. Kendi kendine yıkanmak, giyinmek	1	2	3

4. Son 4 hafta içerisinde, fiziksel sağlığınız yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

HAYIR

	EVET	
a. İş yada diğer aktiviteler için harcadığınız zamanda kesinti	1	2
b. İsteddiğinizden daha az miktar için tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktivitelerin çeşidinde kısıtlama	1	2
d. İş veya diğer aktiviteleri yaparken zorluk olması	1	2

5. Son 4 hafta içerisinde, duygusal problemler (örnek-üzüntü ya da sinirli hissetmek) yüzünden günlük iş veya aktivitelerinizde aşağıdaki problemlerle karşılaştınız mı? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	EVET	HAYIR
a. İş yada diğer aktiviteler ayırdığınız süreden kesilme oldu mu?	1	2
b. İsteddiğinizden daha az kısım tamamlanması	1	2
c. İşin veya diğer aktiviteleri eskisi gibi dikkatli yapmama	1	2

6. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, aileniz, arkadaşınız, komşularınız veya gruplar ile olan normal sosyal aktivitelerinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta derecede	3
Biraz	4
Oldukça	5

7. Son 4 hafta içerisinde, ne kadar fiziksel acı (ağrı) hissettiniz? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5
Çok şiddetli	6

8. Son 4 hafta içerisinde, ağrı normal işinize ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Hiç	1
Çok az	2
Orta	3
Çok	4
İleri derecede	5

9. Aşağıdaki sorular sizin son 4 hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerin nasıl gittiği ile ilgilidir. Lütfen her soru için hissettiğinize en yakın olan sadece 1 cevap verin.

Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Her Zaman	Çoğu Zaman	Bir Kısım	Bazen	Çok Nadir	Hiçbir Zaman
a. Kendinizi capcanlı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
b. Çok sınırlı bir kişi misiniz?	1	2	3	4	5	6
c. Kendinizi hiçbir şey güldürmeyecek kadar batmış hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5	6
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
e. Çok enerjiniz var mı?	1	2	3	4	5	6
f. Kendinizi çökmüş ve karamsar hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
g. Yıpranmış hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6
h. Mutlu bir insan mıydınız?	1	2	3	4	5	6
i. Yorulmuş hissettiniz mi?	1	2	3	4	5	6

10. Geçen 4 hafta içinde, fiziksel sağlık veya duygusal problemler, sosyal aktivitelerinize (arkadaşları, akrabaları ziyaret etmek gibi) ne kadar engel oldu? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

Her zaman	1
Çoğu zaman	2
Bazı zamanlarda	3
Çok az zaman	4
Hiçbir zaman	5

11. Aşağıdaki cümleler sizin için ne kadar doğru ya da yanlış? Bir tanesini yuvarlak içine alınız

	Tamamen Doğru	Çoğunlukla Doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla Yanlış	Tamamen Yanlış
a. Diğer insanlardan biraz daha kolay hasta oluyorum	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın kötüleşmesini bekliyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Gonca Gül SEVİNEN

Doğum yeri ve tarihi: Karasu/ 25.09.1990

Uyruğu: T.C

Medeni durumu: Evli

Askerlik durumu: ...

İletişim adresi ve telefonu: Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

0(542) 790 64 99

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Sakarya Üniversitesi- Yüksek Lisans- 2014-Devam

Sakarya Üniversitesi- Lisans-2012

III- Ünvanları

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Hemşire

İstanbul-Çağlayan Florence Nightingale Hastanesi -Hemşire

IV- Mesleki Deneyimi

Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi- Hemşire

İstanbul-Çağlayan Florence Nightingale Hastanesi -Hemşire

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

VI- Bilimsel İlgi Alanları Yayınları

Seven A, Doğan SG, Kınık A, Toraman K, Daşgın G, **Sevinen GG**, Doğru T. (2019). Hemşirelik İntörn Öğrencilerinin Merhamet Düzeyi ve Etkileyen Faktörler: Pilot Çalışma. Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3):273-282.

Konak H, Sert H, Doğru T, **Sevinen GG**. Fibromiyalji Sendromu olan Hastalarda Cinsel İşlev Bozukluğu, 5. Ulusal 1. Uluslararası Hemşirelikte Güncel Yaklaşımlar Kongresi, Sakarya, 15-17 Kasım 2018 (Poster Presentaion). (Tam metin).

Sert H, **Sevinen GG**. Kronik Hastalıklarda Motivasyonel Görüşme. 17. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, Antalya, 14- 18 Ekim, Kongre Kitabı 2015 (Özet Metin).

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Motivasyonel Görüşme Teknikleri Kursu (1. Düzey), Fenerbahçe-İstanbul, 30 Eylül 2015

Motivasyonel Görüşme Teknikleri Kursu (2. Düzey), Fenerbahçe-İstanbul, 13 Kasım 2015

VIII- Diğer Bilgiler