

**T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA İLİNDE
HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN
PROFİLİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İbrahim DAĞ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN

ŞANLIURFA

2017

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞANLIURFA İLİNDE
HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN
PROFİLİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İbrahim DAĞ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN

Bu tez, hiçbir kurum tarafından desteklenmemiştir.

ŞANLIURFA

2017

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İbrahim Dağ'ın hazırladığı “Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Profilinin İncelenmesi” konulu çalışma, 11.08.2017 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek **Hemşirelik** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN (Danışman)
Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Diler AYDIN
Bandırma 17 Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Arzu TIMUÇİN
Harran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

24.08.2017
ONAY
Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Çalışmamın başında danışmanım olan daha sonra emekliliğe ayrılan, değerli bilgilerini benimle paylaşan, tezimin konusunun belirlenmesinde yardımcı olan, bana her anlamda yol gösteren, desteklerini hep hissettiğim; kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Fügen ÖZCANARSLAN'a;

Araştırma aşamasında, yön tayininde ve tamamlanmasında destek olan, bana ayırdıkları değerli zamanları ve destekleri için değerli tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN'a;

Yüksek lisans süresince bana inanan, yardımlarını esirgemeyen, her zaman yanımda hissettiğim, bildiklerini paylaşan Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi tüm öğretim elemanları ve idari personeline,

Maddi ve manevi hiçbir yardımı esirgemeyen değerli ailemdeki tüm bireylere,

Yüksek lisans arkadaşlarıma, Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu öğretim elemanları ve idari personeline ve

Varlığıyla yanımda olmasından sonsuz güven duyduğum, bu süreçte ve her zaman beni destekleyen, sabır ve hoşgörüyü esirgemeyen eşim; Elif DAĞ'a;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İbrahim DAĞ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEŞEKKÜR	I
İÇİNDEKİLER	II
TABLolar DİZİNİ	IV
KISALTMALAR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VIII
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Hipertansiyonun Tanımı	3
2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	3
2.2.1. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma.....	4
2.2.2. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma	4
2.2.2.1. Esansiyel Hipertansiyon	5
2.2.2.2. Sekonder Hipertansiyon	5
2.3. Hipertansiyon Hastalığının Tanı ve Tedavisi	5
2.4. Semptom ve Bulgular	6
2.5. Hipertansiyonun Belirtileri	7
2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları.....	7
2.7. Hipertansiyonun Etiyolojisi.....	9
2.7.1. Yaş ve Cinsiyet.....	9
2.7.2. Aile ve Genetik Faktörler	9
2.7.3. Stres ve Egzersiz.....	10
2.7.4. Tuz ve Yağ	10
2.7.5. Alkol ve Sigara	11
2.7.6. Çay ve Kahve	12
2.7.7. Sosyoekonomik Düzey ve Psikososyal Faktörler.....	13
2.7.8. Diabetes Mellitus.....	13

2.8. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Görevleri.....	14
2.9. Koruma	16
2.9.1. Primer Koruma	16
2.9.1. Sekonder Koruma	16
2.9.1. Tersiyer Koruma.....	17
2.10. Hipertansiyon Kontrolündeki Engeller.....	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Şekli.....	18
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih	18
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	18
3.4. Araştırmanın Örneklem Kriterleri	18
3.5. Veri Toplama Araçları.....	19
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	19
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	19
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	20
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
4. BULGULAR	21
5. TARTIŞMA.....	31
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	35
7. KAYNAKLAR.....	37
8. EKLER	44
Ek-1. Veri Toplama Formu	44
Ek-2. Bilgilendirilmiş Onam Formu	47
Ek-3. Etik Kurul Onay Formu	49
Ek-4. Hastane İzin Belgesi	50
Ek-5. İntihal Raporu	51

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1.	18 Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Kan Basıncının Sınıflandırılması	4
Tablo 2.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri	21
Tablo 3.	Hastaların Hipertansiyon ile İlgili Durumları	22
Tablo 4.	Hastaların Hipertansiyon Hastalığı İle İlgili Beslenme ve Aktivite Durumu	24
Tablo 5.	Hastaların Kan Basıncı Değerleri ve İlaç Kullanma Durumları	26
Tablo 6.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hipertansiyon Hastalığı Hakkında Bilgi Durumları	27
Tablo 7.	Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kan Basıncı Değerleri	29

KISALTMALAR LİSTESİ

ACE	Anjiotensin Converting Enzim
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BMI	Body Mass Index (Beden Kitle İndeksi)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESC	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
ESH	European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Derneği)
HT	Hipertansiyon
ISH	International (Uluslararası Hipertansiyon Derneği)
JNC	Joint National Committee (Birleşik Ulusal Komite)
KB	Kan Basıncı
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
WHO	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÖZET

ŞANLIURFA İLİNDE HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN PROFİLİNİN İNCELENMESİ

İBRAHİM DAĞ

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Amaç: Bu araştırma, Şanlıurfa ili merkez ilçelerinde yaşayan hipertansiyon tanısı almış hastaların profilini ortaya çıkarmak, hastaların yaşam tarzı, beslenme alışkanlıklarının hipertansiyon üzerindeki etkisini araştırmak için yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklemini 320 hipertansiyon tanılı kişi oluşturmuştur. Veriler hastaların sosyo-demografik özellikleri ve araştırmacı tarafından, literatür ışığında hazırlanmış “Hasta Bilgi Toplama Formu” kullanılarak toplanmıştır. Veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 16.0 paket programı ile tanımlayıcı istatistik, Ki-Kare Testi, Mann Whitney U Testi ve Kruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Hipertansiyon tanısı almış hastaların yaş ortalamasının $61,48 \pm 2,19$, %51,9’unun (166) erkekler olduğu saptanmıştır. Hastaların %93,1’i evli olup, %45,9’unun okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. Hastaların %41,6’sının (133) beden kitle indeksi (BKİ), 25-29,99 (toplu-hafif şişman) arasında olduğu belirtilmiştir.

Hastaların ortalama sistolik kan basıncı değeri $153,42 \pm 24,15$, diyastolik kan basıncı değeri $96,12 \pm 19,37$ çıkmıştır. Kadınlarda sistolik kan basıncı ortancası 157,77 iken, erkeklerde 163,04’tür ($p > 0,05$). 45 yaşından küçüklerde sistolik kan basıncı ortancası 199,94 iken, yaşı 75 ve üzeri olanlarda 132,59’dur ($p < 0,05$). Eğitim durumu ve gelir durumu yükseldikçe, hastaların kan basıncı ortanca değerleri de yükselmiştir ($p < 0,05$).

Okuryazar olmayan hastaların %44,7’sinin hipertansiyon hakkında bilgisi varken, bu oran ilköğretim mezunu ve üzeri kısımda %45,9’dur ($p > 0,05$). Hipertansiyon hakkında bilgi durumunun yaş arttıkça ($p > 0,05$) ve çalışmayanlarda daha yüksek ($p > 0,05$) olduğu saptanmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Bu çalışma Şanlıurfa'da hipertansiyonun yaygın bir sorun olduğunun, kan basıncı değerlerinin oldukça yüksek olduğu, bu sorunun yeterince farkında olunmadığının ve hipertansiyona yönelik koruyucu, önlenabilir hizmetlerin yetersiz yapıldığının hatırlatılması açısından önemlidir. Bu nedenle tüm yaş gruplarına yönelik korunma ve önleme programlarının uygulanmasına önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Şanlıurfa, Hipertansiyon, Kan Basıncı, Hemşirelik.



ABSTRACT

DETERMINATION OF THE HYPERTENSION PATIENTS' PROFILE'S IN ŞANLIURFA

İBRAHİM DAĞ

Department of Nursing, Master Thesis

Objective: This study was carried out to investigate the profile of patients who had hypertension diagnosed in Şanlıurfa province center, to investigate the lifestyle and nutritional habits of patients on hypertension.

Method: The sample of this descriptive study consisted of 320 hypertension cases. The data were collected using the socio-demographic characteristics of the patients and the "Patient Information Collection Form" prepared by the researcher in the light of the literature. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test, Mann Whitney U test and Kruskal-Wallis test with SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 16.0 package program.

Findings: The mean age of the patients diagnosed with hypertension was $61,48 \pm 2,19$ and %51,9 (166) were males. %93,1 of the patients were married and %45,9 were not literate. %41,6 (133) of the patients were found to have a body mass index (BMI), 25-29,99 (mass-fat).

The mean systolic blood pressure of the patients was $153,42 \pm 24,15$ and the diastolic blood pressure was $96,12 \pm 19,37$. The systolic blood pressure median was 157,77 in females and 163,04 in males ($p > 0,05$). The systolic blood pressure median was 199,94 in those younger than 45 years, while the age of 75 and above was 132,59 ($p < 0,05$). As education status and income status increased, the median blood pressure values also increased ($p < 0,05$).

44,7% of non-illiterate patients had knowledge about hypertension, this rate was 45,9% ($p > 0,05$). Hypertension status was found to be higher ($p > 0,05$) and higher ($p > 0,05$).

Conclusion and Recommendations: This study is important in that hypertension is a common problem in Sanliurfa, blood pressure values are very high, and it is important to remember that this problem is not well understood and not adequately treated. For this reason, importance should be attached to the implementation of prevention and prevention programs for all age groups.

Keywords: Sanliurfa, Hypertension, Blood Pressure, Nursing.



1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada beklenen yaşam süresinin ve sağlıksız yaşam alışkanlıklarının artışı ile birlikte, kronik hastalıkların da arttığı görülmektedir (1). Kronik hastalıklardan küresel ölçekte bir numaralı ölüm sebebinin koroner kalp hastalıkları olduğu bildirilmektedir (2). Ülkemizde de aynı durum gözükmekte, ölüm nedenleri arasında, koroner kalp hastalığına bağlı ölümler 1. sırada yer almaktadır. Koroner kalp hastalıkları içinde en çok görülen ve nedeni olan hastalık hipertansiyondur (3).

Hipertansiyon, koroner kalp hastalıklarının önlenabilir önemli bir nedenidir. Tedavi edilmezse koroner, serebral ve renal vasküler hastalıklar için majör risk faktörü olup, yaşam süresini kısaltmaktadır (4-6). Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının sürekli olarak yüksek olması durumudur. Ayrıca morbidite ve mortalite nedeni olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (7).

Dünyada kardiyovasküler nedenlerle her yıl yaklaşık 17 milyon kişi ölmektedir. Hipertansiyon komplikasyonları, bu ölümlerden 9,4 milyonunun nedenidir. Kalp hastalığına bağlı ölümlerin %45'i, inmeye bağlı ölümlerin %51'i yüksek kan basıncına bağlıdır (3). 2000 yılı itibarıyla dünyada erişkin nüfusun %26,4'ünün hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29,2'ye çıkacağı öngörülmüştür. Bir diğer deyişle, halen 972 milyon insan hipertansiyon hastasıdır ve 15 yıl sonra bu rakam 1,5 milyarı aşacaktır (8). Türkiye'de ise; 2012 yılındaki araştırmaya göre, 18 yaş ve üzeri toplam nüfusta hipertansiyon (HT) prevalansı %30,3, 40 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı %43,5 olarak saptanmıştır. 60 yaş ve üzeri nüfusta ise bu oranların %63,9 ve %66,7'ye kadar yükseldiği belirlenmiştir. Hipertansiyon kadınlarda daha çok gözükmeyle beraber, bu oran erkeklerde %28,4, kadınlarda %32,3 olarak kaydedilmiştir (9).

Hipertansiyon hastalığı ile ilgili uluslararası kuruluşlar tarafından rehberler hazırlanmış ve bu yeni rehberlerde hedef, bir hastada yüksek kan basıncını düşürmek için tek başına kan basıncının düzeyine değil, bireyin total kardiyovasküler riski ve hedef organ hastalığının bulunmasına dayandırılmaktadır (10, 11).

Hipertansiyon hastalığı hem Dünya’da ve Türkiye’de sık görülmekle beraber hem de önlenabilir, korunabilir olmasından dolayı bu konuda yapılacak sağlık hizmetleri önemli bir noktaya ulaşmıştır. Bu konuda en önemli sorumluluk hemşirelere düşmektedir. İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan aldıkları doyum azalabilir. Bu noktada hemşirenin rolü ve amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak; en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu en üst düzeye çıkartmaktır. Hipertansiyon hastasının bakımında hemşirenin amacı, yan etkisiz ve az maliyetle kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutma üzerine odaklanmalıdır. Bu amaca ulaşmak için hemşire, hastanın ilaçları önerildiği gibi kullanması, önerilen yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirmesi ve hastalığın sürecini izleme, ilaçların ya da hastalığın istenmeyen durumlarının değerlendirilmesi için düzenli sağlık kontrollerine gelmesi konusunda hasta ve ailesini desteklemeli ve gerekli eğitimi vermelidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu nedenlerden dolayı bu çalışmadaki amacımız, Şanlıurfa ili merkez ilçelerinde yaşayan hipertansiyon tanısı almış hastaların profilini ortaya çıkarmak, hastaların yaşam tarzı, beslenme alışkanlıklarının hipertansiyon üzerindeki etkisini araştırmak, hipertansiyonun komplikasyonlarını azaltmak, böylece hastanın yaşam kalitesini artırmak ve ayrıca bu konuda literatürü artırmak ve araştırmalara teşvik etmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının normal sınırların üzerinde seyretmesi olarak tanımlanır. Ancak anormal sayılması gereken kan basıncı değeri için kesin sınırlar belirlemek zordur. Pickering, 1972 yılında normal ve anormal kan basıncı arasında bir sınır olmadığını, mortalite ve arteriyel basınç ilişkisinin nicel olduğunu ve kan basıncı arttıkça prognozun kötüleştiğini belirtmiştir (12).

JNC-VII'ye göre sistolik kan basıncının 120 mmHg ve diyastolik kan basıncının 80 mmHg düzeyinin altında olması normal kan basıncı değeri olarak belirlenmiştir (13).

Kan basıncı düzeyi ile kardiyovasküler olay riski arasında sürekli bir ilişki, hipertansiyonun tanımının ve ölçütlerinin değişkenliği, çeşitli ulusal ve uluslararası kuruluşların ilgi odağı olmuştur. Özellikle, Amerika Birleşik Devletleri "Birleşik Ulusal Komite" (Joint National Committee - JNC) ve "Dünya Sağlık Örgütü" - "Uluslararası Hipertansiyon Derneği" (WHO - ISH) rehberlerinin hazırlanmasına zemin hazırlamıştır. JNC-VII 2003 raporlarına göre hipertansiyon, kan basıncının beyin, kalp, retina ve böbrek damarlarında hedef organ hasarı oluşturma riskini arttıracak düzeylere yükselmesidir. Genel toplumda bu düzey; sistolik >140 mmHg, diyastolik >90 mmHg olarak belirtilir (10). Bu yeni rehberlerde hedef, bir hastada yüksek kan basıncını düşürmek için tek başına kan basıncının düzeyine değil, bireyin total kardiyovasküler riski ve hedef organ hastalığının bulunmasına dayandırılmaktadır (10, 11).

2.2. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonla ilgili kılavuzlarda tanım ve sınıflama bakımından yıllar içinde sürekli değişiklikler olmuştur. Son yıllarda, kesin hipertansiyonun seviyesi >160/95 mmHg'dan 140/90 mmHg'ya değişmiştir (14).

Erişkinlerde kan basıncı derecesinin sınıflandırılması niteldir. Fakat tedaviye yaklaşımda kolaylık sağlamak için, kan basıncı derecelerinin dikkate alınmasında fayda vardır (15, 16).

2.2.1. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma

DSÖ hipertansiyon için sistolik kan basıncının üst sınırını 140 mmHg, diyastolik kan basıncının üst sınırını ise 90 mmHg olarak kabul etmektedir. Bu bilgilere göre belirtilen bu değerlerden biri yüksek olursa hipertansiyondan söz edilir (17). JNC (Birleşik Ulusal Komite) VII. Bildirisine göre (18 yaş ve üzeri erişkinlerde) kan basıncının sınıflandırılması aşağıdaki gibidir (18, 19):

Tablo 1. 18 Yaş ve Üzeri Erişkinlerde Kan Basıncının Sınıflandırılması

Kan Basıncı	Sistolik KB (mmHg)	Diyastolik KB (mmHg)
Normal	< 120	< 80
Prehipertansiyon	120 - 139	80 – 89
Evre 1 hipertansiyon	140 - 159	90 – 99
Evre 2 hipertansiyon	≥ 160	≥ 100

Tablo 1.'de 18 yaş ve üzeri erişkinler için kan basıncı sınıflandırması yer almaktadır. Bu sınıflandırma, 2 ya da daha çok sayıdaki hekim ziyareti sırasında, uygun şekilde ölçülmüş kan basıncı değerinin ortalamasına dayanılarak yapılmıştır. JNC'nin VI. Bildirisinden farklı olarak, bu sınıflandırma sistemine prehipertansiyon olarak tanımlanan yeni bir kategori eklenmiş ve evre 2 ve 3 hipertansiyon birleştirilmiştir.

Prehipertansiyonlu hastalarda hipertansiyon gelişme riski artmıştır; kan basıncı 130/80 mmHg ile 139/89 mmHg arasında olan kişilerde hipertansiyon riski, daha düşük kan basıncı değerleri olanlara göre 2 kat yüksektir (20). JNC VII. Bildirisinde hipertansiyon tanımını sadeleştirmek için yalnız kan basıncı değerlerini dikkate alan sade bir sınıflandırma önerirken, ESH/ESC 2003 (Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği) kılavuzunda kan basıncı sınıflandırması ile birlikte kardiyovasküler risk faktörlerinin de yer aldığı prognostik risk sınıflandırmalarına yer verilmiştir (21).

2.2.2. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma

Hipertansiyonun %90'dan fazlasında, kan basıncının yükselmesinden sorumlu etiyolojik faktörler halen sonuçlanmamıştır. Sekonder hipertansiyon formları göreceli olarak ender hastalıklar olup; prevalansları toplam hipertansiyon vakalarının %5-10 kadardır (22).

2.2.2.1. Esansiyel Hipertansiyon

Esansiyel hipertansiyonun nedenleri birçok etkene bağlıdır. Bu etkenler yaş, aşırı tuz kullanımı, düşük potasyum alımı, sedanter yaşam, sigara, alkol ve kafein kullanımı, obezite, ateroskleroz, stres, genetik yatkınlık olarak sıralanabilir (23, 24).

2.2.2.2. Sekonder Hipertansiyon

Sekonder hipertansiyon, belirlenebilen bir nedeni olan (25, 26) ve daha çok 20 yaş altı ve 50 yaş üstü kişilerde görülen hipertansiyon çeşididir (27, 28). Sekonder hipertansiyonun en sık nedenleri arasında; renal, endokrin ve nörolojik hastalıklar, adrenal hastalık, aort koarktasyonu, gebeliğe ve ilaca bağlı hipertansiyon, intravasküler hacim artışı olarak sıralanabilir (29, 30). Bu hastalıkların tedavi edilebilir nitelikte olması ve kalıcı tedavi olanağının bulunması nedeniyle her hipertansiyon hastası, ikincil hipertansiyon açısından değerlendirilmelidir (31).

2.3. Hipertansiyon Hastalığının Tanı ve Tedavisi

Kliniklerde yetişkinlerin kan basıncı ölçülmesi gereklidir. Tanıyı güçlendirmek için hastaların tıbbi öyküsü alınmalı, fiziksel muayene, laboratuvar incelemeleri ve risk değerlendirmesi yapılmalıdır (32).

Doğru Kan Basıncı Ölçümü

Kan basıncı alınmadan önce tansiyon aletinin uygun ayarları yapılmalı ve manşonun kola uygun olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ölçümü yapılacak kişi öncelikle 5 dakika kadar sessizce dinlendirilir. En az 2 ölçüm yapılarak ortalamaları kaydedilir (33). Eğer hastanın sistolik ve/veya diyastolik kan basıncı normal değerindeyse ikinci kez kliniğe davet edilir (32).

Tedavide hipertansiyonun kontrolü ve yan etkilerinin önlenmesi amaçlanmaktadır. Kan basıncı yüksek olanların tedavi planlaması uygun antihipertansif ilaç kullanılması ve olumlu yaşam tarzı oluşturularak yapılmaktadır (32).

İlaç Tedavisi

Yüksek kan basıncının ilaç tedavisinde diüretikler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) olmak üzere beş grup ilaç kullanılmaktadır. İlaç tedavisine bu grupların herhangi biri ya da birkaçının birlikteliğiyle başlanmaktadır. İlaçların seçiminde hastanın tıbbi öyküsü ve ilaç uyumluluğu dikkate alınmaktadır. Beklenen kontrolün sağlandığını saptamak için ilaç tedavisinden 3-4 hafta sonra hasta klinikte tekrar değerlendirilerek takip edilir (32).

Hipertansiyon Direnci

Diüretiklerin de içerisinde olduğu 3 ilaçlı bir tedavide direnç gelişmesi, kan basıncı hedeflerine ulaşmada başarısızlık oluşturmaktadır. Direncin neden geliştiğine dair değerlendirmeler yapılmalıdır. Yanlış kan basıncı ölçümü, aşırı sodyum alımı, aşırı alkol alımı, obezite, böbrek hastalıklarında volüm tutma, uyumsuz ilaç kullanımı, uygun olmayan kombinasyonlar, yetersiz doz kullanımı, oral kontraseptifler, adrenal steroidler, steroid olmayan antiinflamatuvar ilaçlar, yetersiz diüretik tedavi, kokain, amfetamin, eritropoietin ve bazı tanımlanamayan sebeplerden direnç gelişebilmektedir (33).

Yaşam tarzı değişikliği

Yaşam tarzı değişikliğinin önceliğini ideal kilonun sağlanması, hareketli yaşam, tuz kısıtlanması, sağlıklı beslenme, sigarayla alkolün bırakılması ve stres yönetimi oluşturmaktadır (32). Tedavide ilaç dışı yaklaşımları hipertansiyonun kontrolünde, ilaç sayısı ve dozunun azalmasında, kalp damar hastalıklar vb. riskli durumların azaltılmasında yararlı olmaktadır (34).

2.4. Semptom ve Bulgular

Sessiz katil olarak isimlendirilen hipertansiyon tanısı kolayca konabilmesine rağmen hastaların çoğu hipertansiyonlu olduğunun farkına varmadan yaşamlarının sürdürürler. Ancak hastaların bir bölümü hipertansiyon komplikasyonları ve Sekonder hipertansiyona ait semptomlar ile doktora gelmektedir. Hipertansiyon genellikle bir başka nedenle yapılan muayene sırasında saptanmaktadır (35). Bundan dolayı sağlıklı kişilerin hipertansif olmasa bile yılda en az 1-2 kez kan basıncını ölçturmeleri önerilmektedir.

2.5. Hipertansiyonun Belirtileri

Nörolojik semptomlar; bas ağrısı, bas dönmesi, görme bulanıklığı, depresyon, uykusuzluk ve senkop gibi yakınmalardır. Sabah uykudan uyanıldığında, enseden başlayan oksipital bölgeye lokalize olan ve bazen zonklayıcı tarzda olabilen bas ağrısı vardır.

Kardiyovasküler semptomlar ise çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes darlığı ve kladikasyon intermittantdır. Hipertansif bir hastada göğüs ağrısı, miyokard infarktüsü veya dissekan anevrizmasını akla getirmelidir. Hipertansiflerde görülen otonom sinir sistemi disfonksiyonu; bas dönmesi, senkop, tremor, anormal terleme, görmede bulanıklık ve libido azalması gibi belirtilere neden olabilir. Kulak çınlaması, burun kanaması olan her hastada kan basıncı yüksekliği düşünülmeli ve bu yönde araştırma yapılmalıdır.

Primer ve sekonder hiperaldosterenizm, hiperparatiroidizm, cushing sendromu ve hipotroidi gibi sekonder hipertansiyon nedenleri de her hastada mutlaka araştırılmalıdır. Hipertansiyona sıklıkla renal patolojiler eşlik etmektedir. Hematüri, noktüri, poliüri, böbrek tasları, renal travma ve hematoma hikayesi olan hastalar renal patolojisi açısından ayrıntılı incelenmelidir (36).

Hipertansiyon hastalarının değerlendirilmesinde kan basıncı ölçümü, diğer fizik muayene yöntemleri ve beraberinde bazı laboratuvar incelemelerden yararlanır. Hipertansiyonun kesin teşhisini koyduktan sonra yapılması gereken kardiyovasküler riski belirlemek, etiyolojik faktörleri aramak ve mümkünse düzeltmek, hastayı eğitmek ve etkili bir şekilde tedavi etmektir (37).

2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyonlu hastalar tedavi edilmezse ölümlü sonuçlanabilen ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Hipertansiyonun neden olduğu organ hasarı ve mortalitenin altındaki patolojik mekanizma, arteriyel lezyonlardır. Arteriyel lezyonların tipleri şu şekilde sıralanabilir (38):

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

Tedavi edilmemiş ya da kontrol altına alınamayan hipertansiyonda iskemik kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği, inme ve böbrek yetmezliği gibi nedenlere bağlı mortalite söz konusudur. Hipertansiyonun derecesi yükseldikçe kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranı artar. Genellikle; ciddi, dirençli hipertansiyonlu hastalar inmeden, ileri retinopati ve renal hasarlı olanlar böbrek yetmezliğinden, çoğunluğu oluşturan hafif orta derecede hipertansiyonlu hastalar ise iskemik kalp hastalığının komplikasyonlarından kaybedilir. Kalp hastalıkları mortalite nedenleri arasında hipertansif hastalarda birinci sıradadır (39).

Hipertansiyonun komplikasyonları şunlardır:

Hipertansif	Aterosklerotik
Akselere-malign hipertansiyon	Serebral tromboz
Ensefalopati	Miyokard infarktüsü
Serebral hemoraji	Koroner arter hastalığı
Sol ventrikül hipertrofisi	Kladikasyon intermittant ve
Konjestif kalp yetmezliği	Periferik damar hastalığı
Böbrek yetmezliği	
Aort diseksiyonu	

Hipertansif tipteki komplikasyonların gelişimi kan basıncı düzeyi ile direkt ilişkilidir. Aterosklerotik komplikasyonlarda hipertansiyondan başka birçok neden söz konusudur. Hipertansif kalp hastalığı; sistolik ve diyastolik disfonksiyon, sol ventrikül hipertrofisi, konjestif kalp yetmezliği ve koroner arter hastalığı gibi değişik şekillerde ortaya çıkabilir. Sol ventrikül hipertrofisi hipertansiyonda en sık görülen kardiyak anormalliktir. Aynı zamanda kardiyovasküler bir risk faktörü olarak kabul edilir.

Abdominal aort anevrizması, aort diseksiyonu ve periferik damar hastalığı gibi büyük damar hastalıkları hipertansif hastalarda görülebilir.

Günümüzde serebrovasküler hastalıklar kalp hastalıkları ve kanserden sonra en sık üçüncü mortalite nedenidir. İnmenin nedeni %80 iskemik (tromboz, emboli), %10-15 intraparakimal hemoraji ve kalan %5 kadarı da subarokraid kanamaya bağlıdır. Geçici iskemik atak geçiren hipertansiyonlu hastalarda karotis arterlerin ateroskleroza sık karşılaşılan bir problemdir.

Renal hastalık, hipertansiyonun önemli komplikasyonlarından biridir. Hipertansiyonlu hastalarda, ilk olarak afferent arteriollerin duvarında hyalinizasyon ve sklerozun görüldüğü patolojik değişikliğe hipertansif nefroskleroz denir. Renal tutulumun ilk klinik bulgusu, böbreklerin yoğunlaştırma yeteneğinin bozulması ile ortaya çıkan noktüridir. Mikroalbüminüri ilk objektif bulgudur. Renal progresyonu konusunda yardımcıdır. Bazen hastalarda nefrotik düzeyde proteinüri olabilir. Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda hipertansiyon, etiyolojik olarak oldukça önemlidir. Ayrıca başka nedenlere bağlı olarak gelişen renal hasarın varlığında hipertansiyon eklendiğinde, hastalığın progresyonu hızlanmaktadır (39).

2.7. Hipertansiyonun Etiyolojisi

2.7.1. Yaş ve Cinsiyet

Toplumumuzda 18 yaş ve üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı erkeklerde %27, kadınlarda %33 olarak belirlenmiştir (50). 40 yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı %43,5 olarak saptanmıştır. 60 yaş ve üzeri nüfusta ise bu oranların %63,9 ve %66,7'ye kadar yükseldiği belirlenmiştir (8, 40).

Hipertansiyonun görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır. Kadınlarda oral kontraseptiflerin kullanımı sekonder hipertansiyon gelişme olasılığını artırabilmektedir (41).

2.7.2. Aile ve Genetik Faktörler

Hipertansiyonun aileler içinde yoğunlaştığı bilinmektedir. Babanın ailesel hipertansiyona katkısı anneden fazladır. Genetik özelliklerin hipertansiyona katkı oranının %30 ile %60 arasında değiştiği bildirilmiştir. Kalıtım bireyin kan basıncını etkileyen önemli bir etkidir. Genetik çalışmalar aralarında angiotensinojen geni ve glukokortikoid reseptör geni de bulunan birçok genin hipertansiyonun oluşmasına katkıda bulunduğunu göstermektedir (39).

Ailelerde kan basıncı düzeylerinin birbirine yakın değerlerde olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (37, 42). Aile öyküsü olanlarda hipertansiyon ve koroner arter hastalık riskleri fazladır. Tansiyonu yüksek anne ve babaların çocuklarında erişkin yaşlarda

hipertansiyon gelişmesi riskinin, normotansif anne ve babaların çocuklarına oranla daha yüksek olduğu yıllar önce gösterilmiştir (37).

Ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda da, ailesinde hipertansiyon öyküsü bulunan bireylerde hipertansiyon sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (43, 44).

2.7.3. Stres ve Egzersiz

Stres sempatik aktivasyon meydana getirir ve bunun sonucu olarak vazokonstriksiyon oluşur. Sempatik aktivasyonun artması hipertansiyona yatkınlık sağlar (45, 46).

Durağan yaşam tarzında hipertansiyon gelişme riski %20-50 oranında artar. Fiziksel aktivitenin artırılması ile kan basıncında -5.7/-5.7 mmHg azalma sağlanır (47).

2.7.4. Tuz ve Yağ

Epidemiyolojik, deneysel ve klinik çalışmalar sonucunda sodyum alımının artışı ile kan basıncının yükselmesi arasındaki ilişki yıllardır bilinmektedir. Sodyum alımında 100 mmol'lük bir artış sistolik basınçta 12 mmHg, diyastolik basınçta 7 mmHg artışa neden olmaktadır. Bu artışın temel nedeni, sodyumun su tutarak kan yoğunluğunu artırmasıdır (45).

Dünyanın çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda, diyetteki ortalama sodyum miktarı ile o toplumdaki hipertansiyon prevalansı arasında ilişki bulunmuştur. Genellikle sodyum tüketiminin günlük sodyum tüketimi 400 mmol olduğu Japonya'nın bazı bölgelerinde ve bu toplumda, hipertansiyon prevalansı %50 olarak bulunmuştur. 32 ülkede 10.000 kişi üzerinde yapılan intersalt çalışmasında diyetle tüketilen tuz miktarı (24 saatlik idrarda sodyum atılımı ile belirlenmiştir) ile kan basıncı arasındaki ilişki irdelenmiş ve tuz tüketimi ile hipertansiyon arasında pozitif bir korelasyon kurulmuştur. Ayrıca diyetle aşırı miktarda (>800 mmol sodyum/gün) sodyum tüketiminin, normotansif sağlıklı bireylerde kan basıncını yükselttiği, saptanmıştır.

Diğer yandan diyetle sodyum miktarı 10 mmol/günden az olan birçok hipertansif hastada, kan basıncının düştüğü saptanmıştır (39).

Hipertansiyon ve damar hastalıkları ile ilişkisi yönünden en çok suçlanan kolesterol, hayvansal dokularda bulunan bir tür lipiddir. Hücre zarının yapı taşı olan kolesterol, organizmanın bütünlüğünü sağlar ve cinsiyet hormonları dâhil pek çok hormonun sentezinde rol oynar. Beden için çok gerekli olmakla birlikte, kan düzeyi belli sınırların üzerine

çıkıldığında koroner hastalık için risk yaratır. Son yıllarda kolesterolün yanı sıra düşük yoğunluklu lipoproteinlerin de önemine işaret edilmektedir. Kolesterolü karaciğerden hücrelere taşıyan düşük yoğunluklu lipoproteinlerdir. LDL lipoprotein, HDL kolesterol ise hücrelerden kolesterolü temizleyerek karaciğere taşır ve koroner kalp hastalığından koruyucu bir faktör olarak kabul edilir. Diğer bir lipid türü olan trigliseridlerin yapısında bulunan yağ asitleriyle kan kolesterolü arasında da bir ilişki vardır. Yapısında 12-16 karbon atomu bulunan doymuş yağ asitleri, düşük yoğunluklu lipoproteinleri yükseltme bakımından en etkili olanıdır. Hayvan yağları ve margarinler doymuş yağ asidi içerirler ve kanda LDL kolesterolü yükselterek koroner kalp hastalığı ve hipertansiyon riskini artırır. Tekli doymamış yağ asidi içeren zeytinyağı ve çoklu yağ asidi içeren diğer sıvı yağlar bu olumsuz etkiyi göstermezler (48).

Risk faktörü çalışmalarına göre, total serum kolesterolünün değeri için gerçek anlamda “normal” bir değer ifade edilmemekle birlikte, %150 mg’ın üzerindeki değerlerin risk yarattığı şeklinde bulgular elde edilmektedir. İngiltere’de yapılan bir çalışmada ortalama serum kolesterol düzeyindeki %10’luk düşüşün koroner kalp hastalığı sıklığını, 1/3 oranında azalttığı saptanmıştır (49, 43).

2.7.5. Alkol ve Sigara

Aşırı alkol alımı ile hipertansiyon gelişimi arasında ilişki bulunduğu çeşitli araştırmalarda ortaya konmuştur (39, 50, 51). Hipertansiyonun günde iki kadehten fazla alkollü içki kullananlarda alkol kullanmayanlara göre 1,5 - 2 kat fazla görüldüğü, bu ilişkinin alkol miktarıyla ilgili olup, günde beş kadehten fazla alkol alanlarda daha da belirgin olduğu ifade edilmektedir. Erkeklerde hipertansiyon olgularının %10 kadarının aşırı alkol alımıyla ilgili olduğu sanılmaktadır. Alkol alımı ile ilgili öne sürülen bir diğer ilgi çekici husus da, günde bir veya iki kadehi aşmayan alkol alımının, kardiyovasküler hastalık insidansında ve koroner arter hastalığına bağlı mortalitede, aşırı alkol alımına veya hiç alkol alınmamasına göre bir düşmeye yol açmasıdır (39).

Alkolün hipertansiyona neden olduğuna ilk defa 1915 yılında Lion dikkat çekmiş ve günde 2,5 litreden çok şarap tüketen Fransız garsonlar üzerinde yaptığı bir araştırmada, kan basıncının oldukça yükselmiş olduğunu tespit etmiştir. Koiser tarama çalışmasında, diğer tüm faktörlerden bağımsız olarak günde her bir bardak alkol alımının ortalama 1 mmHg sistolik

basınç artısına neden olduğu gösterilmiş, diyastolik basınç için ise benzer fakat daha az belirgin bir ilişki bulunmuştur (37).

Sigara içiminin kan basıncında yaklaşık 15-30 dakika süreyle ve tekrarlandığı takdirde geçici olarak 5-10 mmHg kadar akut bir yükselmeye yol açtığı, sigara alışkanlığı olan normotansiflerde bu etkinin günün ilk sigarasından daha belirgin olduğu ve günün ilk sigarasından sonra sistolik kan basıncında 20 mmHg'ye kadar yükselme olabildiği bildirilmiştir. (39). Diğer yandan, sigara tiryakilerinin sağlık kuruluşlarında ölçülen kan basınçları genellikle sigara kullanmayanlara göre hafif düşük bulunmaktadır. Bu durumun muhtemelen nikotinin enerji tüketimini artırıcı etkisi sonucu tütün kullananların vücut ağırlığının daha düşük olması ve nikotinin temel metabolitlerden olan kotinin vazodilatör etkisi ile ilgili olduğu düşünülmekteyse de, sağlık kuruluşlarındaki sigara yasağı nedeniyle kan basıncı ölçümlerinin bir süre sigara kullanılmasından sonra yapıldığı da dikkate alınmalıdır (39). Sigara, hipertansiyonla birlikte bulunduğu kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır. Bu nedenle hipertansiflerde sigaranın bırakılması gereklidir (37).

2.7.6. Çay ve Kahve

Artmış kafein alımı, diğer risk faktörleri ile birlikte kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır (45). Kafein, sistolik ve diyastolik kan basıncında, birkaç saatlik 5-15 mmHg yükseklığe neden olur. Ancak ardından bu akut kan basıncı yükseltici etkiye tolerans gelişir, 12 saatlik bir sürede tolerans büyük ölçüde kaybolur. Günde 3-4 fincan kahve ile alınan kafeinin kan basıncını yükseltici etkisi hipertansif hastalarda farklılık gösterir. Bu nedenle kafeinin kan basıncını yükseltici etkisi her hastada kan basıncı ölçülerek kontrol edilmelidir. Hastada anlamlı bir kan basıncını yükseltici etki saptanırsa, kafeinsiz içecekler önerilmelidir (30).

Kan basıncı ile ilgili yapılan bir araştırmada, çay içme alışkanlığının hipertansiyon görülme sıklığını etkilemediği saptanırken, fazla kahve tüketenlerde hipertansiyon görülme sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (52). Kayseri ve Ankara'da yapılan iki ayrı çalışmada ise kahve tüketiminin hipertansiyon görülme sıklığı üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir (43, 53).

2.7.7. Sosyoekonomik Düzey ve Psikososyal Faktörler

Sosyoekonomik durum ile sağlık arasında yakın bir ilişki olduğu bilinmektedir. Ancak farklı sosyoekonomik düzeyde olanlar öğrenim düzeyi, meslek, ortalama aylık gelir, diyet, obezite, sigara, alkol gibi birçok yönden farklılık gösterirler (45).

Hipertansiyonla ilişkisi yönünden coğrafik özellikler incelendiğinde, bazen dağlık bölgelerde hipertansiyon prevalansının daha yüksek olduğu, bazen de deniz seviyesine yakın düzlüklerde yaşayanlarda hipertansiyon prevalansının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunda coğrafi etkenlerden çok, sosyoekonomik düzeyin etkili olduğu ifade edilmiştir. Etopya'da zengin ve gelişmiş dağlık bölgelerde hipertansiyon prevalansı yüksek iken, İskoçya'da ve Güney Amerika'da tam tersi olduğu bildirilmektedir (48).

ABD'de yapılan bir çalışmada, beyaz ve siyahilerde eğitim düzeyi düştükçe, hipertansiyon prevalansının kademeli olarak arttığı gösterilmiştir (54). Eğitim düzeyi düşük olan kişilerde hipertansiyonun daha fazla görülmesi, sigara, şişmanlık, beslenme alışkanlığı gibi risk faktörlerinin daha fazla bulunması, tıbbi bakım hizmetlerinin ise daha az olması ile açıklanmaktadır. Psikolojik etmenler, kişilik özellikleri ve emosyonel stres, sağlıklı yaşam tarzı niteliklerini azaltarak hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar için risk oluşturur. Emosyonel stres kan basıncında akut yükselme yapabilir.

Biyolojik geri besleme, transondantal meditasyon, psikoterapi gibi bilişsel davranışsal yaklaşımlar kan basıncında kısa süreli düşme sağlayabilirler. Ancak bu yöntemlerin uzun süreli yararlı etkileri bilinmemektedir. Stresi önleme tedavisinin hipertansiyondan korunmada etkili olmadığı gösterilmiştir. Sedatif ve trankilizanların kan basıncını azalttığını gösteren kanıt yoktur (55).

2.7.8. Diabetes Mellitus

Diabetes mellituslu hastalarda hipertansiyon prevalansı artmaktadır (56). Hiperglisemik bozuklukların ana formlarını tip I (genellikle mutlak insülin eksikliğine yol açan B hücre hasarı) ve tip II (göreceli insülin eksikliği ile ağırlıklı olarak insülin direncine yol açan tipten, ağırlıklı olarak insülin salgılama defekti ile insülin direncinin izlendiği forma kadar uzanan farklı tablolar izlenir) diyabet oluşturmaktadır. Hipertansif hastalarda sıklıkla "metabolik sendrom" adı verilen bir durum izlenmektedir. Bu sendrom kapsamında (hiperinsülineminin de eşlik ettiği) insülin direnci, santral obezite ve karakteristik dislipidemi

(plazma trigliseridlerinde artış ve yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterolde azalma) yer almaktadır.

Hipertansiyon ve (Tip I ya da Tip II) diabetes mellitusun bir arada bulunması, kardiyovasküler risk artışının bir göstergesi olan ve renal hasarı da kapsayan makrovasküler komplikasyon riskini belirgin şekilde arttırmaktadır. Hipertansiyonun, diyabetik retinopati gelişimini hızlandırdığını gösteren kanıtlar da bulunmaktadır (18).

Yaş, obezite ve diyabetin süresi hipertansiyon prevalansını etkiler. Tip I diyabetin ortaya çıkışından 15 yıl sonra hastaların %20'sinde diyastolik kan basıncının 100 mmHg'nin üstünde olduğu bildirilmiştir. Tip II diyabetlilerde ise hastalığın süresinden bağımsız olarak %50 oranında hipertansiyon vardır. Bu birliktelik hedef organ hasarı riskini de artırır. Diyabetik komplikasyonların %35-70'inden hipertansiyonun sorumlu olduğu ileri sürülmektedir (18).

2.8. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Görevleri

Hipertansiyon; yaşam boyunca sürebilen, tıbbi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi edilebilen kronik bir hastalıktır (57). Hipertansiyon hastalarının günlük yaşam aktiviteleri genellikle zamanla etkilenmekte ve bu durum hastaların günlük yaşam aktivitelerinde sınırlamalara neden olmaktadır. Üstelik hipertansiyon hastası bir birey kronik bir hastalığa sahip olma psikolojisi yaşamakta ve yaşam tarzında değişiklikler yapmakta zorlanmaktadır (58). Hipertansiyon tedavisinde de antihipertansif ilaç tedavisi ve yaşam tarzı değişiklikleri bireyin yaşam süresini uzatmakla birlikte, yaşamında bazı değişikliklere de yol açar (59). Tüm bu değişiklikler nedeniyle de, bireyin ve ailesinin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (60).

İnsanların sağlıklarında herhangi bir sapma olduğunda, yaşamdan aldıkları doyum azalabilir. Bu noktada hemşirenin rolü ve amacı; bireye kendi bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak; en kısa zamanda bireyin kendi bakımını üstlenmesini, gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamak ve tüm bu süreçlerde yaşam doyumunu en üst düzeye çıkartmaktır (61, 62). Hipertansiyon hastasının bakımında hemşirenin amacı, yan etkisiz ve az maliyetle kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutma üzerine odaklanmalıdır. Bu amaca ulaşmak için hemşire, hastanın ilaçları önerildiği gibi kullanması, önerilen yaşam tarzı değişikliklerini gerçekleştirmesi ve hastalığın sürecini izleme, ilaçların ya da hastalığın

istenmeyen durumlarının değerlendirilmesi için düzenli sağlık kontrollerine gelmesi konusunda hasta ve ailesini desteklemeli ve gerekli eğitimi vermelidir (63).

Yapılan bir çalışmada hemşireler tarafından hipertansif bireylere verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilaca uyumu artırmaya yönelik eğitim sonrasında bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu yönde değişikliklerin olduğu ve hastaların tamamının ilaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullandıkları bildirilmiştir (64). Ayrıca birçok çalışmada hemşire eğitimciler tarafından yapılan girişimlerden sonra tedaviye uyumun arttığı ve hipertansif bireylerin kan basınçlarında önemli düşüşlerin olduğu bildirilmiştir (65, 66).

Hipertansiyon ömür boyu devam eden, tıbbi ve yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi edilen kronik bir hastalıktır (57). Hipertansiyon hastası hastalığının kronik ve ciddi sonuçlarından dolayı yüksek kan basıncını etkili bir şekilde düzenleyebilmesi için açık, pratik ve gerçekçi bir rehberliğe ihtiyaç duyar.

Rehberlik, hastanın hastalık hakkındaki bilgisini ve hastalıkla baş edebilmesini içermelidir (25). Hasta eğitim programları hemşire danışmanlar tarafından yapılırsa hastaların tedaviye katılmaları ve devam etmeleri kolaylaşır ve hedeflenen kan basıncına ulaşılabilir (67).

Hemşire hastanın hastalık ve reçete edilmiş tedavi yönetimi hakkında bilgisini değerlendirip, reçete edilmiş tedavisi ve hipertansiyon hakkında soru sorması için cesaretlendirip, hastalık için önemli olan aile ve diğer önemli bilgileri hastaya açıklayıp, kendi kendine kan basıncını ölçmesini öğretip, evde izlem için uygun tansiyon aleti önerebilir.

Hemşire hipertansiyonu tanımlayıp, sistolik ve diyastolik kan basıncı arasındaki farkları, hipertansiyonun sebeplerini, risk faktörlerini açıklamalıdır ve aile öyküsü, kilolu olma, doymuş yağ ve kolesterol oranı yüksek diyet, sigara ve alkol kullanma ve stres ile hipertansiyon ilişkisini anlatmalıdır. Hipertansiyonun doğası ve hedef organ üzerine etkileri konusunda (böbrekler üzerine olan etkisi, görsel zayıflama, kalp hastalığı, felçler vb.) aynı zamanda da; kahve, çay, kola ve çikolatadan sakınma, diüretik, betablokerler, vazodilatörler, kalsiyum kanal blokerleri ve anjiyotensin converting enzim (ACE) inhibitörleri kullanma konusunda bilgi vermelidir (57). İlaçların alınmasının önemi ve olası yan etkileri hakkında da gerekli açıklamalar yapılmalıdır (68).

Bakım için hastanın bütüncül bir öyküsü alınarak, hipertansiyonu kontrol ve önlemeye odaklı hemşirelik süreci yönetilmektedir. Hastanın rutin kan basıncı değerlendirilmesi yapıp, hemşirelik gözlem çizelgesine kaydedilerek izlenir. Bunun yanında tedavi etkinliği ile kan

basıncı değişimleri takip ederek hastayı olası hipertansiyon risklerine karşı korumalı ve hastaya sağlık eğitimi vermelidir (69).

2.9. Korunma

Hipertansiyon tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de erişkin nüfusunun %20'si gibi önemli bir bölümünü etkileyen yaygın ve önemli bir sağlık sorunudur (56). Ülkemizde bölgesel araştırmaların sonucunda 40 yaş üstü nüfusta hipertansiyon prevalansının %20-40 olduğu görülmüştür (70, 52). Kardiyovasküler hastalıklar, tüm dünyada ölüm nedenleri arasında giderek ilk sıralarda yer almakta, ülkemizde de tüm ölümlerin yaklaşık %50'sinden, hipertansiyonunun büyük ölçüde etkilediği serebrovasküler hastalık ve kalp hastalığı sorumlu tutulmaktadır (71).

Hipertansiyon vakalarının %95'i esansiyeldir. Yaş ve cinsiyet ile yakından ilişkilidir. Genellikle kadınlarda erkeklerden daha yüksek oranda bulunmaktadır. Bunlara ilaveten ırk, kalıtsal faktörler, obezite, beslenme biçimi, alkol, psikososyal faktörler, hareketsizlik gibi faktörlerin hastalıkla ilişkili olduğu bilinmektedir. Görüldüğü gibi bu faktörlerin çoğu korunma ile ortadan kalkabilmektedir. Primer korunma, risk faktörlerinin uzaklaştırılması iken sekonder korunma henüz semptomsuz hastalığın teşhis edilmesi ve uygun tedavinin verilerek komplikasyon gelişmesinin önlemesidir. Tersiyer korunma, gelişen komplikasyonların tedavisi ve rehabilitasyonudur (71).

2.9.1. Primer Korunma

Primer korunma hipertansiyona etkili faktörlerden önlenebilir nitelikte olanlara yöneliktir. Özellikle, beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi, tuz alımının azaltılması, obezitenin giderilmesi, egzersiz alışkanlığının sağlanması gibi etiyolojideki faktörlerle ilişkili bilgilendirme ve uygun alışkanlıkların kazandırılması gerekmektedir (37).

2.9.2. Sekonder Korunma

Hipertansiyonun erken dönemde nadiren belirti vermesi ve genellikle belirtisiz olması, hipertansiyon tespitinde tarama programlarının ve araştırmaların önemini artırmaktadır (37). Tarama programları hipertansiyona toplumun dikkatini çekmek açısından yararlıdır. Herhangi bir sağlık taramasının kan basıncı ölçümünü de içermesi veya sağlık kuruluşuna başvuran hastalarda kan basıncı ölçülmesi yararlı sonuçlar verir (37).

2.9.3. Tersiyer Korunma

Hipertansiyonun tersiyer korunmasında tedavi ve takip önemli yer tutar. Kan basıncı düşürülünceye ve antihipertansif ilaçların yan etkilerinin olmadığına karar verilinceye kadar hastalar yakın takibe alınmalıdır. Bu takip sırasında kan basıncının yanı sıra diğer risk faktörleri de kontrol edilmelidir. Ayrıca hastaların yaşam kapasiteleri, psikolojik durumları ve aktiviteleri de takip edilmelidir. Kan basıncının istikrarından sonra hastalar 3-6 aylık aralarda kontrollere çağırılmalı ve hastalığının önemi anlatılarak sorumluluğa ortak olmaları sağlanmalıdır (45).

2.10. Hipertansiyon Kontrolündeki Engeller

Hipertansiyon kontrolünde engeller; hasta, hizmet sağlayıcısı ve tıbbi çevre kaynaklı olmaktadır. Engellerin aşılması hususunda bu üç durum arasındaki denge önemlidir. Hastaya dair engelleri kaldırmak için tedaviye uyum ve bakıma erişim kolaylaştırılmalıdır.

Hizmeti sağlayanlar hastalarıyla etkileşim içerisinde olarak hasta odaklı hizmet sunması gerekir. Hizmette bu hususlara dikkat edildiği takdirde, hastanın tedavi rejimine uyumunu da artırmaktadır. Ayrıca hizmet sağlayıcıların hastalarına yeterli danışmanlık ve eğitim sağlamaları için zaman ile kaynaklarının yeterli olması gerekir (72).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma; Şanlıurfa ilindeki hipertansiyon tanısı almış olan hastaların profilinin belirlenmesi amacıyla, tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa merkez ilçelerinde bulunan 3 hastanede yer alan dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerinden, son 1 yıl içinde (7 Temmuz 2014 - 7 Temmuz 2015 tarihleri arasında) hipertansiyon tanısı almış hastalar oluşturmuştur.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Yapılan son araştırmaya göre; son 1 yıl içerisinde Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 3547 hasta, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 21700 hasta, Balıklıgöl Devlet Hastanesi'nde 18932 hasta ve toplamda da 44179 hasta, hipertansiyon tanısı almış olarak kayda geçmiştir.

Araştırmanın örneklem büyüklüğü ise, evreni bilinen örneklem formülüne göre, $\alpha= 0,01$, $p= 0,03$, $q= 0,07$ bulunmuş ve örneklem büyüklüğü 320 çıkmıştır.

Bu verilere göre örneklem, Şanlıurfa merkeze genellenebilmesi için tabakalı örneklem yöntemi kullanılmış olup, her hastaneden hipertansiyon tanısı almış hastalara ulaşılmıştır. Buna göre Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nden 26 hastaya, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden 158 hastaya, Balıklıgöl Devlet Hastanesi'nden 136 hastaya ve toplamda da 320 hastaya ulaşılmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklem Kriterleri:

- Son bir yılda Hipertansiyon tanısı almış olmak,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak ve
- İletişim problemi yaşamıyor ve kendini ifade edebiliyor olmaktır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri; araştırmacı tarafından literatür ışığında ve uzman görüşü alınarak hazırlanmış olup, “**Hasta Bilgi Toplama Formu**” kullanılarak toplanmıştır. ‘Hasta Bilgi Toplama Formu’ 40 sorudan oluşmaktadır. Bu form ile hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu gibi demografik bilgilerin yanı sıra, ne kadar süredir hipertansiyon hastası olduğu, günlük kaç adet antihipertansif ilaç kullandığı, sigara, alkol, tuz, yağ, çay veya kahve kullanıp kullanmadığı ve fiziksel herhangi bir aktivite yapıp yapmadığına ilişkin veriler toplanmıştır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmaya başlamadan önce araştırmacı gerek polikliniklerde, gerekse kliniklerde sorumlu kişilerle görüşmüş ve araştırmanın planlaması yapılmıştır. Bu planlamaya göre araştırmacı hafta içi belirli saatler (genellikle poliklinik saatleri olan 9-16 saatleri) arasında poliklinik ve/veya servislerde bulunarak, örneklem kistaslarına uygun hastaları tespit etmiştir.

Uygulama yapılacak her hastaya araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar ve araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmaya katılma onamı alınmıştır. Sonra araştırmacı, hastayı klinikte kendi odasında, poliklinikte ise uygun bir odaya alarak yüz yüze görüşme yöntemiyle verileri toplamıştır. Görüşme süresi en az 8 dakika, en fazla 20 dakika sürmüştür. Görüşmeden sonra hastanın tansiyonu ölçülmüştür.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın etik kurallar uygunluğu açısından yapılabilmesi için; Harran Üniversitesi Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Şanlıurfa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’nden, Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Balıklıgöl Devlet Hastaneleri’nin dahiliye ve kardiyoloji poliklinik ve klinik ekiplerinden ve çalışmaya katılacak olan bireylerden gerekli onam ve izinler alınmıştır. Verileri toplama sırasından önce, hastane idaresine ve dahiliye ve kardiyoloji poliklinik ve klinik servis ekiplerine araştırmanın yapılaş amacı, konusu, süresi ve uygulanacak işlemler ile ilgili açıklama yapılmış, veri toplama aracı incelenmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın evren ve örneklemi, hastanelerin istatistik kayıtları dikkate alınarak belirlenmiştir. Hastaneye başvuran hastaların tanı bilgileri, müracaat esnasında girilen hastalık kodlarıyla kaydedilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen hastaların tamamı hipertansiyon tanısı almış kişilerdir. Araştırmaya yalnızca Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Balıklıgöl Devlet Hastanesi'ne başvuran hastalar ile yapıldığından, veriler buralarla sınırlıdır. Ayrıca araştırmadaki veriler, anket formu ile toplandığından sonuçların doğruluğu hastaların anket sorularına verdikleri yanıtlar ile sınırlıdır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 16.0 paket programında tanımlayıcı istatistik, analiz için Ki-Kare, Mann Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testleri kullanılmıştır. Bütün analizlerde %95 güven aralığı kullanılmış olup, $p < 0.05$ değerleri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmadaki hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 2’de belirtilmiştir. Araştırmaya katılan hipertansiyon tanısı almış bireylerin %51,9’unun (166) erkek, %49,4’ünün (158) 60-74 yaşları arasında, %45,9’unun ise okuryazar olmadığı tespit edilmiştir. 320 bireyin %93,1’i evli, %41,6’sının (133) beden kitle indeksi (BKİ), 25-29,99 (toplu-hafif şişman) arasında olduğu saptanmıştır. Hastaların %97,2’sinin (311) herhangi bir sosyal güvencesi bulunmaktadır.

Tablo 2. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri

DEĞİŞKENLER		Sayı	Yüzdelerik	
N: 320				
Yaşı	45'ten küçük	32	10	
	45 - 59 arası	89	27,8	
	Ortalama	60 - 74 arası	158	49,4
	61.48±2.19	75 ve üzeri	41	12,8
Cinsiyeti	Kadın	154	48,1	
	Erkek	166	51,9	
Beden Kitle İndeksi	0 – 24.99 (normal)	122	38,1	
	25 – 29.99 (toplu-hafif şişman)	133	41,6	
	30 ve üstü (obez)	65	20,3	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	147	45,9	
	Okuryazar	78	24,4	
	İlköğretim mezunu ve üzeri	95	29,7	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	208	65	
	Çalışıyor	112	35	
Aylık Geliri	Geliri yok	120	37,5	
	1 - 1300 TL	121	37,8	
	1300 TL üzeri	79	24,7	

Tablo 3. Hastaların Hipertansiyon Hastalığı İle İlgili Durumları

DEĞİŞKENLER		Sayı	Yüzdelik
N: 320			
Hipertansiyon dışında başka hastalık varlığı *	Hayır	82	25,6
	Evet	238	74,4
Ailenizde hipertansiyon varlığı *	Hayır	112	35
	Evet	208	65
Hipertansiyon tanısı aldığı yer	Ev	14	4,4
	Aile hekimliği	64	20
	Devlet hast.	198	61,9
	Üniversite hast.	26	8,1
	Özel hast.	18	5,6
Hipertansiyon tanısı aldığı yaş	21 - 36 yaş	26	8,1
	37 - 45 yaş	38	11,9
	46 - 59 yaş	134	41,9
	60 yaş ve üzeri	122	38,1
Hipertansiyon süresi	1 - 6 yıl	191	59,7
	7 yıl ve üzeri	129	40,3
Tansiyonunuzu düzenli ölçme durumu	Hayır	128	40
	Evet	192	60
Evde tansiyon aleti varlığı	Hayır	120	37,5
	Evet	200	62,5
Hipertansiyon hakkında bilgi durumu	Hayır	27	8,4
	Evet	293	91,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3'te hastaların hipertansiyon öyküleri belirtilmiştir. Hastaların %74,4'ünün (238) hipertansiyon tanısı dışında, başka hastalıkları da vardır. Bu hastalıkların %24,7'sini kalp hastalıkları, %13,8'ini diyabet, %9,1'ini astım, %5,6'sını akciğer hastalıkları oluşturmaktadır. Bu hastaların %65'inin (208) ailesinde de (%8,4 anne, %7,8 baba, %8,4 kardeş, %7,2 eş, %4,4 çocuk) hipertansiyon tanısı bulunmaktadır. Hastaların çoğu (%61,9) tansiyonunun yüksek olduğunu ilk devlet hastanelerinde öğrenirken, %91,6'sına (293) hastalıkları hakkında bilgi verilmiştir. En fazla bilgi veren bireylerin, doktorlar (%40,9) olduğu söylenmiştir. Hastalar tansiyonlarını ölçme nedeni olarak ilk sıralara; baş ağrısı (%23,1), tesadüfi ölçüm (%21,9), çarpıntı (%9,4) ve nefes darlığını (%7,2) koymuşlardır.

Hastalıklarını genelde (%41,9) 46-59 yaşları arasında öğrenen hastalar, çoğunlukla (%59,7) 1-6 yıldır bu hastalıkla yaşamaktadırlar. Hastaların %62,5'inin (200) evinde tansiyon aleti bulunurken, %60'ı tansiyonunu düzenli ölçtürmektedir. Tansiyonunu düzenli ölçtüremeyenler; ölçtürmeyi unuttuklarını (%12,8), kendilerini iyi hissettiklerini (%9,1), hastalığının çok ciddi olmadığını (%6,9) belirtmişlerdir.



Tablo 4. Hastaların Hipertansiyon Hastalığı İle İlgili Beslenme ve Aktivite Durumu

DEĞİŞKENLER		Sayı	Yüzdeler
N: 320			
Yemeklere başlamadan önce, yemeklere tuz atma durumu	Hayır	109	34,1
	Evet	211	65,9
Yemeklerinizdeki tuz miktarı	Tuzsuz	45	14,1
	Az tuzlu	120	37,5
	Normal	133	41,6
	Çok tuzlu	22	6,9
Yemeklerinizdeki yağ miktarı	Yağsız	21	6,6
	Az yağlı	117	36,6
	Normal	155	48,4
	Çok yağlı	27	8,4
Yemek yeme hızı	Yavaş (1 saat)	37	11,6
	Orta (30 dk.)	194	60,6
	Hızlı (10 dk.)	89	27,8
Günde en az bir porsiyon taze meyve, sebze ve lifli gıdaları alma durumu	Hayır	69	21,6
	Evet	251	78,4
Yemek öğün sayısı (gün)	1-2	70	21,9
	3	220	68,8
	4 ve üzeri	30	9,4
Ara öğününüz olma durumu	Hayır	150	46,9
	Evet	170	53,1
Tansiyon hastalığı için geleneksel yöntem kullanma durumu	Hayır	109	34,1
	Limon	44	13,8
	Bitkisel karışımlar	8	2,5
	Maydanoz	4	1,2
	Sarımsak	43	13,4
	Dinlenme	23	7,2
Fiziksel aktivite yapma durumu (haftada ... defa, en az 20 dk.)	Diğer	89	27,8
	Yapmıyorum	192	60
	1 defa	37	11,6
	2 defa	36	11,2
	3 defa	27	8,4
Sigara içme durumu	4 ve üzeri	28	8,8
	Hiç içmedim	129	40,3
	Bıraktım	93	29,1
Alkol kullanma durumu	Evet, içiyorum	98	30,6
	Hiç kullanmadım	299	93,4
	Bıraktım	15	4,7
Kahve içme durumu	Evet, kullanıyorum	6	1,9
	İçmiyor	200	62,5
	İçiyor	120	37,5

Tablo 4’te hastaların beslenme ve aktivite durumlarına bağlı sağlık durumları ifade edilmiştir. Araştırmaya katılan hastaların %65,9’unun yemeklere başlamadan önce, yemeklere tuz attıklarını belirtmişlerdir. 320 hipertansiyon hastasının yemeklerindeki tuz miktarı genellikle normal (%41,6), yağ miktarı da benzer şekilde normaldir (%48,4). Hastaların %49,7’si yağ çeşidi olarak, ayçiçek yağını tercih etmişlerdir. Yemek yeme hızları genellikle orta (30 dk.) hızda (%60,6) olan bu hastaların çoğunun herhangi bir fiziksel aktivite yapmadığı (%60) saptanmıştır. Hastaların büyük bir çoğunluğu (%78,4) günde en az bir porsiyon taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir şekilde tüketirken, %68,8’i günde 3 öğün de yemek yerken, %53,1’i ara öğünde de yiyecek tüketmektedirler. Hastalar genelde etli yemekler (%9,7) ve sebze yemekleri (%6,6) tercih etmektedirler. Hastalar tansiyonlarını doğal yollarla dengelemek için daha çok, doğadaki limondan (%13,8) ve sarımsaktan (%13,4) yararlanmaktadırlar. Araştırmaya katılan 320 hastanın bazı alışkanlıkları incelendiğinde, 129’unun (%40,3) sigarayı hiç kullanmadığı, alkol kullanım oranının ise sadece %1,9 olduğu tespit edilmiştir. Bu hastaların %37,5’i kahve tüketirken (%17,2 Türk kahvesi, %10,3 hazır sütlü kahve), %94,7’si çay (%92,5 kaçak çay) içmektedir. Ayrıca hastaların %94,7’sinin de her gün çay içtiği saptanmıştır.

Tablo 5. Hastaların Kan Basıncı Değerleri ve İlaç Kullanma Durumları

DEĞİŞKENLER		Sayı	Yüzdeler
N: 320			
Sistolik Kan Basıncı Değeri	139 mm ve altı	73	22,8
	140 - 159 mm	101	31,6
	160 - 179 mm	113	35,3
	180 mm ve üzeri	33	10,3
Ortalama			
153.42±24.15			
Diyastolik Kan Basıncı Değeri	89 mm ve altı	108	33,8
	90 - 99 mm	75	23,4
	100 - 109 mm	43	13,4
	110 mm ve üzeri	94	29,4
Ortalama			
96.12±19.37			
Kullanılan İlaçlar	Norvasc	48	15
	Beloc Zok	24	7,5
	Fludex SR	17	5,3
	Hipersar	17	5,3
	Arlec	11	3,4
	Diltizem	10	3,1
	Diğer	54	16,9
	Kullanma Süresi		
0 - 6 ay	22	6,9	
7 - 11 ay	6	1,9	
1 - yıl	42	13,1	
2 yıl ve üzeri	100	31,2	
Yanıtız	170	46,9	
Dozu	Günde 1 defa	130	40,6
	Günde 2 defa	41	12,8
	Günde 3 defa	5	1,6
	Yanıtız	144	45
İlaç Hakkında Bilgi Durumu	Hayır	8	2,5
	Kısmen	4	1,2
	Evet	163	50,9
	Yanıtız	145	45,3

Tablo 5'te hastaların kan basıncı değerleri ve ilaç kullanma durumları değerlendirilmiştir. Hastaların %35,3'ünün sistolik kan basıncı değerleri 160 - 179 mm arasında iken, diyastolik kan basıncı değerleri ise, daha çok 89 mm ve altında (%33,8) ve 110

mm ve üzerindedir (%29,4). Araştırmaya katılan 320 hastanın ilaç kullanma ve bilgi durumları incelendiğinde ise, kullanılan ilaçların genellikle Norvasc (%15) ve Beloc Zok (%7,5) olduğu saptanmıştır. Hastaların ilaçları kullanma süreleri genellikle 2 yıldan fazladır (%31,2). Bu hastalar günde en az 1 defa (%40,6) ilaç kullanırken, araştırmaya katılan hastaların çoğunun (%50,9) kullandıkları ilaç(lar) hakkında bilgileri mevcuttur.

Tablo 6. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hipertansiyon Hastalığı Hakkında Bilgi Durumları

Hasta Değişkenleri	Hipertansiyon Hakkında Bilgi Durumu		p	
	Evet % N	Hayır % N		
Yaşı	45'ten az	30 % 10,2	2 % 7,4	0.396
	45 - 59 arası	78 % 26,6	11 % 40,7	
	60 - 74 arası	148 % 50,5	10 % 37	
	75 ve üzeri	37 % 12,6	4 % 14,8	
Cinsiyeti	Kadın	141 % 48,1	13 % 48,1	0.998
	Erkek	152 % 51,9	14 % 51,9	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	131 % 44,7	16 % 59,3	0.930
	Okuryazar	76 % 25,9	2 % 7,4	
	İlköğretim mezunu ve üzeri	147 % 45,9	78 % 24,4	

Tablo 6. (Devamı) Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hipertansiyon Hastalığı Hakkında Bilgi Durumları

Hasta Değişkenleri	Hipertansiyon Hakkında Bilgi Durumu		p	
	Evet % N %	Hayır % N		
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	191 % 65,2	17 % 63,0	0.817
	Çalışıyor	102 % 34,8	10 % 37,0	
Gelir Durumu	Geliri yok	103 % 35,2	17 % 63,0	0.005
	1 - 1300 TL	112 % 38,2	9 % 33,3	
	1300 TL üzeri	78 % 26,6	1 % 3,7	

Tablo 6’da hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre hipertansiyon hastalığı hakkında bilgi durumları ele alınmıştır.

Hipertansiyon hakkında bilgisi olan hastaların %10,2’sinin 45 yaşında ve daha küçük, %26,6’sının 45-59, %50,5’inin 60-74 yaş aralığında ve %12,6’sının ise 75 yaş ve daha üstünde yaşa sahip olduğu saptanmıştır. Yaş ile bilgi durumu arasındaki istatistiksel fark anlamsız çıkmıştır ($p > 0.05$).

Hipertansiyon hakkında bilgi durumu ile cinsiyet arasındaki farka bakıldığında; kadınların % 48,1’inin hipertansiyon hakkında bilgisi varken, bu oran erkeklerde %51,9’dur. Cinsiyet ile bilgi durumu arasında istatistiksel fark anlamsız çıkmıştır ($p > 0.05$).

Bilgi ile eğitim durumları ele alındığında, hastalık hakkında bilgisi olan fakat okuryazar olmayan kısım %44,7 iken, bu oran ilköğretim mezunu ve üzeri kısımda %45,9’dur. Eğitim durumu ile bilgi durumu arasındaki istatistiksel farka bakıldığında anlamsız çıkmıştır ($p > 0.05$).

Çalışmayan kesimin %65,2’sinin hipertansiyon hastalığı hakkında bilgisi mevcutken, bu oran çalışan kesimde %34,8’dir ($p > 0.05$).

Hipertansiyon hakkında bilgi durumu ile gelir durumu arasındaki ilişki analiz edildiğinde istatistiksel olarak fark anlamsız çıkmıştır ($p > 0.05$), geliri olmayanlarda hastalık hakkında bilgi sahibi olanların oranı %35,2, gelir durumu 1-1300 TL arasında olanların bilgi sahibi olma oranı %38,2 ve 1300 TL ve üzeri aylık geliri olanlarda bu oran %26,6'dır.

Tablo 7. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Kan Basıncı Değerleri

Hasta Değişkenleri	Kan Basıncı Değerleri				
	Sistolik Ortanca	P	Diyastolik Ortanca	P	
Cinsiyeti	Kadın	157.77	0.554	154.19	0.220
	Erkek	163.04		166.36	
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	148.35	0.001	148.59	0.001
	Çalışıyor	183.07		182.61	
Yaşı	45'ten küçük	199.94	0.009	208.66	0.007
	45 - 59 arası	167.61		158.20	
	60 - 74 arası	155.75		157.68	
	75 ve üzeri	132.59		138.78	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	139.28	0.000	141.74	0.000
	Okuryazar	166.27		162.17	
	İlköğretim mezunu ve üzeri	188.60		188.15	
Gelir Durumu	Geliri yok	157.74	0.001	161.02	0.001
	1 - 1300 TL	126.02		120.47	
	1300 TL üzeri	217.51		221.02	

Tablo 7'de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre kan basıncı değerleri karşılaştırılmıştır. Kadınlarda sistolik kan basıncı ortancası 157,77 iken, erkeklerde 163,04'tür. Yine kadınlarda diyastolik kan basıncı ortancası 154,19 iken, erkeklerde 166,36'dır ve cinsiyetler arasındaki fark hem sistolikte hem de diyastolikte istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0.05$).

Çalışma durumu ile kan basıncı arasındaki ilişkiye bakıldığında çalışmayanlarda sistolik kan basıncı ortancası 148,35 iken, çalışanlarda ortanca 183,07'dir ve aralarındaki fark anlamlıdır ($p<0.05$). Çalışmayanlarda diyastolik kan basıncı ortancası 148,59 iken çalışanlarda ortanca 182,61'dir. Çalışma durumu ile diyastolik kan basıncı arasındaki fark istatistiki olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Hastaların yaşları ile kan basıncı değerleri karşılaştırıldığında; 45 yaşından küçüklerde sistolik kan basıncı ortancası 199,94 iken, 45-59 arası, 60-74 arası ve 75 ve üzeri olanlarda sırasıyla; 167,61, 155,75 ve 132,59'dur. Bu durum istatistiki olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). 45 yaşında küçüklerde diyastolik kan basıncı ortancası 208,66 iken; 45-59 arası, 60-74 arası ve 75 ve üzeri olanlarda sırasıyla 158,20, 157,68 ve 138,78'dir. Bu fark da istatistiki olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Okuryazar olmayanlarda sistolik kan basıncı ortancası 139,28 iken, okuryazarlarda 166,27, ilköğretim mezunu ve üzerinde ise 188,60'dır. En yüksek oran ilköğretim mezunu ve üzerine ait iken aralarındaki fark istatistiki olarak da anlamlıdır ($p<0.05$). Diyastolik kan basıncı değerleri ile eğitim durumu karşılaştırıldığında da aynı durum söz konusudur. Okuryazar olmayanlarda diyastolik kan basıncı ortancası 141,74, okuryazarlarda 162,17, ilköğretim mezunu ve üzeri olanlarda 188,15'dir ve aralarındaki fark istatistiki olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Geliri olmayanlarda sistolik kan basıncı ortancası 157,74 iken bu durum geliri 1-1300 TL arasında olanlarda 126,02 ve 1300 TL üzeri olanlarda 217,51'dir. Aralarındaki fark istatistiki olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Diyastolik kan basıncı değerleri karşılaştırıldığında, en yüksek ortanca 221,02 ile 1300 TL ve üzeri geliri olanlara aittir. Bu durum geliri olmayanlarda 161,02 ve 1-1300 TL arası geliri olanlarda 120,47'dir. Gelir durumu ile kan basıncı değerleri arasındaki fark istatistiki olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Ülkemizde hipertansiyon sıklığını araştıran çalışmalar bölgesel veya daha geniş çapta olmak üzere 1960'lı yıllardan bu yana yapılmaktadır. Ancak bu çalışmalar istenen ve beklenen düzeyde değildir. Özellikle bu çalışma Şanlıurfa'da hipertansiyonun sıklığı, dağılımı, farkındalığı, tedavi ve kontrol oranları konusunda en güncel ve kapsamlı bilgilere erişmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmada hipertansiyon tanısı almış erkek hastalar (%51,9, Tablo 2) kadın hastalara göre daha fazladır. Literatürde ise bu sonuca ters olarak hipertansiyonun görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha fazla olduğunu göstermektedir (73). Bu sonuç toplumsal cinsiyet faktörlerini düşündürmektedir. Çünkü Şanlıurfa bölgesinde erkeklerin kadınlara göre daha çok hastaneye başvurdukları, kadınların evden çıkmalarının daha zor oldukları ve kendisi ile ilgili problemleri geri plana atmaları yüzünden hipertansiyon olsa da tanı ve tedavi için kayıt altına alınmadıkları düşünülebilir.

Arıcı ve arkadaşlarının 2000 yılında yaptıkları 'Türk Hipertansiyon Prevalans' çalışmasında tüm grubun ortalama sistolik kan basıncı değeri 127.9±21.1 mmHg çıkmıştır. Cihan'ın 2015 yılında Bitlis il merkezinde yaptığı çalışmada ortalama sistolik kan basıncı 126.29±17.86 mmHg, Özlem'in 2006 yılında Niğde'de yaptığı çalışmada ortalama sistolik kan basıncı 131.51±0.76 mmHg, Murat'ın 2008 yılında Afyonkarahisar ilinde yaptığı çalışmada ise ortalama kan basıncı değeri 136.4±12.0 mmHg çıkmıştır (74-76). Oysa bu çalışmada hastaların ortalama sistolik kan basıncı değerinin yüksek (153.42±24,15 mmHg) çıkması (Tablo 5) önemli bir sonuç olduğu ve hemen müdahale edilmesi gereken bir durum olduğu söylenebilir. Çünkü kan basıncı değeri yükseldikçe kişinin tedavisinin daha zor ve komplikasyonları fazla olacaktır. Bu durum kişinin bütün yaşam kalitesini olumsuz etkileyecektir. Sistolik kan basıncı ortalama değeri Arıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadınlarda daha yüksek bulunmuştur (erkeklerde 126.2±17.4 mmHg, kadınlarda 129.8±24.2 mmHg). Bu çalışmada ise erkeklerde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7, p>0,05). Bu durum erkeklerin kadınlara göre daha fazla stres yaşadıklarını düşündürebilir. Çalışma durumuna göre hastaların sistolik kan basıncı değerlerine bakıldığında; çalışanlarda çalışmayanlara göre sistolik kan basıncı değerinin (çalışmayanlarda 148.35 mmHg, çalışanlarda 183.07 mmHg,

Tablo 7) daha yüksek sonuç çıkması çalışanların daha fazla stres yaşadığını destekleyebilir ($p<0.05$).

Bu çalışmadan çıkan ve dikkate değer bir başka sonuç ise, yaş arttıkça sistolik ve diyastolik kan basıncı ortancalarının düşmesidir. Oysa literatüre göre yaş arttıkça kan basıncı değerlerinde artış eğilimi vardır. Özlem'in 2006 yılında Niğde'de yaptığı çalışmada ortalama sistolik kan basıncı artış göstermektedir (75). Yine Nagahan'ın 2009 yılında Konya ilinde yaptığı çalışmada ortalama sistolik kan basıncı yaş arttıkça artmıştır (77). Bu sonuçlara göre, hipertansiyona yönelik hizmetler acilen ele alınmalı ve hemşireler özellikle yetişkin grubunu öncelik kabul edip, bütün risk faktörlerine yönelik hizmetleri ele almalıdır.

Fiziksel aktivite yapma durumları sorgulandığında hastaların %60'ı fiziksel aktivite yapmadığını ifade etmiştir (Tablo 4). Benzer çalışmalar incelendiğinde yeterli fiziksel aktivitede bulunmamanın kan basıncı kontrolünü istenen seviyelerde tutulamadığının göstergesidir (78). Hipertansiyon tanısı alan bireylerin fiziksel aktivitelerde bulunma yönünden desteklenmesi gerekmektedir (79). Fiziksel aktivite sıklığının artması kan basıncının düşmesine yardımcı olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Kan basıncının kontrol altında tutulabilmesi için fiziksel aktivite sıklığının artırılması gerektiği de yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır.

Sigara içme durumuna bakıldığında araştırmaya alınan hastaların %59,7'si sigarayı önceden kullanmış ya da halen kullanmaktadır (Tablo 4). Sigara kullananlarda hipertansiyon görülme sıklığının daha yüksek olduğu yapılan bazı çalışmalar ile tespit edilmiştir (52). Hastalarımızda; hipertansiyon hastası olmalarına rağmen sigara içme oranının yüksek olması sigaranın tek başına tansiyon etkeni olmamasından kaynaklanabilir. Toplum olarak da sigara içme oranımızın yüksek olması hastaların bu konuyu göz ardı etmelerine neden olabilir. Yapılan bazı araştırmalarda sigara kullanmayan bireylerin tedaviye uyum puan ortalamalarının sigara kullananlardan daha yüksek olduğunu göstermiştir Nitekim yapılan araştırmalar sigara içmeyen bireylerin tedaviye uyum düzeylerinin içenlerden daha yüksek olduğunu bildirmiştir (81, 82).

Çalışmamıza katılan hastaların %6,6'sı çok tuzlu, %8,4'ü çok yağlı ve %37,5'i kahve içmektedir (Tablo 4). Yapılan araştırmalarda esansiyel hipertansiyonun nedenleri birçok etkene bağlıdır. Bu etkenler; yaş, aşırı tuz kullanımı, düşük potasyum alımı, sedanter yaşam, sigara, alkol ve kafein kullanımı, obezite, ateroskleroz, stres, genetik yatkınlık olarak sıralanabilir (23, 24). Yapılan araştırmalar beslenme alışkanlıklarını düzenlemenin, fiziksel

egzersiz yapmanın, sigarayı bırakmanın ve alkol tüketimini sınırlandırmanın yaşam kalitesini arttırdığını bildirmiştir. Bu faktörlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisinin kan basıncının düşmesiyle ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (83, 84).

Çalışmaya katılan hastalarda erkeklerin %51,9'u, kadınların %48,1'i hipertansiyon hakkında bilgisi olduğunu ifade etmiştir (Tablo 6). İspanya'daki bir çalışmada da erkeklerde daha yüksek hipertansiyon sıklığı ortaya çıkmıştır. Fakat farkındalık kadınlarda yüksektir (85). Toplumsal cinsiyet faktörü burada da etkisini göstermiştir. Şanlıurfa'da kadınların erkeklere oranla daha az dışarı çıkmaları ve hastaneye erkeklere oranla daha az başvurmalarından dolayı, erkeklerde farkındalığın daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya alınan hastaların gelir durumu yüksek olanlarda kan basıncı değerleri de diğer gruplara oranla yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Elazığ'da hipertansiyon hastaları üzerinde yapılan bir çalışmada gelir durumu 3000 TL'nin üzerinde olanlarda fiziksel ve mental sağlık puan ortalamaları, 3000 TL'nin altında olanlara göre daha düşük bulunmuştur (86). Gelir durumu yüksek olanlar genelde masa başı, daha az aktivite ve sedanter yaşamı kapsadığı için bu kişiler kan basıncı değerlerinin daha fazla olabileceği düşünülmektedir. Aynı şekilde çalışan kişilerde çalışmayanlar göre kan basıncı değerleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Çalışma ortamından kaynaklanan stres faktörünün bu konuda etkili olduğu düşünülmektedir. Ancak Cihan'ın Bitlis'te yaptığı çalışmada, çalışmayanlarda yüksek kan basıncı olanların oranı daha yüksek bulunmuştur (74).

Araştırmada hastaların tansiyonlarını ölçtürmeme ve/veya kontrollerini yaptırmama nedenlerinin sırasıyla; unutmama (%12.8), kendini iyi hissetme (%9.1), hastalığının çok ciddi olmadığını düşünme (%6.9), işlerinin çok yoğun olduğunu düşünme (%4.7), maddi sıkıntılar (%4.1) ve ulaşım sorunları (%2.5) yüzünden olduğu saptanmıştır. Bu araştırma bulgusuna benzer olarak, Özbayram'ın 2008 yılında yaptığı araştırmada kontrole gelmede uyumsuzluk nedenleri sırasıyla; iş yoğunluğu, kendini iyi hissetme, ulaşım sorunları ve hastalığı önemsememe olarak sıralanmıştır (87). Ayrıca, Gülден'in 2012 yılında Elazığ'da yaptığı çalışmada bu oranlar; ulaşım sorunu yaşama (%23.6), kendini iyi hissetme (%8.6), hastalığının çok ciddi olmadığını düşünme (%5.5), kontrollerini unutmama (%4.1) ve iş yoğunluğundan dolayı gidememe (%2.3) olarak belirlenmiştir (86). Hastaların hastalık konusunda farkındalıklarının artırılmasının ve aile üyelerinin hastalık konusunda bilgilendirilmesinin ve efektif şekilde tedavi sürecine katılmalarının bu tür olumsuz etmenleri ortadan kaldıracağı ifade edilmektedir (88).

Bu araştırmada geleneksel yöntem kullananların oranı %65.9'dur (Tablo 4). Bu alternatif yöntemler; limon (%13.8), sarımsak (%13.4), dinlenme (%7.2), bitkisel karışımlar (%2.5) ve maydanoz (%1.2) olarak belirlenmiştir. Ergün, Yıldırım ve Alparslan'ın 2002 yılında yaptıkları araştırmada, alternatif tedavi yöntemlerinin; tuzsuz diyet uygulama, kilo verme, uygun egzersiz ve bitkisel ürün kullanımı olduğu bulunmuştur (89). Yine Glden'in 2012 yılında Elazığ'da yaptığı çalışmada bu oran, %45.5'tir. Hastaların kullandığı başlıca alternatif yöntemler ise; limon (%30.9), sarımsak (%12.7) ve bitkisel karışımlar (%1.8) olduğu saptanmıştır (86).

Burada alternatif tedavi yönteminin ilaç tedavisiyle birlikte sürdürülmesinin önemi vurgulanmalıdır. Anti-hipertansif tedavinin her yönüyle bir bütün olarak ele alınması, tedaviden yüksek düzeyde faydanın elde edilmesini sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şanlıurfa ilindeki Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Mehmet Akif İnan Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Balıklıgöl Devlet Hastanesi'nde toplam 320 hipertansiyon tanısı almış olan hastanın profilinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada, şu sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan hipertansiyon tanısı almış bireylerin yaklaşık yarısının okuryazar olmadığı tespit edilmiştir.
- Araştırmaya katılan 320 bireyin çoğunun (%60) herhangi bir fiziksel aktivite yapmadığı ve yarısına yakınının da beden kitle indeksinin toplu-hafif şişman arasında olduğu saptanmıştır.
- Hastaların %74,4'ünün hipertansiyon tanısı dışında, başka hastalıkları da vardır. Bu hastalıkları kalp hastalıkları, diyabet, astım, akciğer hastalıkları oluşturmaktadır.
- Hastaların %65'inin ailesinde de hipertansiyon tanısı bulunmaktadır.
- Hastalar tansiyonlarını ölçme nedeni olarak ilk sıralara; baş ağrısı, tesadüfi ölçüm, çarpıntı ve nefes darlığını koymuşlardır.
- Hastalar, hastalıklarını genelde 46-59 yaşları arasında öğrenmişlerdir.
- Hastaların büyük bir çoğunluğu (%78,4) günde en az bir porsiyon taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir şekilde tüketildiği görülmüştür.
- Araştırmaya katılan 320 hastanın, %59,7'si sigara kullandığını veya önceden kullandığını belirtirken, alkol kullanım oranının %1,9 olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların %35,3'ünün sistolik kan basıncı değerleri 160 - 179 mm arasında iken, diyastolik kan basıncı değerleri ise, daha çok 110 mm ve üzerindedir (%29,4).
- Çalışmamız sonuçlarına göre, çalışan kişilerde hem sistolik hem diyastolik kan basıncının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Hastaların yaşlarına bakıldığında 45 yaş ve altındaki bireylerin sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin diğer yaş gruplarına oranla daha yüksek olduğu görülmüştür.

Bu sonuçlar doğrultusunda, hipertansiyon hastalığının zararlarını en aza indirmek için;

- Hipertansiyon hastalığı konusunda daha fazla araştırma yapılmalı ve araştırma sonuçları HT tanısı almış hasta bakımına yansıtılmalı,
- Fiziksel aktivitelerde bulunmanın yaşam kalitesi artışına katkı sağladığı düşünülerek, hipertansiyon hastalarına fiziksel aktivitelerde bulunmaları gerektiği söylenmeli, eğitimler düzenlenmeli, semineler verilmeli,
- Diyabet, astım, akciğer ve kalp hastaları, hipertansiyon açısından takip edilmeli,
- Tüm toplum özellikle de 45 yaş altı bireyler rutin tansiyon kontrolü yapmalı
- Hipertansiyonlu hastalara sigara ve alkol kullanımı, obezite, düzenli doktor kontrolleri yapılmalı,
- Beslenmede tuz alınımı kısıtlanmalı ve tansiyon ölçümlerinin düzenli yapılması gibi yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç kullanımı konusunda eğitim verilmeli,
- Özellikle çalışan kişiler, hareketsiz yaşam, beslenme şekilleri ve stres faktörlerine dikkat etmeli,
- Bir sağlık profesyoneli olan hemşirelerin HT eğitimi almaları; gerekli eğitim sağlandıktan sonra; HT merkezli hemşirelik uygulamalarını geliştirmeleri, sağlıklı ve/veya hasta bireyleri tamamlayıcı ve destekleyici tedavileri etkin ve doğru şekilde kullanmaları konusunda yönlendirilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Erkoç Y, Yardım N. Türkiye’de Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar ve Risk Faktörleri ile Mücadele Politikaları. Ankara, Anıl Matbaası, 2011;18.
2. Dilek Güven Ş, Nimet K. Hipertansiyonlu Hastalara Uygulanan Ayak Refleksolojinin Kan Basıncı, Kolesterol Düzeyleri ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 2013; 15(2): 56–67.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Hastalık Yükü Çalışması, 2004.
4. Gök H. Klinik Kardiyoloji, 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti, İstanbul, 2002; 619-59.
5. Kaplan NM. Management Of Hypertensive Patients With Multiple Cardiovascular Risk Factors. American Journal Of Hypertension, 2001; 14: 221-24.
6. Vas LE, Oren A, Uiterwaal C, Gorissen W.H.M, Diederick E, Grobbee Bots M.L. Adolescent Blood Pressure And Blood Pressure Tracking İnto Young Adulthood Are Related To Subclinical Atherosclerosis: The Atherosclerosis Risk in Young Adults (Arya) Study. American Journal of Hypertension, 2003; 16:549-55.
7. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Et Al. Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data. Lancet, 2005; 365(9455):217-23.
8. Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici U, Karatan O, Turgan, C. Prevalence, Awareness, Treatment And Control of Hypertension in Turkey, 2003.
9. http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php Erişim Tarihi: 5.8.2017
10. Taşçanov B. Joint National Committee VII. JNC-VII, 2004; 1-14.
11. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2003.
12. Pickering G. Hypertension. Definitions, Natural Histories and Consequences. Am J Med, 52 (5), 1972; 570-583.
13. Aram VC, George L. The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure The Jnc 7 Report, 2003; 2-104.
14. Henry, George L. Bakris, William J. Hipertansiyon: Epidemiyoloji, Patofizyoloji, Tanı Ve Tedavi. Hurst’n The Heart. Çeviren: Saçıkara A, 1. Baskı, 2002; 1553-1594.

15. Karadede A. Hipertansif Kriz, Türkiye Klinikleri J Int Med Sci, 2005; 1: 1-8.
16. Demiralp E. Hipertansiyonun Tanımı, Sınıflaması ve Epidemiyolojisi, 2005; 33: 1-64.
17. Yesevi N, Budak S, Karaaslan S. ve Ark. Hipertansiyonda Nifedipin Gıts Tedavisinin Plazma Fibronojeni, Üriner Potasyum Atılımı ve Kalp Hızı Üzerine Etkileri. Haseki Tıp Bülteni, 2003; 41(1):13.
18. Golino P, Trimarco B. Arteryel Hipertansiyona Yaklaşım. Erdine S. (Ed), 2003; 12-52.
19. Choloanion AV, Bakris GL, Black HR. Et Al. Yüksek Kan Basıncının Önlenmesi, Saptanması, Değerlendirilmesi ve Tedavisi İle İlgili Olarak Ortak Ulusal Komitenin Yedinci Bildirisi, Jama 21 Mayıs 2003; 289(19):2560-574.
20. Vason RS, Larson Mg, Leip Ep. Et Al. Assesment of Freguency of Progression to Hypertension in Non Hypertensive Participans in The Framingham Heart Study, Lancet, 2001; 358:1682-1686.
21. Arıcı M. Hipertansiyon Tedavisi. Neler Değişti? Neden Değişti? Türkiye Tıp Dergisi, 2004; 11(3):134-144.
22. Mancia G, Grassi G. Hipertansiyonun Tanımı ve Sınıflaması, Hipertansiyon Temelleri ve Uygulama. Ed: Kozan Ö. 1. Baskı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, İstanbul, 2009; 15-22.
23. Carretero O, Oparil S. Essential Hypertension Part I: Definition And Etiology. Circulation, 2000; 101: 329-335.
24. Ramzi S, Cotran, Stanley L. Robbins, Vinay Kumar. Temel Patoloji Basic Pathology. 7. Baskı; Nobel Tıp Kitabevleri, 2002; 294-298.
25. De Martins JE. Client With Hypertensive Disorders: Promoting Positive Outcomes. In Black Jm, Hawksjh, Keene Am Eds. Medical - Surgical Nursing. Sixty Edition. W.B. Saunders Company Philadelphia, 2001; 1379-1398.
26. Kaplan NM, Weber MA. Hypertension Essentials. Tercüme: Karpuz H. Hipertansiyon Esasları El Kitabı, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti, İstanbul, 2003; 2-77.
27. Macgregor GA, Kaplan MN. Çev: Uslan İ, Hipertansiyon, 2. Baskı, Health Press, 2001.
28. Ibrahim M, Appel LJ, Rizk H, Helmy S, Mosley J, Ashour Z, El-Aroussy W. Cardiovascular Risk Factors İn Normotensive And Hypertensive Egyptians, J Hypertens, 2001; 19: 1993-1940.

29. Gregory YH, Lip. Clinical Hypertension In Practice. Tercüme: Sansoy V. Uygulamada Klinik Hipertansiyon, Global Yayın Ajansı, İstanbul, 2004; 1-103.
30. Öksüz E, Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2004; 13: 99-104.
31. Khatib B, Oussama M. Clinical Guidelines for the Management of Hypertension. World Health Organization, 2005.
32. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız B O, Altun B, Ertürk Ş, Aydoğdu S, Özbakkaloğlu M, Ersöz H Ö, Süleymanlar G, Tükek T, Tokgözoğlu L, Erdem Y. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. Arch Turk Soc Cardiol, 2015, 43(4): 402-9.
33. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo, JR JL, Jones DW, Materson BJ, Oparil S, Wright, JR JT, Roccella EJ. The Seventh Report Of The Joint National Comitte On Prevention, Detection, Evaluation, And Treatment Of High Blood Pressure.The Jnc 7 Report. Jama, 2003, 289(19): 2560-71.
34. Şendur MN, Güven GS. Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Hipertansiyon Tedavisi. Hacettepe Tıp Dergi, 2011; 42(2):53-64.
35. Tuna S. Trakya Üniversitesi Hastanesi Hipertansiyon Polikliniğine Başvuran Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı Faktörleri ile Hipertansiyon Arasındaki İlişkinin Saptanması. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 1995.
36. Yılmaz H. Genellikle 40 Yaş Üzerinde Ortaya Çıkan Asrın Hastalığı Hipertansiyon. Health News, 2000; (10):19-24.
37. Çöl M. Hipertansiyon Epidemiyolojisi. Somgür Yayıncılık, Ankara 1994; 2-46
38. Micardis Eğitim El Kitabı (Boehringer Ingelheim).
39. Süleymanlar G. Hipertansiyon Tedavisinde Güncel Yaklaşım Modern Tıp Seminerleri: 6, 2000; 1-53.
40. Onat A, Karabulut A, Yazıcı M, Can G, Sansoy V. Türk Yetişkinlerde Hiperkolesterolemi Ve Hipertansiyon Birlikteliği: Sıklığına ve Kardiyovasküler Riski Öngördürmesine İlişkin Tekharf Çalışması Verileri. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi, 2004; 32. 533-541.
41. Ulutürk E. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Öfke ve Öfke Duygusunu İfade Düzeylerinin Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2006.

42. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması Sonuçları (Tohta). Endokrinolojide Yöneliş, 2002; 11(1):1-16.
43. Aykut M, Öztürk Y, Günay O, Ceyhan O. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde 40 Yaş Ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı. Beslenme ve Diyet Dergisi, 1991; 20:55-68.
44. Atasoy Hİ, Tataroğlu C, Tutucu KN, Yeniçerioğlu Y, Yurt E. Ergazi Köyü 40 ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansına İlişkin Tarama Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Bölümü, Intern Araştırması, 1992.
45. Emsal T. Kalecik Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000.
46. Aydemir A. Toplumumuzda Hipertansiyon Prevalansı ve Esansiyel Hipertansiyonda Lipid Peroksidasyonu, Total Antioksidan Kapasite. Yayımlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2001.
47. Kaya A. Turkish Journal of Endocrinology And Metabolism, 2003; 1: 13-21.
48. Vatansver K. Özkanlar Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, 1998.
49. Bilir N. Halk Sağlığı Yönünden Hipertansiyon. Hacettepe Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını, No:86-39. Kısa Dizi. No:5, Ankara, 1986.
50. Michael K, Magill Md. Et Al. Hipertansiyon Tedavisinde Son Gelişmeler. Güncel Tıp, 2003; 11(11):10-14.
51. Ersöz M. Kan Basıncının Ölçülmesi ve Ölçüm Hataları. Sendrom Dergisi, 1995; 5.
52. Hacıoğlu N, Günaksın A, İnandı T. Gümüşhane İli Torul Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi 30 Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve İlgili Etmenler. T. Klin. Tıp Bilimleri, 1999; 19:200-208.
53. Çöl M, Özyurda F. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı. Ankara Üniversitesi. Tıp Fakültesi Mecmuası, 1992; 45(2):247-262.
54. Arık N, Korkmaz M. Hipertansiyon, 1996 (2.Baskı); 7-52.
55. Erdine S. Türkiye Hipertansiyon Haritası. Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği. Pfizer, İstanbul, 1993.

56. Hipertansiyonda Bireyselleştirilmiş Tedavi. (2.Baskı). Hekimler Yayın Birliği, 1997; 9-25.
57. Gulanic M, Klopp A, Galanes S, Myers JL, Gradishar D, Puzas MK. Nursing Care Plans. Fifth Edition, Mosby an Affiliate of Elsevier, United States of America, 2003: 258-264.
58. Beilin LJ, Puddey IB, Burke V. Lifestyle And Hypertension. American Journal of Hypertension, 1999; 12(9): 934-45.
59. Soydan İ. Hipertansiyon Tedavisinde Yaşam Biçimi Değişiklikleri. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji Dergisi, 2000; 13(5): 357-59.
60. Akdemir N, Birol L. Kronik Hastalıklar ve Hemşirelik Bakımı. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı. Ankara: Sistem Ofset, 2005; 193-199.
61. Çakırcalı E. Hasta Bakım ve Tedavisinde Temel İlke Ve Uygulamalar. İzmir: Güven & Nobel Kitabevleri, 2000.
62. Özer S, Argon G. Kalp Yetmezliğinde Sağlık Davranışları, Sağlığa Verilen Önem Ve Yaşam Kalitesi İlişkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 21: 63-77.
63. Kum E, Kum N, Uyer G. 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı. Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 1992; 301-307.
64. Irmak, Z, Düzöz, Gt. Bozyer, İ. Bir Eğitim Programının Hipertansiyonlu Hastaların Yaşam Tarzı Ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2007; 14(2): 39-47.
65. Garcia-Pena, C, Thorogood, M, Armstrong, B. Et Al. "Pragmatic Randomized Trial of Home Visits By A Nurse to Elderly People With Hypertension In Mexico.International", Journal Of Epidemiology, 2001; 30 (6): 1485-1492.
66. Guerra-Riccio, GM, Giorgi, DMA, Consolin Colombo, AM. Et Al. Frequent Nurse Visits Decrease White Coat Effect in Stage Iıı Hyperetension", American Journalof Hypertension, 2004; 17; 523-528.
67. Burnier M. "Medication Adherence And Persistence As The Cornestone Of Effective Antihypertensive Therapy", American Journal Of Hypertension, 2006; 19(11): 1190-1196.
68. Ulrich SP, Canale Planning Guides for Adults in Acute, Extended And Home Care Setting. Elsevier Saunders United State of Amerika. Sixty Edition, 2005; 362-372.

69. Türk Kardiyoloji Derneği, Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu, 2007: 1-69.
70. Pehlivan E, Karaoğlu L, Güneş G, Genç M, Kurçer Ma. Malatya İli Güzelyurt Kasabası 30 Yaş ve Üzerindeki Kişilerde Hipertansiyon Prevalansı Ve Hipertansiyonu Etkileyen Faktörler. Sağlık ve Toplum, 2002; 2(1):46-49.
71. Cebeci BS, Kas Y. Hipertansiyon Tedavisine Genel Yaklaşım ve Kalsiyum Kanal Blokerleri, I. İlaç Ve Tedavi Dergisi. 1997; 10(9);538-544.
72. Borzecki AM, Oliveria SA, Berlowitz DR. Barriers to Hypertension Control. Am Heart J, 2005; 149(5): 785-94.
73. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması Patent2, 2012.
74. Önen C. Bitlis İl Merkezindeki Yetişkinlerde Hipertansiyon Sıklığı ve Yöresel Beslenmeyle İlişkisi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Bitlis, 2015; 30.
75. Boylu Ö. Niğde İli Kemerhisar Kasabasındaki 40 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı ve Farkındalık Durumu, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2006; 42.
76. Özkan M. Afyonkarahisar İli Dinar İlçesi 40 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 60.
77. Parabaş N. Konya İli Hadim İlçe Merkezindeki 40 Yaş ve Üzeri Popülasyonda Hipertansiyon Prevalansı ve Farkındalık Durumu. Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2009; 41.
78. Göktekin C. Antihipertansiflerle Arteriyel Kan Basınçları Kontrol Altına Alınamayan Hastaların Psikososyal Açından Değerlendirilmesi ve Ssri'ların (Sertralin) Hipertansiyon Kontrolüne Etkisi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi Ankara, 2008.
79. Tokem Y, Taşçı E, Yılmaz M. Hipertansiyon Tanısı Olan Bireylerin Evde Hastalık Yönetimlerinin İncelenmesi, *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2013; 4: 30-40.
80. Balcı Alparslan, G. Yürüyüş ve Gevşeme Egzersizinin Primer ve Dirençli Hipertansiyonun Kontrolüne Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2008.

81. Kyngas H, Lahdenpera T. Compliance of Patients with Hypertension and Associated Factors. *Journal of Advanced Nursing*, 1999; 29(4): 832-839.
82. Fodor Gj, Kotrec M, Bacskai K, Et. Al. Is Interview a Reliable Method to Verify the Compliance with Antihypertensive Therapy? An International Central-European Study. *J Hypertens*, 2005; 23 (6): 1261-1266
83. Banegas Jr, Guallar-Castillon P, Rodriguez-Artalejo F, Et Al. Association Between Awareness, Treatment, and Control of Hypertension, and Quality of Life Among Older Adults In Spain. *Am J Hypertens*, 2006; 19 (7): 686-693
84. Çelik B. Hipertansiyonlu Hastalarda Yaşam Kalitesi İle İlişkili Faktörlerin Araştırılması. Afyonkocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, 2008.
85. Puras A, Sanchis C, Artigao Lm, Divison Ja. Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension In a Spanish Population. *Eur J Epidemiol*, 1998; 14(1): 31-6
86. İçyerioğlu G. Hipertansiyon Hastalarının Tedaviye Uyumu ve Yaşam Kalitesi. Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ, 2012.
87. Özbayram A. Yeni Hipertansiyon Tanısı Almış Hastalarda Tedavi Uyumu ve Etkileyen Faktörler. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2008.
88. Akgöz C. Hipertansiyon Hastalarında Antihipertansif Tedaviye Uyumun Değerlendirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008.
89. Ergün UGÖ, Yıldırım MY, Alparslan N. Esansiyel Hipertansiyon Hastalarında Sosyo-Ekonomik Düzey Farklılığı ve İlaç Uyuncu, *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2002; 6(4): 165-71.

8. EKLER

EK-1: VERİ TOPLAMA FORMU

Değerli hastamız;

Bu anket 'ŞANLIURFA İLİNDE HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN PROFİLİNİN İNCELENMESİ' kapsamında yapılmaktadır. Sorulara vereceğiniz cevaplar araştırma sonuçlarını belirleyeceğinden, her soruya içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği için büyük bir önem taşımaktadır. Ankette adınız istenmemektedir. Bize ayırdığımız zaman için teşekkür ederiz.

ŞANLIURFA İLİNDE HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN PROFİLİNİN İNCELENMESİ

1. Yaşınız:
2. Boyunuz: cm.
3. Kilonuz: kg.
4. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
5. Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekâr
6. Eğitim Durumunuz: 1) Okuryazar Değil 2) Okuryazar 3) İlköğretim Mezunu
4) Lise Mezunu 5) Üniversite Mezunu 6) Yüksek Lisans ve Üzeri
7. Mesleğiniz: 1) Çalışmıyor 2) İşçi 3) Çiftçi 4) Serbest Meslek
5) Esnaf 6) Şoför 7) Memur 8) Emekli
8. Aylık Geliriniz: ₺
9. Sosyal Güvenceniz: 1) Yok 2) SGK 3) BAĞ-KUR
4) Emekli Sandığı 5) Yeşil Kart 6) Özel Sağlık Sigortası
10. Uzun süredir devam eden başka bir hastalığınız var mı? Varsa nedir / nelerdir?
1) Hayır 2) CA 3) Akciğer Hast. 4) Diyabet
5) Kalp Hast. 6) Astım 7) Karaciğer Hast. 8) Diğer (.....)
11. Ailenizde hipertansiyon öyküsü var mı? Varsa kimde / kimlerde var?
1) Hayır 2) Anne 3) Baba 4) Kardeş
5) Çocuk 6) Eş 7) 2. Dereceden Akraba

12. Tansiyonunuzun yüksek olduğunu ilk nerede öğrendiniz?

- 1) Ev 2) Aile Hekimliği 3) Devlet Hast. 4) Üniversite Hast. 5) Özel Hast.

13. Tansiyon ölçme nedeniniz neydi?

- 1) Tesadüfen ölçüm 2) Baş ağrısı 3) Çarpıntı 4) Kusma
5) Nefes darlığı 6) Yüksek ateş 7) Bayılma 8) Stres

14. Kaç yaşında iken hipertansiyon tanısı aldınız?

15. Kaç yıldır hipertansiyon hastasıınız?

16. Tansiyonunuzu düzenli ölçtürüyor musunuz? Ölçtüremiyorum çünkü:

- 1) Unutuyorum 2) Maddi sıkıntılar yüzünden 3) Ulaşım sorunu var
4) İşlerim çok yoğun 5) Kendimi iyi hissediyorum
6) Hastalığımın çok ciddi bir hastalık olmadığını düşünüyorum

Ölçtürüyorum:

- 7) Her gün 8) Her hafta 9) Ayda 1
10) 3 ayda 1 11) 6 ayda 1 12) 1 yıl veya daha fazla arayla

17. Evinizde tansiyon aleti var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

18. Size hipertansiyon hakkında bilgi verildi mi? Verildiyse kim / kimler bilgi verdi?

- 1) Hayır 2) Doktor 3) Hemşire 4) Aile 5) Akraba 6) Arkadaş

19. Sigara içiyor musunuz?

- 1) Hiç içmedim 2) Bıraktım 3) Evet, içiyorum

20. Günde kaç adet sigara kullanıyorsunuz? (İçmiyor ise 0 (sıfır)) adet

21. Alkol kullanıyor musunuz?

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

22. Haftada kaç bardak alkol kullanıyorsunuz?

(İçmiyor ise 0 (sıfır)) adet

23. Kahve içiyor musunuz? İçiyorsanız ne sıklıkta içiyorsunuz?

(İçmiyor ise 0 (sıfır))

Günde fincan (1 fincan = ~ 80 ml)

24. Hangi tür kahve tüketiyorsunuz?

- 1) İçmiyorum 2) Sade Türk kahvesi 3) Sütlü Türk kahvesi
4) Hazır kahve 5) Hazır sütlü kahve 6) Mirra 7) Alkollü kahve

25. Çay içiyor musunuz? İçiyorsanız ne sıklıkta içiyorsunuz? (İçmiyor ise 0 (sıfır))

Günde bardak (1 bardak = ~ 200 ml)

26. Hangi tür çay tüketiyorsunuz?

- 1) İçmiyorum 2) Kaçak çay 3) Türk çayı 4) Bitki çayları

27. Yemeklere başlamadan önce, yemeklere tuz atar mısınız?

- 1) Hayır 2) Bazen 3) Çoğu zaman 4) Her zaman

28. Yemeklerinizdeki tuz miktarı nasıldır?

- 1) Tuzsuz 2) Az tuzlu 3) Normal 4) Çok tuzlu

29. Yemeklerinizdeki yağ miktarı nasıldır?

- 1) Yağsız 2) Az yağlı 3) Normal 4) Çok yağlı

30. Yemeklerde daha çok hangi yağ çeşidini kullanırsınız?

- 1) Yağsız 2) Ayçiçek yağı 3) Zeytinyağı 4) Tereyağı
5) Kuyruk yağı 6) Mısırözü yağı 7) Katı yağ 8) Fındık yağı

31. Yemek yeme hızınız nasıldır? 1) Yavaş (1 saat) 2) Orta (30 dk.) 3) Hızlı (10 dk.)

32. En çok hangi tür gıdaları tüketiyorsunuz?

- 1) Hamur işi gıdalar 2) Tahıl yemekleri 3) Etli yemekler 4) Meyve
4) Sebze yemekleri 5) Haşlama (et-sebze) 7) Salamura (turşu, peynir)

33. Günde en az bir porsiyon taze meyve, sebze ve lifli gıdaları düzenli bir şekilde tüketiyor musunuz?

- 1) Hayır 2) Evet, düzensiz bir şekilde 3) Evet, her gün

34. Günde kaç öğün yemek yersiniz? öğün

35. Ara öğününüz var mı? Varsa ne sıklıkta? (Hayır ise 0 (sıfır)) Günde defa

36. Herhangi bir fiziksel aktivite yapıyor musunuz? Haftada defa (en az 20 dk)

37. Tansiyonunuzu dengelemek için ilaçlarınız dışında başka bir yöntem başvuruyor musunuz?

- 1) Hayır 2) Limon 3) Bitkisel karışımlar 4) Maydanoz
5) Sarımsak 6) Yulaf ezmesi 7) Nar ekşisi 8) Dinlenme

38. Sistolik Kan Basıncı Değeri: mm/Hg

39. Diyastolik Kan Basıncı Değeri: mm/Hg

40. Kullandığı ilaçlar:

İlacın Adı	Kullanma Süresi	Dozu	Gün İçinde Alınma Zamanı	İlaç Hakkında Bilgi Durumu

TEŞEKKÜRLER

ARŞ. GÖR. İBRAHİM DAĞ

EK-2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Çalışmanın Adı:

Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Profilinin İncelenmesi

Bu Araştırmanın Amacı:

Şanlıurfa ili merkez ilçelerinde yaşayan hipertansiyon tanısı almış hastaların profilini ortaya çıkarmak, hastaların yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları ve sağlığı algılayış biçimlerinin hipertansiyon üzerindeki etkisini araştırmak ve elde edilen sonuçlarla toplumun, hipertansiyon hakkındaki algılarını belirlemektir. Bu araştırmada size hipertansiyon ile ilgili sorular sorulacaktır. Bu çalışmanın sonuçları rapor edilirken sizin adınız kullanılmayacaktır. Herhangi bir ihtiyacınız saptandığı durumda ilgili sağlık kurumlarına yönlendirileceksiniz. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Bu çalışma Fakülte Etik Kurulu tarafından incelenerek Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen maddelere göre ahlaki, vicdani ve tıbbi kurallara uygun olduğu onaylanmıştır. Çalışmanın yürütülmesi, olası yan etkiler veya bir hasta olarak haklarınız konusunda kafamda sorular belirdiğinde aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır:

Arş. Gör. İbrahim DAĞ

Telefon: 0534 693 90 93

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

(Katılımcının/Hastanın Beyanı);

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

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcının,

Adı - Soyadı:

Tarih ve İmza:

Görüşme tanığının,

Adı - Soyadı:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının:

Adı - Soyadı: **Arş. Gör. İbrahim DAĞ**

Görevi: **Sorumlu Araştırmacı**

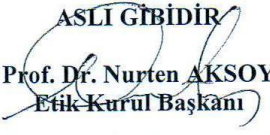
Adresi: **Harran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Osmanbey Kampüsü / şanlıurfa**

Tel: **0 414 318 32 01**

Tarih ve İmza:

EK-3: ETİK KURUL ONAY FORMU

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	: 09.10.2015
OTURUM	: 09
SAAT	: 15:00

15/09/15	<p>Karar: Üniversitemiz Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu "Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Profilinin İncelenmesi" başlıklı çalışmaya Etik Kurulu onayı verilmesine, Oybirliğiyle / Oyçokluğuyla karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR  Prof. Dr. Nurten AKSOY Etik Kurul Başkanı</p>
----------	---



Sayı : 7405997.050.01.04/ 123
Konu : Proje

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

15./10/2015

Sayın Yrd. Doç. Dr. Selma KAHRAMAN
Sağlık Yüksekokulu
Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Yürütücüsü olduğunuz "Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Profilinin İncelenmesi" başlıklı çalışmaya onay verilmesine ilişkin, Kurulumuzun 09.10.2015 tarih ve 09 nolu oturum 15 sayılı kararı yazımız ekinde gönderilmektedir.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Nurten AKSOY
Etik Kurul Başkanı

EK: Etik Kurul Kararı (1 Adet)

.../10/2015 Mem.T.ZERAY

Tıp Fakültesi Morfoloji Binası Diyarbakır yolu üzeri Yenişehir Kampüsü 63300 ŞANLIURFA
Telefon : (0 414) 318 30 31 – 318 30 00 Fax: (0 414) 318 31 92 e-mail: etik.kurul@yahoo.com

EK-4: HASTANE İZİN BELGESİ



T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
Araştırma ve Uygulama Hastanesi

Sayı : 66063783- 900.05.02-2593
Konu : Anket

12.10./2015

HARRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE
SANLIURFA

İlgi: 05.10.2015 tarih ve 345 sayılı yazınız.

İlgi yazınızda adı geçen yüksek lisans öğrencisi 154322025 numaralı İbrahim DAĞ'ın tezi kapsamında "Şanlıurfa İlinde Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Profilinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasını Ekim 2015 – Mart 2016 tarihleri arasında Öğretim Üyesi Prof.Dr. Fügen ÖZCANARSLAN gözetiminde hastanemizin dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerinde anket çalışmasını hastanemizde yapması başhekimliğimizce uygun görülmüştür

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. İbrahim Can KÜRKÇÜOĞLU
Başhekim

EK-5: İNTİHAL RAPORU

ŞANLIURFA İLİNDE HİPERTANSİYON TANISI ALMIŞ HASTALARIN PROFİLİNİN İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 23	% 21	% 13	% 10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
2	dspace.trakya.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	www.tkd.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.turkiyeklinikleri.com İnternet Kaynağı	% 1
6	hemsirelik.ege.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	onlinemakale.sislietfaltip.org İnternet Kaynağı	% 1
8	www.istanbulsaglik.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
9	hemarge.org.tr İnternet Kaynağı	% 1