

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

**ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU ERİŞKİN
BİREYLERİN
HASTALIKLARINA İLİŞKİN BİLGİLERİ VE
TEDAVİYE UYUM DURUMLARI**

İbrahim ÇETİN

**Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetmeliğinin İç Hastalıkları Hemşireliği AD.
Yüksek Lisans Programı İçin Öngördüğü
BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır.**

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fügen GÖZ

KOCAELİ

2004

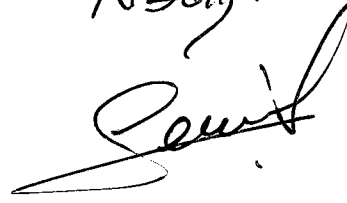
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

İşbu çalışma, jürimiz tarafından İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI (YÜKSEK LİSANS) TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Başkan Yrd. Doç. Dr. Nursan DEDE ÇINAR



Üye Prof. Dr. Seçil AKSAYAN



Üye Yrd. Doç. Dr. Fügen GÖZ (Danışman)



ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

19/07/2004



Prof. Dr. Nejat GACAR
Enstitü Müdürü

ÖZET

Esansiyel Hipertansiyonlu Erişkin Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Bilgileri Ve Tedaviye Uyum Durumları

Amaç: Bu araştırma, erişkin esansiyel hipertansiyonlu bireylerin, hastalıkları ve tedavi uygulamaları hakkındaki bilgileri ve davranışlarını tespit etmek, bilgileri ile uygulamaları arasındaki farkları incelemek amacıyla yapılmıştır. **Araştırmanın Türü:** Araştırma, betimleyici bir çalışma olarak tasarlanmıştır. **Yöntem:** Araştırma verileri, araştırmacı tarafından oluşturulan 3 anket formu ile toplanmıştır. Araştırma örnekleminin oluşturulmasında, 01.01.2002 – 01.01.2003 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran hastaların dosyalarından yararlanılmış, anket formları hastalara telefonla görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğü 200 kişi olarak belirlenmiş ancak, 139 kişi çalışma kapsamına alınabilmiştir. Veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, yüzdeler ve frekans hesaplamaları kullanılmıştır. **Bulgular Ve Sonuçlar:** Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, hipertansif hastalar doğru bilgilere sahip olmalarının yanı sıra, hastalıkları ve tedavi uygulamaları ile ilgili yanlış ve tehlikeli bilgilere de sahiptir. Hastalar sahip olduğu doğru tedavi bilgilerinin bir kısmını uygulamaya aktaramamaktadır. Hastaların büyük bir kısmı, hemşireyi, hipertansiyon hastalığı ve tedavisi konusunda eğitim yapabilecek bir meslek üyesi olarak görmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, hastalık bilgisi, tedaviye uyum.

ABSTRACT

The Knowledge and Treatment Compliance States of the Adult People with the Essential Hypertension Relating to Their Disease

Purpose: This research was carried out to determine the knowledge and behaviors of the adult people with essential hypertension relating to their disease and the treatment applications and to investigate the differences between their knowledge and applications. **Kind of the Research:** The research was designed as a descriptive study. **Method:** The research data was collected through 3 survey forms prepared by the researcher. The files of the patients applying to Cardiology Polyclinic of Kocaeli University School of Medicine between the dates 01.01.2002 and 01.01.2003 were used in the formation of the sample universe and the survey forms were applied to the patients through telephone conversations. Although the size of the sample had been determined as 200 people, only 139 people could be included in the content of the study. The data was processed through computer. In the analysis of the data, the percentage and frequency calculations were used. **Findings and Results:** According to the findings obtained through the study, the hypertension patients have, besides their correct knowledge, some wrong and dangerous knowledge about their disease and the treatment applications. And they can not utilize some of their correct treatment knowledge. The nurse is considered, by a great deal of the patients, as an occupational member capable of giving education about the hypertension disease and its treatment.

Key Words: Hypertension, knowledge of the disease, treatment compliance.

TEŞEKKÜR

Bu araştırmayı yapmamda bana bilimsel destek sağlayan tez danışmanım
Yrd. Doç Dr. Fügen GÖZ'e,

Araştırmaı geręekleřtirmemde yol gösterici eleştirilerini esirgemeyen ve
bana hemşirelikte araştırmanın felsefesini öğreten Prof. Dr. Seçil AKSAYAN'a,

İstatistiksel analiz yöntemi belirlemede katkı sağlayan Yrd. Doç.Dr. Nilay
ETİLER'e,

Araştırma raporlarımı klinik hemşiresi gözüyle değerlendiren ve ęalıřmama
farklı bakış ağısıyla değerli eleştiriler getiren sevgili eşim Gülhan ÇETİN'e teşekkür
ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Giriş.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1. Hipertansiyonun Tanımı.....	6
2.2. Normal Ve Anormal Kan Basıncı.....	6
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	7
2.3.1. Arteriyel Kan Basıncına Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	8
2.3.2. Arteriyel Kan Basıncına Göre Hipertansiyonun Sınıflandırmasında Yeni Yaklaşımlar.....	10
2.3.3. Etyolojisine Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	11
2.3.4. Hedef Organ Hasarına Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	11
2.4. Hipertansiyonda Tedavinin Gerekliliği.....	11
2.5. Hipertansiyonlu Hastaları Bilgilendirmenin Gerekliliği.....	13
2.6. Tedavide Hastanın Rolü.....	14
2.7. Hipertansif Hastalarda Bilgi Eksikliği Ve Hemşirelik Uygulamaları.....	16
2.8. Hasta Eğitimi Ve Tedaviye Uyum.....	18
2.9. Hipertansif Hastayı Eğitimcinin Nedenleri.....	18
2.10. Hipertansiyonlu Hastada Eğitimin Başarısı.....	19
2.11. Hipertansiyonlu Hastaların Hastalık Süreci Hakkında Bilmesi Gerekenler.....	20
2.11.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Anlamı.....	20
2.11.2. Hipertansiyonun Sonuçları.....	21

2.11.3. Risk Faktörleri.....	22
2.12. Hipertansiyonlu Hastaların Tedavi Hakkında Bilmeleri Gerekenler..	23
2.12.1. Tedavinin Hedefi.....	23
2.12.2. İlaçla Tedavi.....	23
2.12.3. İlaç Dışı Tedavi Uygulamaları.....	24
2.13. Uygulama Etkinliğinin Değerlendirilmesi.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Örneklemi.....	26
3.3. Veri Toplama Araçları.....	28
3.4. Verilerin Toplanması.....	29
3.5. Verilerin Düzenlenmesi.....	30
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.7. Araştırmanın Sınırları Ve Sınırlılıkları.....	30
3.8. Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler.....	32
3.9. Etik Kurallara Uyum.....	32
4. BULGULAR.....	33
4.1. Hastaların Hastalıkları İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	33
4.2. Hastaların Hastalık Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	34
4.3. Hastaların Tedavi Uygulamaları Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	38
4.4. Hastaların Kendi Bilgilerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular.....	40
4.5. Hastaların Tedaviye Uyumlarına İlişkin Bulgular.....	43
4.6. Hastaların Bilgilerine Göre Uygulamalarını Gösteren Bulgular.....	48
5. TARTIŞMA.....	53
5.1. Hastaların Hastalık Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	53
5.2. Hastaların Tedavi Uygulamaları Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	56
5.3. Hastaların Kendi Bilgilerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular.....	59
5.4. Hastaların Tedavi Uygulamalarına İlişkin Bulgular.....	61
5.5. Hastaların Bilgileri İle Uygulamaları Arasındaki Farkları Gösteren Bulgular.....	64

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	68
6.1. Sonuçlar.....	68
6.2. Öneriler.....	70
KAYNAKLAR DİZİNİ.....	71
EK-1. Hastanın Tanıtıcı Bilgilerine Yönelik Sorular (FORM I).....	79
EK-2. Hastanın Hastalık Süreci Ve Tedavi Uygulamalarına İlişkin Bilgilerini Belirlemeye Yönelik Anket Formu (FORM II).....	81
EK-3. Hastanın Hastalık Süreci Ve Tedavi Uygulamalarına İlişkin Davranışlarını Belirlemeye Yönelik Anket Formu (FORM III).....	84
EK-4. Etik Kurul Yazılı Onayı.....	86



SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

AKB: Arteriyel Kan Basıncı

DKB: Diyastolik Kan Basıncı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ESC: European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)

ESH: European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Derneği)

ISH: International Society of Hypertension (Uluslar arası Hipertansiyon Derneği)

JNC: Joint National Committee (Birleşik Ulusal Kurul)

SKB: Sistolik Kan Basıncı

TEKHARF: Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taraması

TKD: Türk Kardiyoloji Derneği



ŞEKİLLER DİZİNİ

2.6.1. Tedaviye Uyumda Temel Belirleyiciler.....	15
2.11.2.1. Hipertansiyonun Komplikasyonları.....	21



ÇİZELGELER DİZİNİ

2.3.1.1	Arteriyel Kan Basıncının 18-74 Yaş Arası Yetişkinler İçin Sınıflandırılması (JNC VI, 1997).....	9
2.3.1.2	Arteriyel Kan Basıncının 18-74 Yaş Arası Yetişkinler İçin Sınıflandırılması (DSÖ/ISH, 1999).....	9
2.3.1.3	Arteriyel Kan Basıncının 18-74 Yaş Arası Yetişkinler İçin Sınıflandırılması (JNC VII, 2003).....	10
2.4.1	Sistolik Kan Basıncını Düşürmenin Ölümler Üzerindeki Etkisi.....	13
2.10.1	18-74 Yaş Arası Hipertansiyonlu Yetişkinlerde Farkındalık, Tedavi Ve Kontrol Oranlarının Seyri.....	19
3.2.1	Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı.....	27
3.4.1	Araştırmaya Katılmayan Hastaların Katılmama Nedenlerine Göre Dağılımı.....	29
4.1.1	Hastaların Hastalıkları İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33-34
4.2.1	Hastaların Kan Basınçlarını Anlamlandırabilme Durumuna Göre Dağılımı.....	34
4.2.2	Hastaların Normal Kabul Ettikleri Kan Basıncı Değerlerinin Gerçekte Denk Geldiği Kan Basıncı Sınıf Aralığına Göre Dağılımı.....	35
4.2.3	Hastaların Hipertansiyon İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumuna Göre Dağılımı.....	36
4.2.4	Hastaların Hipertansiyonun Komplikasyonlarını Bilme Durumuna Göre Dağılımı.....	37
4.2.5	Hastaların Antihipertansif İlaçları Kullanış Amaçlarına Göre Dağılımı.....	37
4.3.1	Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisi ve İlaç Dışı Tedavi Uygulamaları İle İlgili Soruları Cevaplama Durumuna Göre Dağılımı.....	38
4.4.1	Hastaların Hipertansiyon Ve Tedavi Uygulamaları İle İlgili Kendi Bilgilerini Değerlendirmelerine Göre Dağılımı.....	40

4.4.2	Hastaların Son 1 Yıl İçinde Hipertansiyon ve Tedavisi İle İlgili Bilgi Edinmede Kullandıkları Kaynaklara Göre Dağılımı.....	41
4.4.3	Hastaların Son 1 Yıl İçinde Hipertansiyon ve Tedavisi İle İlgili Bilgi Edinmede Basın-Yayın Araçları Kullanma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	42
4.4.4	Hastalık Süreci Ve Tedavi Uygulamaları İle İlgili Hasta Eğitimini Kimler Yapmalıdır Sorularına Verilen Cevaplara Göre Hastaların Dağılımı.....	42
4.5.1	Hastaların Kan Basınçlarını Ölçme/Ölçtürme Sıklığına Göre Dağılımı.....	43
4.5.2	Hastaların Kan Basınçlarını Düzenli Olarak Ölçme/Ölçtürme Sıklığına Göre Dağılımı.....	44
4.5.3	Hastaların Kan Basınçlarını Düzenli Ölçtürmeme Nedenlerine Göre Dağılımı.....	44
4.5.4	Son 1 Ay İçinde Antihipertansif İlaçlarını Aksatmadan Alma Durumuna Göre Hastaların Dağılımı.....	45
4.5.5	Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisi Ve İlaç Dışı Tedavi Uygulamalarının Dağılımı.....	46
4.6.1	Hastaların İlaç Dışı Tedavi Yöntem Bilgilerine Göre Uygulamalarının Dağılımı.....	48
4.6.2	Hastaların Sigara Ve Aşırı Alkol Kullanmanın Hipertansiyon Üzerine Olan Etkisine Yönelik Bilgisinin Davranışlarına Göre Dağılımı.....	50
4.6.3	Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisi Bilgilerinin İlaç Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı.....	51

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Giriş

Hipertansiyon, en tehlikeli kardiyovasküler hastalıklardan biridir ve en yaygın olanıdır (DSÖ, 1999; Nadine ve ark.2001). Bu hastalık, yalnız kan basıncındaki yükseklik ile seyreden basit bir sağlık sorunu değildir. Hipertansiyon kardiyovasküler sisteme yaptığı tahribatlar kadar, beyin ve böbrekler üzerinde de hasarlar yaratır (Arıcı ve Çağlar, 2002). Genellikle hiçbir belirti vermeden ilerleyen hipertansiyon, kendini diğer organlarda yarattığı ciddi hasarlarla belli eder (DSÖ-ISH, 1999; Özcan, 2001).

Epidemiyolojik araştırmalar hipertansiyonun tüm dünyada bir sorun haline geldiğini ortaya koymaktadır. Amerika'da Birleşik Ulusal Kurul (2003), kendi ülkelerinde 18-74 yaş arası erişkin nüfusun % 24.4'ün hipertansif olduğunu, tüm dünyada ise, yaklaşık olarak 1 milyar hipertansiyonlu insanın bulunduğunu tahmin etmektedir. DSÖ' nün 1996-1997 yılı verilerine göre hipertansiyon prevalansı, İngiltere'de % 33, Rusya'da %30, Filipinler'de %17'dir (Sağlık Bakanlığı, 1999).

Türkiye'de hipertansiyon prevalansı ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak, erişkin nüfusun kan basıncı dağılımı ve hipertansiyon prevalansını ortaya koyan TEKHARF çalışması tüm toplumu temsil edebilen tek çalışmadır. TEKHARF çalışmasında hipertansiyon için, AKB değerleri sistolik ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik ≥ 90 mmHg alınmış, bu değerlere sahip olan kişiler ve AKB normal bile olsa antihipertansif ilaç kullanan kişiler hipertansiyonlu olarak değerlendirilmiştir. Bu tanıma göre, **Türkiye'deki tüm erişkin erkeklerin % 30'unun, kadınların ise %35'inin hipertansiyonlu olduğu tahmin edilmektedir** (Onat ve ark.1999-a). TEKHARF çalışması, Türkiye'nin, hipertansiyon prevalansı yüksek ülkelere göre biri olduğunu göstermektedir.

Hipertansif bireylerde, kan basıncının düşürülememesinin başlıca nedeni, hastanın tedaviye uyum gösterememesidir. Hasta uyumunu artırmak için, hastalara tedavi ve bakımlarına yönelik iyi bir eğitim yapılması ve sorumluluk verilmesi gerekir (TKD, 2000-a). Bu iki koşul da, hastanın eğitimi ile gerçekleştirilebilir. Hastanın, tedavi ve bakımına uyum sağlaması için hastalık süreci ve tedavi uygulamaları hakkında bilgilendirilmesi gereklidir (Guidelines Sub-Committee; WHO/ISH, 1999; JNC VII, 1997)

Amerika'da Ulusal Yüksek Kan Basıncı Eğitim Programı'ndan sonra hipertansiyona bağlı hastalık ve ölümlerde büyük oranda düşüş olduğu gözlenmiş ve bu gelişme, yürütülen eğitim programının olumlu sonuçlarına bağlanmıştır (JNC VI, 1999).

Hipertansif hastaların eğitim gerekliliğini ortaya koymak için, hipertansif hastalarda AKB'nı kontrol altında tutabilme oranlarını araştıran çalışmaları incelemek yeterlidir. Erdine (2000)'nin çalışmasına göre hipertansiyon tanısı almış bireylerde kan basıncını 140/90 mmHg'nin altında tutabilme oranı, Rusya'da % 5.7, İngiltere'de % 6, İtalya'da % 9 ve Fransa'da % 33' tür. İskoçya'da % 17.5, Almanya'da % 22.5 oranında kişi ise, AKB düzeylerini ancak, 160/95 mmHg'nin altında tutabilmektedir. Bu oranların düşük olmasının başlıca nedeni, hastaların, hastalık ve tedavi bilgilerinin azlığı ve yanlışlığı nedeniyle tedaviye uyum sağlayamamasıdır.

Amerika'da da AKB'nı 140/90 mmHg'nin altında tutabilen hipertansif hastaların oranı, ulusal olarak yürütülen 24 yıllık hasta eğitimi çalışmaları sonunda % 10'dan 34' e yükseltilebilmiştir. (JNC VII, 2003). Bu verilerin derlendiği çeşitli çalışmaların sonuçları, Avrupa ülkeleri ve Amerika'da AKB'nı kontrol altında tutabilen hastaların oranının yüksek olmadığını göstermektedir.

Türkiye'de benzer çalışmalar çok sınırlıdır. TEKHARF çalışmalarının kısmi sonuçlarına göre toplumumuzdaki hipertansif bireylerin yarısından fazlası hastalıklarının farkında değildir. Hipertansif hastalarda ilaç kullanımı ise, erkeklerde % 31, kadınlarda % 41'dir. Kan basıncı değerini 140/90 mmHg'nin altında tutabilen hipertansif hastaların oranı, erkeklerde % 8, kadınlarda % 10 gibi oldukça düşük düzeydedir (Onat ve ark.,1999-a).

Emiroğlu (1983)'nun 55 yaş üzeri hipertansif hastalar üzerinde yaptığı çalışmaya göre, hastaların % 35.4'ünün hekim tarafından onerilen antihipertansif ilacı almadığı ve tümünün kullandıkları ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmadığı saptanmıştır. Baharlı ve arkadaşlarının (1999)'nın yürüttüğü çalışmada ise, hipertansiyon hastalarının % 51'inin hastalıklarının farkında bile olmadığı belirlenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1999).

TKD, Türkiye'de 2000 yılında, 5 milyonu erkek, 6 milyonu kadın toplam 11 milyon hipertansiyonlu bulunduğunu tahmin etmektedir (Onat ve ark., 1999-a). Toplumumuzun bu alanda yeterli bilgiye sahip olmaması ve Sağlık Bakanlığının ncelik verdiği alanlar listesinde kalp sağlığının bulunmaması önemli bir sorundur. Türkiye, genç bir nüfus yapısına sahiptir. Ülkemizdeki yaş ortalamasının yükselmesi ile, hipertansiyona bağlı komplikasyon ve ölümlerin artacağı beklentisi, sorunu daha da ciddileştirmektedir (TKD, 2000–b).

Hipertansif bireylere yönelik eğitim faaliyetlerinin AKB'nı kontrol altına almada ciddi yararları vardır. Amerika'da tüm topluma yönelik eğitim çalışmalarına bağlı olarak, 1976-2000 yılları arasında, hastalığının farkında olan hipertansif bireylerin oranı % 51'den 70'e, tedavi görenlerin oranı % 31'den 59'a ve en önemlisi, kan basıncını 140/90 mmHg'nın altında tutabilen hastaların oranı % 10'dan 34'e yükseltilebilmiştir (JNC VII, 2003). Türkiye'nin 1999 yılı farkındalık, tedavi ve AKB kontrolü ile ilgili istatistiksel verileri, Amerika'nın 1976 yılı verilerine benzerdir. Cooper ve arkadaşları (2001), kronik hastalarda, hastalıkla ilgili bilgi düzeyi arttıka tedavi ve bakıma uyumun da arttığını tespit etmişlerdir. Ünsar ve arkadaşları (2004)'nın koroner arter hastalarında, hemşirenin verdiği eğitimin etkinliğini inceleyen deneysel çalışmalarına göre, hastaların bilgilendirilmesi ile SKB ve DKB düzeylerinde anlamlı düşüşler olduğunu tespit etmişlerdir.

Tüm bunlar, hipertansif bireylerde AKB'nı düşürmenin ve bunu sağlamak için hastaları eğitmenin gerekli olduğunu ortaya koymaktadır. Ülkemiz ile ilgili sunulan veriler ve hipertansif hastalara yönelik eğitim faaliyetlerinin yararlarını gösteren çalışmalar göz önünde tutulduğunda, toplumumuz için hipertansif hastaların, eğitime gereksinim duydukları söylenebilir. Buna karşın, hastaların eğitimi planlanırken, var olan doğru ve yanlış bilgileri eğitimci tarafından bilinmeli ve eğitimde kriter olarak göz önünde tutulmalıdır (zer ve ark, 2002).

Sağlık bakım hizmetlerindeki değişim ve reformlar hemşirelerin temel rolleri arasında, eğitimci rolünün yer almasına ve öne çıkmasına neden olmuştur (Taşoçak, 2000). Birey, aile ve görevlilerin eğitiminde hemşire rol almalıdır. DSÖ, sağlık eğitimcilerine yönelik hazırladığı *Sağlık Personeli Eğitimi Rehberi*'nde, hemşirelerin eğitimci rolünü vurgulamıştır (Guilbert, 1987).

Nissinen ve arkadaşları (1992), hipertansiyon kontrolüne yönelik, toplum programlarının maliyet ve yararlarını inceledikleri çalışmalarında, Finlandiya'da hipertansiyon konusunda özel eğitim görmüş hemşirelerin yönettiği hipertansiyon dispanserlerinden bahsetmektedirler.

Hipertansif hastalara yönelik yapılan eğitimlerin yetersizliği, hemşirelerin bu alanda etkin olarak rol almasını gerektiren bir faktördür. Hipertansif hastalar için hemşirelik süreci, hastalığa uyum sağlayabilmek amacıyla, hasta eğitimini içermektedir (Carpoenito, 1999; Cunningham, 2000). Hastaların eğitim faaliyetlerinde sorumluluğu olan ve bu faaliyetleri yürütmeye etkin rol alabilecek konumda bulunan profesyonel hemşireler, hipertansiyonlu hastaların eğitim süreçlerini yürütmelidir.

Literatür incelemeleri sonunda, Türkiye'de hipertansif hastaların hastalık süreci ve tedavi uygulamalarına yönelik bilgi ve davranışlarını ayrıntılı ve sistematik bir şekilde inceleyen çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmüştür. Yine bu konuda, hemşirelerin eğitici rolünü gerçekleştirmesini inceleyen çalışmaların da sınırlı sayıda olduğu saptanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amaçları

Bu çalışmanın amaçları, esansiyel hipertansiyonlu hastaların;

- Hastalıkları ve tedavi uygulamaları hakkındaki bilgilerini saptamak,
- Tedavi uygulamaları ile ilgili davranışlarını incelemek,
- Hipertansiyon ve tedavisi ile ilgili bilgilerine göre, uygulamalarında farklılık olup olmadığını incelemek,
- Hastalık ve tedavi uygulamaları ile ilgili kendi bilgilerini değerlendirme durumunu ve bilgi edinmede kullandıkları kaynakları incelemektir.

- Ayrıca, bu araştırmanın, araştırmacı tarafından yapılacak olan esansiyel hipertansiyonlu erişkin bireylere yönelik eğitim çalışmalarını, planlama ve eğitim programı hazırlamada temel oluşturulması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

AKB'nın normal kabul edilen sınırların üstüne çıkmasına, sistemik arteriyel hipertansiyon, ya da kısaca hipertansiyon denir. AKB'ndaki ani ve kısa süreli yükselmeler hipertansiyon olarak nitelendirilmez. Sistemik hipertansiyon, periferik kan basıncının kronik olarak yüksek olmasıdır. Hipertansiyon tanısı, tekrarlayan ölçümlerde AKB'nın normal kabul edilen değerlerin üzerinde bulunmasıyla konulur (Özcan, 2001).

AKB'nın kabul gören sınırları da tartışmalı bir konudur. SKB için 140 mmHg ve üzeri anormal bir değer olarak kabul edilmektedir. Oysa, 138 mmHg normal AKB sınırları içinde değerlendirilmektedir. Yapılan çalışmalar, AKB ile buna bağlı morbidite ve mortalite arasında doğru bir orantı olduğunu göstermiştir (DSÖ-ISH, 1999). Pickering (1972), normal ve anormal AKB arasında kesin bir sınır olmadığını, mortalite ve AKB bağlantısının nicel olduğunu, AKB arttıkça prognozun da kötüleşeceğini belirtmiştir (TKD, 2000 - a).

Normal ve anormal kan basınçları arasında kesin bir sınırın olamayacağı gerçeği kan basıncı sınıflandırmalarının yıllar içinde sürekli olarak değişmesine yol açmaktadır. Kaplan (1998), kavramsal olarak hipertansiyonu "*eylemde bulunmanın yararlarının, eylemsiz kalmanın riskleri ve maliyetinden daha üstün olduğu kan basıncı düzeyi*" olarak tanımlamıştır.

2.2. Normal ve Anormal Kan Basıncı

AKB, arter içinde bulunan kanın damar duvarına yaptığı basınçtır. Guyton ve Hall (2001)'e göre AKB'nı başlıca iki faktör belirler;

1. Kalp debisi; kalbin bir dakikada aorta pompaladığı kan miktarıdır.
2. Sistemik vasküler direnç; damarın bütün iç yüzeyi boyunca kan akımına karşı sürtünme sonucu ortaya çıkan dirençtir.

Kalp debisi ve sistemik vasküler direnci artıran durumlar, AKB'nın da yükselmesine yol açar. Hipertansiyon tanısında belirleyici ana faktör, AKB'ndaki yüksekliktir. Ancak, normal kabul edilebilir AKB değerleri sürekli tartışma konusu olmuştur. Tartışmanın nedeni, normal kabul edilen kan basıncı değerlerinin, yaş, cinsiyet, kronik hastalıklar ve komplikasyonlara yol açabilecek kan basıncı düzeyleri gibi çeşitli kriterlere göre, değişken olmasıdır. Bununla beraber, sağlıklı erişkin birey için komplikasyonlara yol açmayacak ideal kan basıncı değeri 120/80 mmHg'nın altı olarak tüm dünyada kabul görmekte, 140/90 mmHg ve üzerindeki AKB değerleri ise hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (JNC VI, 1997; DSÖ/ISH, 1999; ESH/ESC, 2003; JNC VII, 2003;). Buna karşın, hipertansif hastalar için hedeflenebilecek kan basıncı düzeyi biraz daha yüksektir. Mancia ve arkadaşları, hipertansif bireyler için 140/90 mmHg'nın altındaki kan basıncı değerlerinin normal kabul edilebileceğini belirtmişlerdir. Hipertansif hastalara daha iddialı kan basıncı hedefleri koymak, hastanın tedaviye uyumunu güçleştirebilecek bir faktördür (Kaplan, 1998).

2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Günümüze kadar ulusal ve uluslar arası kuruluşlar, yürütülen çalışmaların sonuçlarına dayanarak kan basıncı değerlerini ve hipertansiyonu çeşitli kriterlere göre sınıflandırmıştır. Bunlardan sıkça kullanılanları, AKB değerine göre, etyolojiye göre ve hedef organ hasarına göre yapılan sınıflandırmalardır.

Hipertansiyonda AKB sınırları, bu alanda yapılan çok sayıda çalışma ile belirlenmeye çalışılmaktadır. Yaptıkları kan basıncı sınıflandırmaları, uluslar arası alanda kabul gören ve kullanılan kurumlar şunlardır;

1. Joint National Committee (JNC): Kurul, yüksek kan basıncının önlenmesi, saptanması, değerlendirilmesi ve tedavisi için çalışmalar yapmaktadır. Amerika'da Ulusal Kalp, Akciğer, ve Kan Enstitüsü yapısında bulunan kurum, Ulusal Yüksek Kan Basıncı Eğitim Programını yürütmektedir. JNC'nin yaptığı sınıflandırma, Avrupa ülkeleri tarafından da kabul görmekte ve yakından takip edilmektedir (JNC VI, 1997; DSÖ/ISH, 1999; ESH/ESC, 2003).

2. DSÖ/ISH: Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslar arası Hipertansiyon Derneği AKB ve hipertansiyon için ayrıntılı bir sınıflandırma yapmıştır. Bu sınıflandırma, JNC'nin VII. toplantısına kadar olan çalışmalar sonucu yapılan ve kabul gören tüm sınıflandırmalara oldukça benzerdir (DSÖ/ISH, 1999).
3. ESH/ESC: Avrupa Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Kardiyoloji Derneği, yayımladığı arteriyel hipertansiyonun yönetimi kılavuzlarında farklı bir sınıflandırmaya gitmek yerine, DSÖ/ISH tarafından yapılan sınıflandırmayı kullanmış, ve JNC VI. raporunda yer alan kan basıncı sınıflandırmasının da benzer oluşuna dikkat çekmiştir (ESH/ESC, 2003).

2.3.1. Arteriyel Kan Basıncına Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

AKB değerlerine göre hipertansiyonun klinik sınıflandırması, tedavi ve bakımın planlanmasında büyük ölçüde yol göstericidir. İlaç dışı tedavi yöntemlerinin seçimi ve ilaç tedavisinin niteliği, risk faktörleri ve komplikasyon varlığı ile birlikte, AKB düzeyine bağlıdır (Özcan, 2001). AKB'nın sınıflandırması genel olarak risk faktörlerinin en az düzeyde olduğu ideal, bunu takiben sırası ile normal, yüksek-normal, ve hipertansiyon'un çeşitli evrelerinden oluşur.

DSÖ/ISH ve JNC, AKB düzeylerine göre hipertansiyonu benzer bir şekilde sınıflandırmıştır. Yapılan bu sınıflandırmalar, çizelge 2.3.1.1. ve 2.3.1.2'de verilmiştir.

Çizelge-2.3.1.1: Arteriyel Kan Basıncının 18-74 Yaş Arası Yetişkinler İçin Sınıflandırılması (JNC VI, 1997)

AKB sınıfı	SKB (mmHg)	Koşul	DKB (mmHg)
İdeal	<120	ve	<80
Normal	<130	ve	<85
Yüksek – normal	130-139	veya	85-89
Hipertansiyon			
1. derece	140-159	veya	90-99
2. derece	160-179	veya	100-109
3. derece	≥180	veya	≥110

JNC VI (1997)'ya göre SKB ve DKB değerleri farklı sınıf aralıklarına düşerse, kan basıncı sınıflandırması daha yüksek olan basınç değerinin bulunduğu aralığa göre yapılır. Örneğin 174/120 mmHg 3. derece hipertansiyondur. SKB'nın 140 mmHg'dan yüksek, DKB'nın da 90 mmHg'dan düşük olması *izole sistolik hipertansiyon* olarak adlandırılır. Örneğin, 170/82 mmHg 2. derece izole sistolik hipertansiyondur.

Çizelge-2.3.1.2: Arteriyel Kan Basıncının 18-74 Yaş Arası Yetişkinler İçin Sınıflandırılması (DSÖ/ISH, 1999)

AKB sınıfı	SKB (mmHg)	Koşul	DKB (mmHg)
İdeal	<120	ve	<80
Normal	<130	ve	<85
Yüksek – normal	130-139	veya	85-89
1. derece hipertansiyon (hafif)	140-159	veya	90-99
At grup: Sınırdaki hipertansiyon	140-149	veya	90-94
2. derece hipertansiyon (orta)	160-179	veya	100-109
3. derece hipertansiyon (ağır)	≥180	veya	≥110
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140	ve	<90
Alt grup: Sınırdaki izole sistolik hipertansiyon	140-149	ve	<90

DSÖ/ISH oldukça ayrıntılı bir kan basıncı sınıflandırmasına gitmiştir. Bu sınıflandırmada, normal ve anormal kabul edilen kan basıncı düzeyleri 9 farklı sınıfa ayrılmıştır (Çizelge-2.3.1.2).

Çizelge-2.3.1.1. ve 2.3.1.2’de yapılan kan basıncı sınıflandırmasında ideal, normal ve hatta yüksek normal diye, anormal kabul edilmeyen kan basıncı değerlerinin ayrı ayrı sınıflandırılması, normal kabul edilen düzeyler hakkında karmaşa yaratmıştır. Bu durum, sağlık profesyonelleri tarafından eleştirilmiş ve klinik uygulamalarda sınıflandırma sorunlarına yol açmıştır (JNC VII, 2003).

2.3.2. Arteriyel Kan Basıncına Göre Hipertansiyonun Sınıflandırmasında Yeni Yaklaşımlar

Son çalışmalar doğrultusunda JNC, hipertansiyonun sınıflandırmasında köklü bir değişikliğe gitmiştir. Yapılan bu sınıflandırmada, öncesine ait tüm kan basıncı sınıflandırmalarından farklı olarak, *prehipertansiyon* evresi tanımlanmıştır. SKB’nda 120-139 mmHg arası, DKB’nda 80-89 mmHg arası anormal AKB düzeyleri olarak nitelendirilmiştir (JNC VII, 2003). Ayrıca çizelge-2.3.1.3’te görülen bu yeni sınıflandırma, hipertansiyonun evrelendirilmesinde, duyulan sadeleştirme gereksinimini de karşılamıştır.

Çizelge-2.3.1.3: Arteriyel Kan Basıncının 18-74 Yaş Arası Yetişkinler İçin Sınıflandırılması (JNC VII, 2003)

AKB sınıfı	SKB (mmHg)	Koşul	DKB (mmHg)
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	ve	80-89
Hipertansiyon			
1. derece hipertansiyon	140-159	veya	90-99
2. derece hipertansiyon	≥160	veya	≥100

2.3.3 Etyolojisine Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Bir nedene bağlanabilen hipertansiyon vakaları % 10'dan daha azdır. Etyolojisi bilinen hipertansiyon, *sekonder* ya da *ikincil* hipertansiyon olarak adlandırılır. Vakaların % 90-95'i bir nedene bağlanamaz (Carretero ve Oparil, 2000). Bu tip, bir nedene bağlanamayan hipertansiyon, *esansiyel* ya da *birincil* hipertansiyon olarak adlandırılır. Bununla beraber, esansiyel hipertansiyona yatkınlığı artıran birçok faktör bilinmektedir (Goldman ve Bennet, 2000). Nedeni bilinmeyen bu tür hipertansiyon vakaları, çalışmamızın da odağında olan esansiyel hipertansiyonlular grubunu oluşturur.

2.3.4. Hedef Organ Hasarına Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonun sınıflandırılmasında yüksek AKB'nın yol açtığı organ hasarı da bir kriterdir. Hedef organ hasarına göre sınıflandırma, hipertansiyona bağlı komplikasyonların olma durumu ve varsa niteliğine bakılarak yapılır (ESH/ESC, 2003).

Kardiyovasküler hastalıklar için risk, sadece AKB düzeyi ile değil, hedef organ tutulumu ve risk faktörlerinin bulunuşu ile de ilgilidir. Bu nedenle hipertansiyonu sınıflandırırken AKB düzeyine ek olarak, hedef organ hasarı ve risk faktörleri de değerlendirilmelidir. Hipertansiyon başlıca, kalp, beyin ve böbrekler üzerinde ciddi tahribatlar oluşturmaktadır (DSÖ/ISH, 1999; TKD, 2000-a; Arıcı ve Çağlar, 2002).

2.4. Hipertansiyonda Tedavinin Gerekliliği

Hipertansiyon tedavisinde temel amaç, kardiyovasküler hastalık ve ölümlerin azaltılmasıdır. Bu amacın gerçekleştirilmesi SKB ve DKB düzeylerinin kontrol altında tutulabilmesine bağlıdır. Hipertansiyonun tedavisinde, AKB düzeyinin 140/90 mmHg'nın altına düşürülmesi ve sürekliliğinin sağlanması hedeflenir. Bu hedefin tutturulması, kardiyovasküler komplikasyon riskini anlamlı düzeyde azaltmaktadır (JNC VII, 2003). Stamler (1991)'in yaptığı bir çalışmaya göre, SKB

düzeylerinde sağlanan küçük düşüşler bile, felç ve koroner kalp hastalığına bağlı ölümlerde azalmaya neden olmaktadır.

Kan basıncı düzeyi ile hipertansiyonun komplikasyonları arasında da anlamlı bir bağlantı vardır. Mac Mahon ve ark. (1990)'nın dokuz prospektif çalışmadan elde edilen verilere dayalı kantitatif çalışmalarına göre, DKB 105 mmHg olan hastalarda, DKB 76 mmHg olanlara göre, felç riskinde on kat, koroner arter hastalığı riskinde beş kat artış bulunmaktadır (DSÖ, 1996). Levington ve arkadaşları (2002)'nin 1 milyon kişiyi kapsayan meta analiz çalışmalarına göre, SKB'nda 20 mmHg ya da DKB'nda 10 mmHg'lık her artış, kardiyovasküler hastalık riskini ikiye katlamaktadır.

Türkiye genelinde yürütülen TEKHARF çalışmasına göre, yılda ortalama 130 bin'i koroner kökenli olmak üzere 180 bin kardiyovasküler kökenli ölüm olmaktadır. Koroner kökenli ölümlerde en güçlü temel belirleyicinin SKB düzeyi olduğu tespit edilmiştir. SKB'nda her 10 mmHg'lık artış, koroner kalp hastalığı riskini % 22 artırmaktadır. Koroner mortalite ve morbidite her yıl % 5 yükselmektedir. Türkiye genç bir nüfus yapısına sahiptir ancak, koroner ölümler yaşlı nüfus yapısındaki gelişmiş ülkeler kadar yüksektir. Nüfusun yaşlanması ile kardiyovasküler hastalık ve ölümlerde de ciddi artış beklenmektedir. Toplumumuzda ortalama 11 milyon hipertansif bireyin bulunduğu dikkate alındığında, hipertansiyonda tedavinin gerekliliği açıkça görülür (TKD, 2000–b).

Hipertansif bireylerde kan basıncını düşürmenin olumlu etkilerini kanıtlayan çalışmalar uzun süredir yapılmaktadır. Bu bireylerde, kan basıncı düzeyleri düştükçe komplikasyon görülme sıklığı da azalmaktadır. Gerçekleşen komplikasyonlar ise, daha geç dönemlerde ortaya çıkmaktadır. Collins ve arkadaşları (1994) yaptıkları çalışmada, DKB'nda 5-6 mmHg'lık, SKB'nda ise, 10-14 mmHg'lık bir düşüşün, felç riskini % 38, koroner kalp hastalığı riskini % 16 oranında azalttığını ortaya koymuşlardır. Stamler ve arkadaşları (1999), 366,559 genç ve orta yaşlı bireyi içeren çalışmalarında, düşük kardiyovasküler riske sahip olanların, (SKB \geq 120 mmHg ve DKB \geq 80mmHg) kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm risklerinin % 72-85 oranında daha az olduğunu belirlemişlerdir.

Çizelge-2.4.1: Sistolik Kan Basıncını Düşürmenin Ölümler Üzerindeki Etkisi

SKB'ndaki düşüş (mmHg)	Felce bağlı ölümlerde Azalma (%)	Koroner ölümlerde Azalma (%)	Tüm ölümlerde Azalma (%)
2	6	4	3
3	8	5	4
5	14	9	7

Çizelge-2.4.1'de SKB'nda sağlanan küçük düşüşlerin, felç ve koroner hastalıklara bağlı ölümler ile Amerikan toplumundaki tüm ölümlerde sağladığı azalma görülmektedir (Primary prevention of hypertension, 2002).

Yüksek kan basıncını düşürmenin gerekçeleri aşağıda özetlenmiştir (Kaplan, 1998);

Hipertansiyondan kaynaklanan temel zarar ağır hipertansiflerde değil, sayıca çok daha fazla olan hafif ve orta derece hipertansiyonlu bireylerde olmaktadır. Sonuç olarak, toplumdaki tedavi gerekliliği geniş bir hipertansiyonlu hasta grubu için gerekmektedir (Kaplan, 1998).

Yüksek Kan Basıncını Düşürmenin Gerekçeleri

- Kardiyovasküler hastalıklar sonucu ortaya çıkan morbidite ve mortalite AKB düzeyi ile doğrudan bağlantılıdır.
- AKB en çok hipertansif kişilerde yükselmektedir.
- İnsanlarda kan basıncı düşük olduğunda damar zedelenmesi de azalmaktadır.
- Antihipertansif tedavi kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır.

2.5. Hipertansiyonlu Hastaları Eğitmenin Gerekliliği

Hipertansiyonun önlenmesine yönelik olarak Amerika'da Ulusal Sağlık Enstitüleri tarafından yayınlanan bir kılavuza göre, DKB'nda ortalama 2 mmHg'lık bir düşüş, hipertansiyon prevalansında % 17'lik bir azalma sağlayacaktır (Primary prevention of hypertension, 2002). DKB'nda ilaç dışı yöntemlerle sağlanabilecek bu düşüş için, hastaya iyi bir eğitim yapılması gerekmektedir (JNC VI, 1997).

Değişik ülkelerde hipertansiyon prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalara dayanarak, en iyi ihtimalle bile her 5 kişiden birinin hipertansif olduğu söylenebilir. Böyle büyük toplulukların yaşam boyu süren tedavisinin maliyeti de yüksektir. Amerika'da, sadece antihipertansif ilaç tedavisi için 8-10 milyar dolar harcanılmaktadır. Hipertansiyonda maliyet, ilaç tedavisi dışında; komplikasyonların tedavisi, hastaneye yatırma giderleri, hasta ve sağlık personeli için iş gücü ve zaman kaybı gibi farklı nedenlerden kaynaklanmaktadır (TKD, 2000 – a; Kaplan, 1998).

Komplikasyonların ciddiyeti ve yaygınlığı dikkate alındığında, koruyucu ve tedavi edici politikaların, maliyetine oranla yararının daha büyük olduğu gösterilmiştir (Nissinen ve ark, 1992). Bunun bir sonucu olarak, Amerika ve gelişmiş Avrupa ülkelerinde sağlıklı ve hasta bireylere yapılan hipertansiyonlu hastaların eğitimi, tarama ve kontrol programları yaygınlaşmaktadır.

2.6. Tedavide Hastanın Rolü

Hipertansif tedavinin etkinliği, büyük ölçüde hastanın tedaviye uyum gösterebilmesi ile bağlantılıdır. Antihipertansif tedavinin etkinliği ile ilgili araştırmalar, hipertansif hastaların çoğunun AKB'nın istenilen düzeylerde tutulmadığını göstermiştir. Türkiye'de tedavi gören hipertansif hastalar içinde, AKB <140/90 mmHg olanlar, % 10' civarındadır. Bununla birlikte, AKB'nda sağlanan her düşüş, hipertansiyona bağlı komplikasyonlarda azalmaya da yol açmaktadır (TKD, 2000-a).

Tedaviye uyumda temel belirleyiciler şekil 2.6.1'deki gibidir (Meredith, 1996; Carpoenito, 1999; TEB, 2001; Mallion ve Schemitt, 2001).

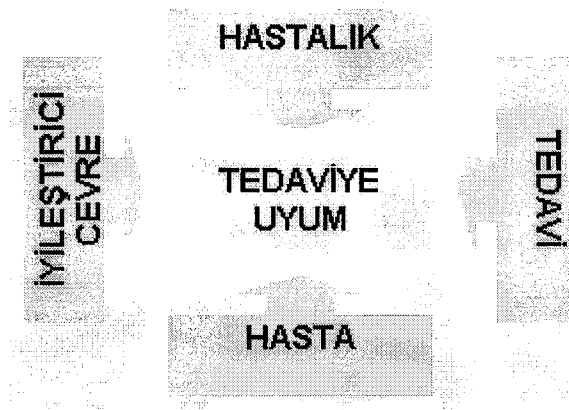
- **Hasta:** Hastanın yaşı, sosyal statüsü, eğitimi, ekonomik durumu, psikolojik özellikleri hasta ile ilgili belirleyicilerdir. Hastanın, stresli, anksiyeteli ve sinirli olması psikolojik özelliklere örnek olarak verilebilir. Bazı hipertansif hastalarda, tansiyonunu ölçtürme düşüncesi bile, kan basıncında yükselmelere neden olmaktadır.

Hastanın sosyal ve davranışsal özellikleri de tedaviye uyumda temel bir belirleyicidir. Hastanın, sağlık ve hastalık kavramlarını algılama şekli, sağlık

inançları, daha önceki hastalık deneyimleri de tedaviye uyumu belirleyen faktörlerdir.

- **Hastalığın doğası:** Hipertansiyon genellikle belirti vermez. Bu durum, hastanın tedavi uygulamalarını ve komplikasyonlardan korunmaya yönelik yaşam biçimi değişikliklerini yapmasını güçleştirir.
- **Tedavi:** Tedavinin yan etkileri, tedaviye uyumun önündeki temel engellerdendir ve hastanın ilaç tedavisini devam ettirmesini aksatabilir ya da tamamen bırakmasına yol açabilir. Uygun ilaç tedavisinin seçimi yan etkiler ve tedaviye uyumsuzluk üzerinde ciddi olumlu etkiler sağlayabilir. Tedavi ile ilgili diğer bir faktörde, ilaçların maliyeti, kullanım yolu ve istenilen etkiyi sağlayabilme durumudur. Eisen ve arkadaşları (1987), yaptıkları çalışmada, günde tek doz ilaç önerilen hastaların % 83.6'sının ilaç tedavisine uyum gösterdiğini, günde üç doz ilaç önerilmesi durumunda ise uyumun % 59'a düştüğünü görmüşlerdir.
- **İyileştirici çevre:** Planlanan tedavinin hastane dışında da kolay uygulanabilir olması, tedaviye uyumda bir belirleyicidir. İlaç dışı tedavi yöntemlerinin uygulanmasında, ekonomik imkanlar, aile desteği, fiziksel koşulların yeterliliği, gibi faktörler etkilidir.

Şekil-2.6.1: Tedaviye Uyumda Temel Belirleyiciler



2.7. Hipertansif Hastalarda Bilgi Eksikliği Ve Hemşirelik Uygulamaları

Hipertansif bir hasta için hemşirelik sürecinin uygulanması, yaşam kalitesi ve prognozda oldukça etkili faydalar sağlamaktadır. Literatür incelemeleri sonucu hemşirelik uygulamaları yönünden hastanın iki temel sorununun öne çıktığı saptanmıştır. **Bilgi eksikliği ve tedaviye uyumsuzluk.**

Hipertansiyon hastasının tedaviye uyum sağlayamaması, kan basıncının kontrol altına alınamamasına yol açmaktadır. Bununla birlikte, tedaviye uyumsuzluk nedenleri incelendiğinde, önemli bir bölümünün yine bilgi eksikliği yada yanlış bilgilerden kaynaklandığı görülmektedir. Hemşirenin, hipertansiyonlu hastası için bir girişimi de, tedaviye uyumsuzluğa yol açabilecek konuları onunla paylaşıp, eğitmek ve rehberlik etmektir (Carpenito, 1999; ESH, 2001).

Hipertansif Hastalarda Tedaviye Uyumsuzluk Nedenleri

- Problemin ciddiyetini anlayamama
- Tedavi uygulamalarının karmaşıklığı
- Tedavinin yararları hakkında şüpheler
- Sağlığa ilişkin inançlarda çatışma yaşama
- Karar çatışmaları
- Tedavinin yan etkilerinin görülmesi ya da etkilerinin anlaşılabilmesi
- Daha önceki başarısız tedavi denemeleri
- Hastalık ve tedavi uygulamaları ile ilgili yetersiz bilgi
- Anksiyete
- Sağlık ekibine ve/veya tedavi uygulamalarına güvenmeme
- Etkisiz yöntemlerin yararlı olduğu algısı
- Bilişsel kusurlar
- Motivasyonsuzluk
- Sosyal destek yetersizlikleri
- Yorgunluk
- Bellek problemleri
- Tedavinin maliyeti

Özdemir ve arkadaşlarının (2000) yaptığı çalışmaya göre, hipertansiyonlu hastaların % 42,6'sının hipertansiyonla ilgili hiç bilgisi yoktur. Emiroğlu (1983)'nin çalışmasında, hastaların tümünün hipertansif ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmadığı, % 70,6'sının ilaçların yararına inanmadığı saptanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 1999).

Carpenito (1999)' ya göre, tedaviye uyumsuzluk durumunda hemşire, mevcut seçeneklerin neler olduğunu ve nasıl uygulanabileceğini, birey ile birlikte belirleyen başlıca sağlık personelidir. Hemşire, birey ve aile ile birlikte mevcut seçenekleri incelemeli ve karar verilen seçeneklerin nasıl uygulanacağını bireye öğretmelidir.

Değişik kaynakların incelenmesi sonucu, hipertansiyonlu birey için temel problemlerin tanımlanmasının ve bunlara yönelik hemşirelik uygulamalarının farklılıklar gösterdiği saptanmıştır. Ancak genel olarak, bu uygulamaların kapsamının, eğitim ve destek kavramları içinde yer aldığı söylenebilir.

DSÖ (1995), yayınladığı “etkinliğe doğru eylem” kitabında hemşirenin görev ve işlevlerine yeniden işaret etmiştir. Bu yayına göre, hemşirenin temel görev ve işlevlerinden biri, sağlıklı ve hasta bireyi eğitmektir.

Hipertansiyonlu hastalar için gereken hasta eğitimi, tüm kronik hastalığı bulunan hastalar için geçerli olan bazı yararlar sağlar (Akdemir, 2003).

Hasta Eğitiminin Yararları

- Sağlığın korunması ve geliştirilmesi
- Hastalığın tedavisi ve hastalığa uyum
- Bireyin sağlığı ile ilgili kararlarda etkin ve bağımsız olması
- Yeni hastalık ve komplikasyonların azalması
- Tekrarlı yatışların engellenmesi ya da azaltılması
- Anksiyete ve gerginliğin azaltılması
- Erken taburculuğun gerçekleşmesi
- Maliyetlerin azaltılması

Hipertansif birey için temel hemşirelik hedefleri, hastanın, hastalık sürecini ve tedavi uygulamalarını anlaması, hipertansiyona yönelik olarak, kişisel bakımını yapabilmesi ve komplikasyonların olmamasıdır.(Cunningham, 2000).

2.8. Hasta Eğitimi Ve Tedaviye Uyum

Hasta eğitimi terimi 1950'lerde kullanılmaya başlanmıştır. Hasta eğitimi, sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki ilişki sırasında, öğretme ve öğrenme süreci olarak tanımlanabilir (Özer ve ark.; 2002). Hasta eğitimi, sağlık eğitimi alanlarından biridir. Grout (1985), sağlık eğitimini; sağlık konusunda bilinenlerin, öğrenme süreçleri aracılığıyla aktararak, istenilen kişisel ve toplumsal davranışların sağlanması olarak tanımlamıştır. Hasta eğitiminin ilk aşaması, hastanın bilgilendirilmesidir (Taşocak, 2000).

Genel olarak, bir hastaya hastalığı, şimdiki durumu, tedavi ve bakım uygulamaları hakkında bilgi aktarımı yapılırken, aktarılan bilgilerin kavranması için bazı faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Öncelikle, hastaların varolan bilgileri değerlendirilmelidir (Cooper ve ark., 2000). Bu, hem bireysel hem de grup çalışmaları için geçerlidir. Hastanın bilgi ya da eğitim ihtiyacını sözel olarak ifade etmesi, tedavi sürecini olumsuz yönde etkileyen davranış ve tutumlar sergilemesi, istendik bir sağlık davranışını gerçekleştirememesi, kısaca, tedaviye uyum sağlayamaması, eğitim faaliyetleri için hemşireye ipuçları verir. Bilgilendirme, eğitim sürecinin bir aşamasıdır. Bunu, tutum değişikliği ve istendik davranışların sergilenmesi takip eder. Hemşirenin yaptığı eğitimin, hastanın bilgi ve davranışlarında anlamlı değişimler yarattığı bilinmektedir (Ünsar ve ark., 2004).

2.9. Hipertansif Hastayı Eğitmenin Nedenleri

Sağlığı geliştirmeye yönelik çabaların doğrudan sağladığı yarar sağlık sorunlarından uzaklaşmadır. Hipertansiyon hastalığında da hastanın yararı, komplikasyonlardan korunmak olacaktır. Bu yarara, hastanın önem ve değer yüklemesi zordur. Çünkü, sağlanacak yarar, gelecekte problemler yaşamama gibi belirsiz bir kazanım olacaktır. Böylesi, zor bir konunun hastaya anlatılabilmesi ancak, planlı bir eğitim ile olabilir (Shumaker ve ark, 1990).

Kronik hastalıklarda hasta eğitiminin, tedaviye uyumu ve hasta memnuniyetini artırdığı, hastanın kendini daha iyi hissetmesini sağladığı bilinmektedir. Eğitim ile, hastanın kendi üzerindeki sorumluluğu artar, morbidite ve mortalite oranları düşer, sağlık personelinin takip ve kontrol gereksinimi azalır (JNC VI, 1997).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların tedavi ve bakımından daha etkilidir. Hemşirenin, verdiği hizmetin odağında, doğrudan *insanın* olması hastalıklardan ve hastalar için komplikasyonlardan korumayı gerektirmektedir. Bunlarda, hastanın bilgilendirilmesi, tutum ve davranış değişikliği sağlanması ile olur.

Hasta eğitimi, hastaneye yatış oranı, tedavi maliyeti ve profesyonel bakım gereksiniminde azalma sağlar (Nissinen ve ark., 1992). Tüm bu faktörler sağlığın yükseltilmesi ve hasta memnuniyetini de getirir. Hemşirenin, bu denli faydalar sağlayan hasta eğitimi konusunda profesyonel eğitici rolü, toplumsal statüsünü güçlendirebilir.

2.10. Hipertansiyonlu Hastada Eğitimin Başarısı

Hipertansiyonlu hastaya yapılan eğitimin başarısını değerlendirebilmek için, hemşirenin baştan koyduğu hedeflerin olması gerekir. Bu hedefler eğitim konusu ile ilgili olmalıdır (Carpenito, 1999). Yürütülen faaliyetler sonucunda, hastanın kişisel sağlık bilinci ve yaşam kalitesinde artış beklenmelidir (Batlaş, 2000).

Çizelge-2.10.1'de Amerika'da hipertansif hastalara yönelik yürütülen uzun süreli eğitim programının sonuçları görülmektedir (JNC 7, 2003).

Çizelge-2.10.1: 18-74 Yaş Arası Hipertansiyonlu Yetişkinlerde Farkındalık, Tedavi Ve Kontrol Oranlarının Seyri

	Ulusal Sağlık ve Beslenmenin İncelenmesi Tarama Çalışmaları (%)			
	1976-1980	1988-1991	1991-1994	1999-2000
Farkındalık	51	73	68	70
Tedavi	31	55	54	59
Kontrol	10	29	27	34

Çizelge-2.10.1'de bahsedilen farkındalık; hastanın hastalığını bilmesi, hastalığından haberdar olması anlamına gelmektedir. Tedavi; hipertansiyon tanısı almış bireylerden tedavi görenleri, kontrol ise; tedavi altında bulunan hipertansiflerin içinde AKB'lerini 140/90 mmHg'nın altında tutabilenleri göstermektedir. Hipertansif

komplikeasyonlarda ciddi azalmalar sağlayan AKB kontrolü, 28 yıl içinde 3 kattan daha yüksek bir oranda artmıştır.

2.11. Hipertansiyonlu Hastaların Hastalık Süreci Hakkında Bilmesi Gerekenler

Hipertansiyonlu bir hastanın hastalık süreci ile ilgili bilmesi gereken bilgilerin kapsamı ve düzeyi hastanın, yaşı, psikolojik durumu, algısal özellikleri gibi çeşitli faktörlere göre değişebilir. Hastaların, hastalık süreci ile ilgili bilmesi gerekenler, hastalar için hazırlanmış kılavuzlardan yararlanılarak (JNC VI, 1997; Primary prevention of hypertension, 2002; ESH/ESC, 2003; The DASH eating plan, 2003; Your guide to lowering blood pressure, 2003) aşağıda, birkaç başlık altında toplanmıştır.

2.11.1. Hipertansiyonun Tanımı Ve Anlamı

Hastanın hipertansiyonu anlayabilmesi için, öncelikle kan basıncının ne demek olduğunu bilmesi gerekir. Bundan sonra, hipertansiyon hastaya; AKB'nın sürekli olarak normal kabul edilen sınırların üstünde olması olarak tanımlanabilir. Hasta, hangi kan basıncı düzeylerinin normal, hangilerinin yüksek olduğunu bilmelidir. Bu bilgi, hastaların kendi kan basınçlarını doğru bir şekilde değerlendirebilmelerini sağlayacaktır. En uygun AKB düzeyinin 120/80 mmHg'nın altı olmasına karşın, hipertansif hastalar için hedeflenen kan basıncı, 140/90 mmHg'nın altı olarak belirlenmiştir.

Hastaya, AKB yükseldiği ve yüksek seyrettiğinde, bu durumun, genellikle belirti vermeyeceği mutlaka anlatılmalıdır. Yüksek seyreden kan basıncı, şiddetli bir atak gelişmeden ya da uzun dönem komplikeasyonları ortaya çıkmadan genellikle hastaları rahatsız etmemektedir. Hipertansif hastanın tedaviye uyamamasında ve prognozun kötüleşmesinde en büyük faktörlerden biri, semptom ve akut problemlerin sınırlı olmasıdır. Komplikeasyon varlığı ya da hipertansif bir krizin ortaya çıkmasına kadar hasta yaşantısında zorlayıcı bir sıkıntıyla genellikle karşılaşmaz. Hipertansiyon, kronik bir hastalıktır. Hastaya, tüm yaşamı boyunca hipertansiyon hastalığıyla

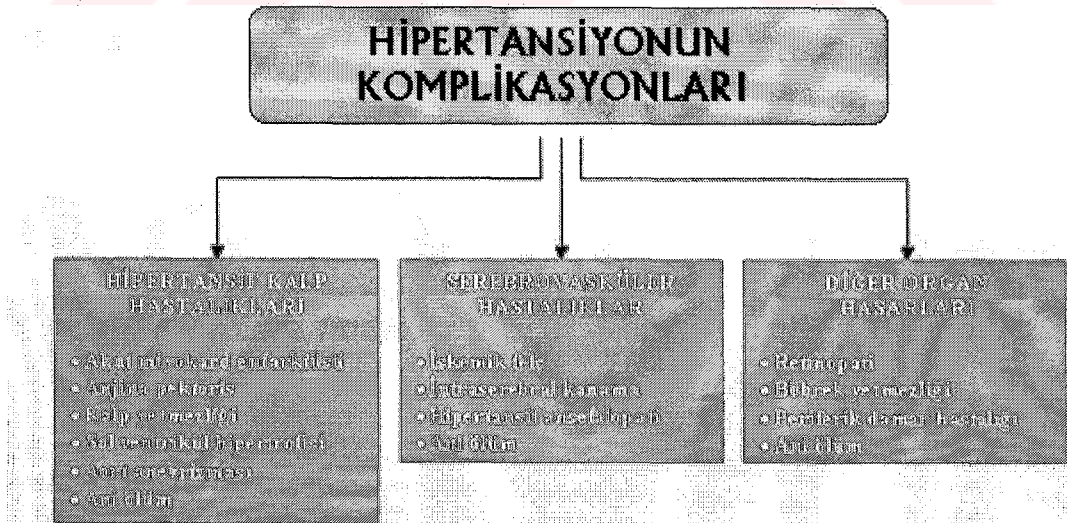
yaşamayı öğrenmesi gerektiği uygun bir şekilde anlatılmalı ve hasta için destek mekanizmaları gözden geçirilmelidir.

2.11.2. Hipertansiyonun Sonuçları (JNC VI, 1999; Özcan, 2001)

Hipertansiyonlu hasta, kendisine önerilen tedaviye uyum sağladığında hangi risk faktörlerini azalttığını, hangi sağlık problemlerinden korunduğunu bilmelidir. Bu bilgiler hastaya, tedaviye uymadığında başına gelebilecek olası hastalıklar olarak aktarılmamalıdır. Yüksek AKB düzeylerinin, hipertansiyonun komplikasyonlarını artırma düzeyi ile ilgili çalışma sonuçları yerine, düşürülmüş ve kontrol altına alınmış AKB düzeylerinin komplikasyonlar üzerinde azaltıcı etkilerini gösteren çalışmalar hasta ile paylaşılmalıdır.

Kontrol altına alınmayan hipertansiyonun şekil 2.11.2.1’de ki problemlerden bir ya da daha fazlasının ortaya çıkması ile sonuçlanması olasıdır. Şekil 2.11.2.1’de görülen hastalıklar her bireyde gelişebilir ancak, yüksek AKB düzeyleri nedeniyle hipertansif bireylerin riskinin daha yüksek olduğu birçok çalışma ile kanıtlanmıştır.

Şekil 2.11.2.1 Hipertansiyonun Komplikasyonları



Ani ölüm, her komplikasyon grubunda, o gruba ait patolojik süreçler sonucu ortaya çıkabilen bir komplikasyondur.

2.11.3. Risk Faktörleri

Önlenebilen ya da önlenemeyen risk faktörlerinin hastaya anlatılması faydalar sağlayabilir. Hipertansif bireyi hastalığa yatkın hale getiren, önlenebilir risk faktörlerine müdahale edilmediği durumlarda tedavinin başarılı olması zorlaşmakta ve komplikasyonlar artmaktadır. Hasta, anlatılan risk faktörlerine göre kendi durumunu daha gerçekçi bir biçimde analiz edebilir. Bu durum, tedavi ve bakım sürecinde hastanın da sorumluluk almasına yardımcı olabilir.

Aşağıda, hipertansiyon için belirtilen risk faktörlerinden önlenebilir/müdahale edilebilir olanlar hasta eğitiminde ön plana çıkarılmalıdır (ESH/ESC, 2003; JNC VI, 1997).

Hipertansiyonda Risk Faktörleri

Önlenebilir/müdahale edilebilir riskler

- Şişmanlık; Beden Kitle İndeksi (BKİ) $\geq 30 \text{kg/m}^2$
- Fiziksel aktivitede yetersizlik
- Sigara içimi
- Aşırı tuz tüketimi
- Dengesiz beslenme; hiperlipidemi

Önlenemeyen/müdahale edilemeyen riskler

- Yaş (60 yaşın üzerinde olma)
- Cinsiyet (Cinsiyet; Erkekler ve menopoz sonrası kadınlar)
- Genetik (65 yaş altı kadınlardan ve 55 yaş altı erkeklerden ailesinde kardiyovasküler hastalık olanlar)

2.12. Hipertansiyonlu Hastaların Tedavi Hakkında Bilmeleri Gerekenler

2.12.1. Tedavinin Hedefi

Esansiyel hipertansiyon kronik bir hastalıktır. Tam bir iyileşmenin sağlanamayacağı, sürekli ilaç kullanımının gerekliliği ve yaşam boyu sürecek iyileştirici yaşam biçimi değişikliklerine uyulması fikri, hastanın tedavi hedeflerini kavramasını zorlaştırıp, umutsuzluğa kapılmasına yol açabilir. Bu nedenle, hipertansiyonda tedavinin hedefi, hastanın önüne anlaşılır ve net bir biçimde getirilmelidir.

Hipertansiyonda tedavinin başarısını gösteren iki temel hedef vardır;

- 1.) Kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin azaltılması,
- 2.) SKB ve DKB düzeylerinde sağlanan düşüşler.

Hastaya, kan basıncının uygun aralıklarda tutulması gerektiği ve bunun ancak, tedavi önerilerini yapmakla olacağı anlatılmalıdır. Tedaviden beklenen yararın, komplikasyonların görülmemesi ve erken ölümün engellenmesi olduğunu hasta bilmelidir. Böylece hasta, sağlığını sürdürmede ve yükseltmede tedavinin etkin olduğunu sürekli hissedecektir.

2.12.2. İlaçla Tedavi

Hipertansif hastanın ilaç tedavisi hakkında bilmesi gereken kritik bilgiler aşağıda görülmektedir.

Hastalar, antihipertansif ilaç tedavisine uyum sağladığında, ilaç tedavisini de uygun biçimde sürdürebilmektedir. Ancak, daha önce tartışıldığı gibi gerek gelişmiş ülkelerde gerekse Türkiye’de antihipertansiflerin doğru bir biçimde kullanım oranları oldukça düşüktür. Hastanın kullandığı antihipertansif sayısı ve ilaç dozu arttıkça, ilaç tedavisini düzenli sürdürme oranı düşmektedir. Yine, antihipertansif ilaçların sayısı ve dozu arttıkça yan etkilerde artmaktadır. İlaçların pahalı ve kolay ulaşılamaz olması, düzenli ilaç kullanımını olumsuz yönde etkilemektedir.

İlaç Tedavisi Hakkında Hastanın Bilmesi Gerekenler

- Aldığı ilacın/ilaçların jenerik adı ve tansiyon üzerinde nasıl etki gösterdiği,
- İlacını/ilaçlarını her gün düzenli olarak, aynı saatte alması gerektiği,
- İlacın/ilaçların bir yan etkisini gördüğü takdirde, hekime danışarak farklı bir ilaca geçilebileceği,
- Kendini kötü hissettiğinde keyfi olarak ilacını/ilaçlarını bırakmaması gerektiği,
- Kendini iyi hissettiğinde keyfi olarak ilacını/ilaçlarını bırakmaması gerektiği,
- Herhangi bir nedene bağlı olarak aldığı ilacın/ilaçların dozu üzerinde değiştirme ya da atlama yapmaması gerektiği.

2.12.3. İlaç Dışı Tedavi Uygulamaları

İlaç dışı tedavi yöntemleri yaşam biçimi değişiklikleri olarak da adlandırılmaktadır. Bu yöntemler, hastanın durumuna göre (var olan diğer kronik hastalıkları, hedef organ hasarının varlığı ve şiddeti, kan basıncı değeri) tek başına tercih edilebileceği gibi, antihipertansif ilaç tedavisine ek olarak da mutlaka uygulanması önerilmektedir. Hastanın uygulayacağı yaşam biçimi değişiklikleri, kullanılan ilaçların dozları üzerinde ve kombine ilaç tedavisinin niteliğinde de belirleyicidir. Bu yönü ile, kullanılan ilaç dışı yöntemler, ilaçların istenmeyen etkilerinde azalmaya yol açmaktadır. Aşağıda sıralanan ilaç dışı tedavi yöntemleri, kan basıncı üzerinde anlamlı düzeylerde düşürücü etkilere sahiptir ve kardiyovasküler riskleri azaltmaktadır. Bu yöntemlerin kullanılması aynı zamanda, hastaya tedavisinin sorumluluğunu da yüklemektedir.

İlaç dışı yöntemlerin hastaya uygulatabilmesi, sağlık bakım profesyonellerinin yaptığı eğitim ve sağladığı destek ile orantılıdır. Hemşire, hastasının faydalanabileceği potansiyel destek kaynakları hakkında yol gösterici olmalıdır. Hastanın motivasyonunu düşürmemek ve yaşam biçimi değişikliklerini olumsuz algılatmamak için, uygulamalar, “uyulması gereken zorunlu kısıtlamalar” olarak gösterilmemelidir.

İlaç Dışı Tedavi Uygulamaları

- Sağlıklı vücut ağırlığına gelinmesi ve korunması,
- Yeterli fiziksel aktivite,
- Sağlıklı bir beslenme planına uyulması,
- Kullanılan tuz miktarının azaltılması,
- Potasyum, kalsiyum ve magnezyumun beslenmede artırılması,
- Aşırı miktarda alkol kullanılmaması,
- Yoğun stresin etkilerine karşı tedbirler almak, gevşeme tekniklerini kullanmak,
- Sigara kullanmamak.

2.13. Uygulama Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Hipertansif hastanın, hastane dışı ortamda yürüttüğü tedavi ve bakım uygulamalarının etkinliğini değerlendirmede temel kriterlerden biri kan basıncı düzeyidir. Bu nedenle hastanın kan basıncını sürekli izlemesi ve değerlendirmesi sağlık ekibinin işini kolaylaştırmaktadır. Yapılan çalışmalar hastane ortamı dışında gerçekleştirilen ölçümlerde okunan kan basıncı değerlerinin, nispeten daha düşük olduğunu göstermektedir (Pickering, 1995).

Ev ölçümleri için hedef kan basıncı 140/90 mmHg'nın altı olan değerlerdir. Ölçülen değer, bu düzeyinin üzerinde olması hastayı olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durum kan basıncının kontrolünü zorlaştıran bir faktördür. Hastanın sosyo-kültürel özelliklerine göre ölçüm aralığı belirlenmeli, özellikle efor sarfı, öfke, heyecan gibi kan basıncını yükseltecek durumlarda ölçüm yapmaması, bu ölçümlerin doğal olarak yüksek çıkacağı hastaya anlatılmalıdır. Gerekli görülürse, kan basıncı ölçümlerinin sayısı hastanın durumuna göre azaltılabilir.

Tedavi ve bakımın etkinliğini değerlendirmede, komplikasyon varlığının incelenmesi ve diğer laboratuvar değerlendirmelerin yapılması diğer yöntemlerdendir. Başarı ile sürdürülen tedavi, komplikasyonlarda azalma ve komplikasyonların gerçekleşme sürelerinde uzamaya yol açmaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Araştırma, betimleyici bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri Ve Örnekleme

Bu araştırma, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğine baş vuran hastalarla yapılmıştır. Çalışma öncesinde, Fakülte Etik Kurul'undan yazılı izin alınmıştır (Ek-4).

Araştırma örnekleminin oluşturulmasında, 01.01.2002 – 01.01.2003 tarihleri arasında Kardiyoloji Polikliniğine başvuran hastaların dosyalarından yararlanılmıştır. Olayın görülüş sıklığına göre örnekleme yöntemi kullanılarak, örneklem grubunun büyüklüğü hesaplanmıştır.

Tedaviye uyum, hastaların hastalık süreci ve tedavi uygulamalarına yönelik bilgileri ile davranışlarını temsil eden bir kriterdir. Daha önce yapılan çalışmalarda, hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyum oranı % 10-60 arasında bulunmuştur. Çalışmanın evreni 2900 kişi olarak tespit edilmiş, güvenilirlik aralığı % 95 alınmıştır. Bu kriterlere göre örneklem büyüklüğünün 200 kişi olacağı hesaplanmıştır. Örneklem grubuna alınması planlanan kişilerden 61'i çizelge 3.4.1'deki nedenlere bağlı olarak çalışmaya dahil edilememiştir. Sonuç olarak, çalışmanın örneklemini 139 kişi oluşturmaktadır. Çalışmaya katılım oranı % 69,5 olmuştur. Örnekleme oluşturan 139 hastanın bazı sosyo-demografik özellikleri çizelge 3.2.1'de görülmektedir.

Yukarıda belirtilen tarihler arasında hastane arşivine dosya kaydı yapılan ve hasta kayıt dosyasında, telefon numaraları bulunan hastalardan, çalışmanın evreni belirlenmiş ve örneklem grubu oluşturulmuştur. Örneklem grubunun oluşturulmasında, öncelikli olarak hasta kayıt dosyalarındaki bilgilerden faydalanılmıştır. Örneklem grubuna girme kriterleri ve nedenleri başlık 3.6'da verilmiştir.

Çizelge – 3.2.1: Hastaların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Dağılımı (n=139)

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER	n	%
Cinsiyet		
Kadın	80	57,6
Erkek	59	42,4
Yaş grubu		
18-29	7	5,0
30-41	26	18,7
42-53	38	27,3
54-65	52	37,4
66- 74	16	11,5
Öğrenim durumu		
Okul bitirmemiş	48	34,5
İlkokul	54	38,8
Ortaokul	10	7,2
Lise	18	12,9
Üniversite	9	6,5

Çalışma kapsamına alınan 139 kişinin % 57,6'sı kadındır. Hastaların çoğu 42-53 ve 54-65 yaş gruplarında yer almaktadır. Örneklem grubunda en çok, okul bitirmemiş kişiler (% 34,5) ve ilkokul mezunları (38,8) bulunmaktadır. Öğrenim durumuna göre ise, sayıca en az grubu % 6,5 ile üniversite mezunları oluşturmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Esansiyel hipertansiyonlu hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla gerekli literatür incelemesi yapılarak 3 anket formu oluşturulmuştur.

- 1. Hastanın tanıtıcı bilgilerine yönelik anket formu:** Katılımcının tanıtıcı özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanan bu formda, tümü kapalı uçlu olan, 11 soru bulunmaktadır. (Ek-1).

2. Hastanın, hastalık süreci ve tedavi uygulamalarına ilişkin bilgilerini yoklamaya yönelik anket formu: Bu form, 6'sı hastalık süreci ve tedavi uygulamalarına yönelik, 8'i hastanın kendi bilgilerini değerlendirmesine yönelik toplam 14 sorudan oluşmuştur (Ek-2).

Soruların yanıtlanmasında; hastalara, kendilerine yöneltilen sorular ile ilgili görüşlerini belirtmeleri için, evet, hayır ve fikrim yok seçenekleri sunulmuştur. Evet seçeneği bilgiye katılımı, hayır seçeneği bilgiyi onaylamamayı ve fikrim yok seçeneği hastanın ifade ile ilgili bilgisinin olmadığını göstermektedir.

3. Hastanın, hastalık süreci ve tedavi uygulamalarına ilişkin davranışlarını belirlemeye yönelik anket formu: Hastanın tedavi davranışlarını incelemek üzere oluşturulan bu form, 5 soru içermektedir (Ek-3).

Oluşturulan soru formlarının ön uygulaması 5, 6, 7 Ocak 2004 tarihlerinde Kocaeli Tıp Fakültesi Hastanesi Dahiliye Kliniği ve Kocaeli Devlet Hastanesi Dahiliye Kliniğinde yatan tüm esansiyel hipertansiyonlu hastalarla yapılmıştır. Veri toplama araçları üzerinde gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra, uzman görüşü alınarak formlara son hali verilmiştir. Formlar üzerinde, sorulan sorular ile istenilen verilere ulaşılamadığı yerlerde düzeltmeler yapılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Hastalara, geriye dönük olan hastane arşivi kayıtlarından, telefon numaraları alınarak ulaşılmıştır. Örneklem grubunu oluşturan kişiler, 8-22 Mart 2004 tarihleri arasında telefonla aranarak çalışma hakkında bilgi verilmiş ve onamları olanların kendilerine, soru formlarındaki sorular yöneltilmiştir. Oluşturulan 3 anket formunun bir hastaya uygulanması 15-30 dakika arası sürmüştür. Telefonla kendisine ulaşılamayan hastalar 2 kez daha aranmıştır. İkinci ve üçüncü telefon aramaları, ilk telefon görüşmesinde belirlenebilmişse, hasta için uygun bir zamanda yapılmaya çalışılmıştır.

Verilerin hastalardan toplanması sadece çalışma yürütücüsü tarafından yapılmıştır. Çalışmaya katılmak istemeyen hastalara bunun nedeni sorulup kayıt edilmiş ve işlem sonlandırılmıştır.

Rasgele örnekleme yöntemi ile evrenden seçilen 200 hastadan 139'unun çalışma için onamı alınabilmiştir. Sonuç olarak onamı olan tüm hastalara anket formu doğru ve eksiksiz bir biçimde uygulanmış, bu hastaların tümü çalışma örneklemine alınmıştır. Örneklem grubuna dahil edilemeyen 61 hastanın çalışmaya katılmama nedenleri çizelge 3.1'de görülmektedir.

Çizelge – 3.4.1: Araştırmaya Katılmayan Hastaların Katılmama Nedenlerine Göre Dağılımı

ARAŞTIRMAYA KATILMAMA NEDENİ	n	%
• Neden belirtmeyerek reddetme	43	70,5
• Meşguliyet nedeniyle reddetme	12	19,7
• Hasta olma	2	3,3
• Hastayı yerinde bulamama	4	6,5
Toplam	61	100

3.5. Verilerin Düzenlenmesi

Veriler üzerinde, istatistiksel yöntemlerin uygulanmasında kolaylık sağlama ve istatistiksel anlamlılığın kuvvetlendirilmesi için bazı düzenlemelere gidilmiştir. Davranışsal verilerin toplanmasında sürekli, sıklık, arasıra, çok seyrek ve hiç seçenekleri kullanılmıştır. Ancak, ilgili tablolar hazırlanırken seçenek sayıları uygun bir şekilde birleştirilerek 3'e indirilmiştir. Sürekli ve sık sık seçenekleri bir başlık altında ve çok seyrek hiç seçenekleri bir başlık altında birleştirilmiştir. Ara sıra seçeneği ise, olduğu gibi bırakılmıştır. Bu birleştirmenin temel nedeni, analizlerde, bazı gözlerde yer alan değerlerin 5'ten küçük olması ya da hiç değer olmaması ve bu gözlerin anlamlılığının azalmasıdır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama aşamasının sonlanmasıyla elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistiklerden olan, yüzdeler ve frekans hesaplamaları kullanılmıştır. Çalışmada ileri analiz teknikleri kullanılmamıştır. Bu durumun nedeni, bazı tablolarda 5'ten küçük değerlerin ya da

boş gözlerin bulunmasıdır. Verilerden uygun olanların, aynı grup altında birleştirilmesi bu sorunun giderilmesinde yeterli olmamıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırları Ve Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırları aşağıdaki gibi belirlenmiştir;

- Çalışma, 18-74 yaş arası erişkinleri kapsamaktadır. Bu sınırlamanın nedeni, 18 yaş altı ve 74 yaş üstü bireylerde kan basıncının sınıflandırılması ve tedavi uygulamaların farklılıklar gösterebilmektedir.
- Çalışma, en az 1 yıl önce hekim tarafından esansiyel hipertansiyon tanısı almış bireyleri kapsamaktadır. Daha erken dönemde tanı konulan hastaların bilgi ve uygulamalarıyla ilgili farklılıkların görülmesi muhtemel olduğundan böyle bir sınırlamaya gidilmiştir.
- Çalışma, Kocaeli Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran hastalarla yapılmıştır. Bu tercihin temel nedeni, esansiyel hipertansiyonlu hastaların öncelikli olarak baş vurdukları polikliniğin kardiyoloji olmasıdır. Çalışma özellikle ayaktan tedavi gören hastalarla yapılmıştır. Kliniklerde bulunan esansiyel hipertansiyonlu hastalar, sıklıkla hipertansiyonla beraber başka sağlık sorunları da yaşamaktadır. Bu hastaların hastalık ve tedavi bilgileri ile tedavi edici uygulamaları da farklılıklar göstermektedir.
- Kocaeli il sınırları içinde ikamet etmek. Bu sınırlama çalışmanın maliyetinden kaynaklanmaktadır.
- Akıl sağlığı yerinde ve iletişim kurabilir olmak.
- Gönüllü katılım ile ilgili aydınlatıldıktan sonra, çalışma için onamı bulunmak.

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıda belirtilmiştir.

Çalışmamızın en büyük sınırlılığı verilerin toplanmasında telefonla görüşme yönteminin kullanılmış olmasıdır. Bunun temel nedeni, örneklem grubunun oluşturulduğu kardiyoloji polikliniğinde ya da yakınındaki ünitelerde anket formunun uygulanabileceği uygun ve boş bir alanın bulunamamasıdır. Diğer yandan, oldukça yoğun çalışan poliklinikten çıkan esansiyel hipertansiyonlu hastaların anket formu uygulanamadan kurumu terk etme ihtimalleri de yüksek görülmüştür. Bu

durumun nedeni, yüz yüze görüşme ile anket formları uygulandığında, bir görüşmenin 40-60 dakika kadar sürebilmesidir. Bazı, şıklı sorularda yönlendirmeye yol açabileceğinden ve yine bazı hastaların okur-yazar olmamasından dolayı anket formlarının hastalara doldurtulması araştırmacı tarafından uygun görülmemiştir.

Araştırmanın diğer bir sınırlılığı, anket sorularının hastaların sadece bazı temel bilgi ve davranışlarını kapsamasıdır. Böyle bir durumda bile hastalara 28 soru yöneltilmiştir. Bazı sorular birleştirilerek tek soru başlığı altında verilmiştir. Bunlarda hesaba katıldığında, hastalara toplam 67 soru ya da ifade yöneltilmiştir. Bilgi ve davranışları yoklamanın kapsamı artırıldıkça soru sayısının da artması gerekmektedir. Bu durum, hasta ve araştırmacı için zamanın kullanımı ile ilgili sorunlar yaratabilecek bir faktördür. Daha ayrıntılı bilgi ve davranış yoklamalarının, bu çalışma sonunda elde edilen verilerin değerlendirilmesiyle planlanmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

3.8. Uygulamada Karşılaşılan Güçlükler

Anket formlarının uygulanmasında hastalarla telefon aracılığıyla görüşme, iletişimde sıkıntılar yaratmıştır. Buna karşın, telefon görüşmesi, yüz yüze görüşme ile verilerin toplanması yöntemine göre yarı zamanda yapılabilmektedir. Anket formlarının ön uygulamasında form içeriğinin dışına çıkılmaması için ne kadar çaba gösterilse de hastanın, kendi hastalık durumu ile ilgili çeşitli yorumlar üzerinde durulması önlenememiştir. Anketin telefon görüşmesi yöntemi ile uygulanması bu sorunu büyük ölçüde ortadan kaldırmıştır.

Formlarda bilgi ve davranışlarla ilgili yer alan soru ya da ifadelerin bazıları, hastalar tarafından her zaman kolaylıkla anlaşılammıştır. Formların ön uygulaması sırasında saptanan bu sorunun giderilmesi için, sorular ve ifadeler hastaya kısa, standart bir açıklama ile birlikte aktarılmıştır. Örneğin; “kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı/ilaçlarınızı almayı atlar mısınız” sorusu ile birlikte “*kendini iyi hissetmenin*” hipertansiyonla ilgili bir sorun ya da sıkıntı yaşamama olduğu hastaya anlatılmıştır.

3.9. Etik Kurallara Uyum

Hastaların, hastane arşivindeki dosya bilgilerine ulaşmadan önce, kurumun Etik kurul onayı yazılı olarak alınmıştır (Ek-4). Hastaların çalışmaya katılım onamları için ise, ek-1'de verilen anket formunun baş kısmındaki açıklama hastaya okunmuş ve gönüllü onamı istenmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi ile, çalışma kapsamındaki hipertansif hastaların hastalıklarına yönelik bazı bilgi ve davranışlarının eksik ya da yanlış olarak bulunacağı tahmin edilmiştir. Bu nedenle, çalışma raporunun derlenmesinden sonra, elde edilen bilgilerin hastalarla paylaşılması araştırmacı tarafından uygun görölmektedir.



4. BULGULAR

4.1. Hastaların Hastalıkları İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge-4.1.1: Hastaların Hastalıkları İle İlgili Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	n	%
Hastalık süresi (Yıl)		
1-3	9	6,5
4-6	19	13,7
7-9	15	10,8
10-12	31	22,3
13 yıl ve üstü	57	41,0
Bilmiyor	8	5,8
Sigara kullanımı		
Kullanıyor	46	33,1
Kullanmıyor	93	66,9
Alkol kullanımı		
Kullanıyor	19	13,7
Kullanmıyor	120	86,3
Son ölçümlerine göre arteriyel kan basıncı sınıf aralığı¹		
Normal	8	5,8
Prehipertansiyon	27	19,4
Evre 1 hipertansiyon	40	28,8
Evre 2 hipertansiyon	34	24,5
Bilmiyor/hatırlamıyor	30	21,6
Hekim tarafından antihipertansif ilaç tedavisi önerilme durumu		
Önerilen	139	100
Önerilmeyen	-	-
TOPLAM	139	100

¹ Arteriyel kan basıncının sınıflandırılmasında, 2003 yılında yayınlanan JNC 7 raporunda yer alan sınıflandırma sistemi kullanılmıştır.

Çizelge-4.1.1'in devamı

TANIMLAYICI ÖZELLİKLER	n	%
Hastalık özgeçmişi		
Kalp yetmezliği	29	20,9
Kalp krizi	4	2,8
Felç	11	7,9
Böbrek yetmezliği	1	0,7
Diyabet	18	12,9
TOPLAM	63	45,2

Bazı hastalar özgeçmişlerinde hastalık belirtmezken, bazı hastalarda birden fazla hastalık belirtmişlerdir.

Çizelge-4.1.1'de araştırmaya katılan hastaların, hastalıkları ile ilgili bazı özellikleri görülmektedir. Hastaların % 41'i 13 yıl ya da daha uzun bir süre önce hekim tarafından esansiyel hipertansiyon tanısı almıştır. Sigara kullanan hastaların oranı % 33,1, alkol kullanan hastaların oranı ise, % 13,7'dir. Hastaların kendi ifade ettiği, son ölçülen kan basıncı değerleri sorgulandığında, sadece % 5,8'inin normal değerler arasında olduğu, % 28,8'inin evre 1, % 24,5'inin de evre 2 hipertansiyon sınıfında bulunduğu saptanmıştır. Bir diğer önemli bulguda, hastaların %21,6'sının ölçülen kan basıncı değerlerini bilmemeleri ya da hatırlamamalarıdır.

Çalışma kapsamındaki hastaların tümüne, bir hekim tarafından antihipertansif ilaç ya da ilaçlar kullanması önerilmiştir. Hastaların, hastalık özgeçmişleri incelendiğinde ise, % 20,9'unun kalp yetmezliği tanısı, % 12,9'unun da diyabet tanısı aldığı görülmektedir.

4.2. Hastaların Hastalık Bilgilerine İlişkin Bulgular

Çizelge-4.2.1: Hastaların Kan Basınçlarını Anlamlandırabilme Durumuna Göre Dağılımı (n=139)

ÖLÇÜLEN TANSİYONUNUZUN NE ANLAMA GELDİĞİNİ BİLİYOR MUSUNUZ?	n	%
Evet	113	81,3
Hayır	26	18,7

Çizelge-4.2.1’de hastaların % 81,3’ünün ölçülen kan basınçlarına, normal, düşük ya da yüksek gibi bir anlam yükleyebildiği görülmektedir. Ölçülen kan basınçlarının ne anlama geldiğini bilmeyen hastaların oranı % 18,7’dir.

Çizelge-4.2.2: Hastaların Normal Kabul Ettikleri Kan Basıncı Değerlerinin Gerçekte Denk Geldiği Kan Basıncı Sınıf Aralığına Göre Dağılımı

KAN BASINCI SINIF ARALIĞI	n	%*	%†
Normal	-	-	-
Prehipertansiyon	8	7,0	5,7
Evre 1 hipertansiyon	55	48,6	39,5
Evre 2 hipertansiyon	50	44,2	36,0
Toplam	113	100	81,2

* Kan basıncı değeri ifade eden hastalara oranı

† Çalışmaya katılan tüm hastalara oranı

Ölçülen kan basınçlarının ne anlama geldiğini bildiklerini ifade eden 113 hastadan (Çizelge-4.2.1) sadece % 7’si normal kabul edilebilecek bir kan basıncı değeri söyleyebilmiştir (Çizelge-4.2.2).² Hastaların normal kan basıncı olarak ifade ettikleri değerler, hipertansiyonun çeşitli evrelerine denk gelmektedir. Hastaların % 48,6’sının “normal” olarak anlamlandırdığı kan basıncı değeri, evre 1 hipertansiyon grubuna girmektedir. Yine, hastaların % 44,2’sinin “normal” dediği kan basıncı değeri, evre 2 hipertansiyona denk gelmektedir (Çizelge-4.2.2).

Çizelge-4.2.3’te hastaların hipertansiyonla ilgili olarak, kendilerine yöneltilen soruları yanıtlama durumuna göre dağılımı görülmektedir. Hastaların yarısından fazlası, hipertansif kişilerde tansiyonun, ara sıra yükselmesi dışında normal olduğunu düşünmektedir. Yine, hastaların % 41’i “düzenli kan basıncı ölçümü” olarak nitelendirilebilecek haftada en az 1 ölçümün gerekli olmadığını savunmaktadır. Hipertansiyonun kronik bir hastalık olduğunu, örneklem grubunun % 89,2’si bilmektedir. Hastaların % 79,9’u, kan basıncının belirti vermeden yükselebileceğini

² Hipertansif hastalar için, prehipertansiyon evresine giren değerler, “normal kan basıncı” olarak kabul edilmektedir. Ayrıntılı bilgi için genel bilgiler bölümü, madde 2.2.’ye bakınız.

bilmemektedir. Hastaların %8 5,6'sı hipertansiyonun başka ciddi hastalıklara yol açabileceğini, % 76,3'ü hipertansiyonu kendileri için ciddi bir sağlık sorunu olarak gördüğünü ifade etmiştir. Hipertansiyonu ciddi bir sağlık sorunu olarak kabul etmeyen hastaların oranı % 20,1'dir.

Çizelge-4.2.3: Hastaların Hipertansiyon İle İlgili Soruları Yanıtlama Durumuna Göre Dağılımı (n=139)

HASTALARA YÖNELTİLEN SORULAR	HASTA YANITLARI					
	EVET		HAYIR		FİKRİM YOK	
	n	%	n	%	n	%
Hipertansif hastalarda tansiyon sadece ara sıra mı yükselir?	75	54,0	27	19,4	37	26,6
Hipertansiyonlu hastaların haftada en az 1 kez kan basınçlarını ölçturmeleri gerekir mi?	51	36,7	57	41,0	31	22,3
140/90 mmHg kan basıncı hipertansiyon mudur?	28	20,1	84	60,4	27	19,4
Hipertansiyon yaşam boyu devam eden bir hastalık mıdır?	124	89,2	11	7,9	4	2,9
Hipertansiyon çoğu zaman belirti verir mi?	98	70,5	28	20,1	13	9,4
Hipertansiyon ciddi bir sağlık sorunu mudur?	119	85,6	7	5,0	13	9,4
Hipertansiyon başka ciddi hastalıklara da neden olur mu?	106	76,3	28	20,1	5	3,6

Çizelge-4.2.4: Hastaların Hipertansiyonun Komplikasyonlarını Bilme Durumuna Göre Dağılımı (n=106)

KOMPLİKASYON*	n	%
Kalp krizi	84	60,4
Kalp Yetmezliği	79	56,8
Felç	78	56,1
Ani ölüm	46	33,0
Böbrek yetmezliği	6	4,3
Diğer (körlük,bayıma,migren)	13	9,3

* Tabloda yer alan komplikasyonlar, “hipertansiyon başka hangi ciddi hastalıklara neden olur” açık uçlu sorusuna hastaların verdiği yanıtlardan oluşturulmuştur.

† Komplikasyon ifade eden 106 hasta olmasına karşın, toplam n ve yüzde değerleri daha yüksektir. Bunun nedeni, bazı hastaların birkaç komplikasyonu birlikte saymasıdır.

Hipertansiyon başka ciddi hastalıklara da neden olur diyen 106 hastadan (Çizelge-4.2.3), % 60,4’ü hipertansiyon hastalığının kalp krizi geçirmeye yol açabileceğini söylemiştir. Bunu sırasıyla; kalp yetmezliği, felç, ve ani ölüm cevapları izlemektedir. Hipertansiyonun böbrek yetmezliği ile sonuçlanabileceğini ise, hastaların sadece % 4,3’ü ifade etmiştir (Çizelge- 4.2.4).

Çizelge-4.2.5: Hastaların Antihipertansif İlaçları Kullanış Amaçlarına Göre Dağılımı

AMAÇ	n	%
Kan basıncını düşürmek	107	77,0
Hipertansiyonu tamamen iyileştirmek	4	2,9
Fikrim yok	3	2,2
Diğer (çarpıntı, baş ağrısı, hastalık korkusu)	25	18,0
Toplam	139	100

Çizelge 4.2.5’te esansiyel hipertansiyonlu hastaların antihipertansif ilacını/ilaçlarını ne amaçla kullandıkları görülmektedir. Hastalar arasında, ilaçları kan basıncını düşürmek amaçlı kullanım % 77 ile ilk sırada gelmektedir. Hastaların % 18’i semptomlara yönelik yada hastalık korkusu nedeniyle, % 2,9’u tamamen

iyileşmek amacıyla ilaç kullandığını ifade etmiştir. Üç hasta ise, ilaç kullanımı ile ilgili bir neden söyleyememiştir (% 2,2).

4.3. Hastaların Tedavi Uygulamaları Bilgilerine İlişkin Bulgular

Çizelge-4.3.1: Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisi ve İlaç Dışı Tedavi Uygulamaları İle İlgili Soruları Cevaplama Durumuna Göre Dağılımı

ANTIHIPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİ İLE İLGİLİ OLARAK HASTALARA YÖNELTİLEN SORULAR	HASTALARIN CEVABI					
	EVET		HAYIR		FİKRİM YOK	
	n	%	n	%	n	%
Hipertansiyonda ilaç tedavisi yaşam boyu mu devam eder?	121	87,1	16	11,5	2	1,4
Hipertansiyon ilaçları her gün aksatılmadan mı alınmalıdır?	82	59,0	51	36,7	6	4,3
Hipertansiyon ilaçları her gün aynı saatlerde mi alınmalıdır?	43	30,9	83	59,7	13	9,4
Kişi kendini iyi hissediyorsa ilaçlarını almayabilir mi?	72	51,8	49	35,3	18	12,9
Kişi kendini kötü hissediyorsa ilaçlarını almayabilir mi?	87	62,6	47	33,8	5	3,6
İLAÇ DIŞI TEDAVİ UYGULAMALARI İLE İLGİLİ OLARAK HASTALARA YÖNELTİLEN SORULAR	n	%	n	%	n	%
Her gün düzenli yapılan fiziksel egzersiz tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	54	38,8	55	39,6	30	21,6
Tuzun az tüketilmesi tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	139	100	-	-	-	-
Ağırlıklı olarak sebze ve meyvelerle beslenme tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	82	59,0	40	28,8	17	12,2
Şişmanlamama tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	124	89,2	12	8,6	3	2,2
Öfkenin kontrol altında tutulması tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	137	98,6	2	1,4	-	-
Sigaranın içilmemesi tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	117	84,2	14	10,1	8	5,8
Alkolün az tüketimi tansiyonun düşürülmesinde etkilimidir?	45	32,4	41	29,5	53	38,1

Esansiyel hipertansiyonlu hastalara, antihipertansif ilaç tedavisi ve ilaç dışı tedavi uygulamaları ile ilgili bilgilerini yoklamaya yönelik toplam 12 soru yöneltilmiştir. Hastaların bu soruları cevaplama durumuna göre dağılımı çizelge-4.3.1'de görülmektedir. Çalışma kapsamındaki hastaların % 87,1'i ilaç tedavisinin yaşam boyu süreceğini bilmektedir. Antihipertansif ilaçların her gün aksatılmadan alınması gerektiğini, hastaların % 59'u, bu ilaçların aynı saatlerde alınması gerektiğini ise, hastaların % 30,9'u bilmektedir. Hastaların yanlış bilgileri incelendiğinde; örneklem grubunun % 51,8'i hipertansiyonla ilgili bir sağlık sorunu yaşanmayıp, kendini iyi hissettiği dönemlerde, antihipertansif ilacın alınmayabileceğini, % 62,6'sı kötü hissedilen dönemlerde ilacın alınmayabileceğini düşünmektedir. Hastaların en çok bilgisiz olduğu konu ise, % 12,9 ile kendini iyi hissettiğinde ilacın bırakılıp bırakılmayacağı konusudur. Yine, en fazla sahip olunan yanlış bilgi, %59,7 ile hipertansiyon ilaçlarının her gün aynı saatlerde alınmayabileceğidir (Çizelge-4.3.1).

Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç dışı tedavi uygulamaları ile ilgili bilgilerine bakıldığında; tablo 4.3.1'de ilk göze çarpan veri, hastaların tamamının tuzun az tüketilmesinin kan basıncı üzerindeki düşürücü etkisini bilmesidir. Yine hastaların tamamına yakını, şişmanlamama, öfke kontrolü, ve sigara içilmemesinin kan basıncı üzerindeki olumlu etkisini bilmektedir. Beslenmede, ağırlıklı olarak sebze ve meyve tüketiminin kan basıncı üzerine etkisini hastaların % 59'u bilmektedir. En az bilinen ve en çok fikir yürütülemeyen ilaç dışı tedavi uygulaması, alkolün az tüketilmesinin kan basıncı üzerine olan düşürücü etkisidir. Hastaların yanlış olan bilgileri incelendiğinde; ilk sıralarda % 39,6' ile düzenli fiziksel egzersizlerin kan basıncı üzerinde olumlu etkisi olmadığını düşünme, bunu takiben % 28,8 ile beslenmede ağırlıklı olarak sebze ve meyve tüketiminin, kan basıncını düşürücü etkisi olmadığına inanma gelmektedir.

4.4. Hastaların Kendi Bilgilerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

Çizelge-4.4.1: Hastaların Hipertansiyon Ve Tedavi Uygulamaları İle İlgili Kendi Bilgilerini Değerlendirmelerine Göre Dağılımı

HİPERTANSİYON İLE İLGİLİ OLARAK HASTALARA YÖNELTİLEN SORULAR	HASTALARIN CEVABI			
	EVET		HAYIR	
	n	%	n	%
Hipertansiyon hastalığı hakkında yeterli bilginiz var mı?	60	43,2	79	56,8
Hipertansiyon hastalığı hakkında daha fazla bilgi edinmek ister misiniz?	29	20,9	110	79,1
Hipertansiyon hastalığı hakkında yapılacak eğitim toplantılarına katılmak ister misiniz?	15	10,8	124	89,2
TEDAVİ UYGULAMALARI İLE İLGİLİ OLARAK HASTALARA YÖNELTİLEN SORULAR	n	%	n	%
Hipertansiyonun tedavisi hakkında yeterli bilginiz var mı?	54	38,8	85	61,2
Hipertansiyonun tedavisi hakkında daha fazla bilgi edinmek ister misiniz?	84	60,4	55	39,6
Hipertansiyonun tedavisi hakkında yapılacak eğitim toplantılarına katılmak ister misiniz?	49	35,3	90	64,7

Hastalardan, hipertansiyonla ilgili kendi bilgilerini değerlendirmeleri istendiğinde, % 56,8'i yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir. Bununla birlikte, hastalık hakkında daha fazla bilgi edinmek istemeyen kişilerin oranı % 79,1'dir. Düzenlenecek eğitim toplantılarına katılmak isteyen hastaların oranı ise sadece % 10,8'dir (Çizelge-4.4.1).

Tedavi uygulamaları ile ilgili olarak hastalardan kendi bilgilerini değerlendirmeleri istendiğinde, % 61,2'si yeterli bilgisinin olmadığını ifade etmiştir. Hastaların, % 60,4'ü hipertansiyonun tedavisi ile ilgili bilgilerini artırmak istediğini belirtmiş, % 35,3'ü tedavi ile ilgili yapılacak eğitim toplantılarına katılmak istediğini ifade etmiştir (Çizelge-4.4.1).

Çizelge-4.4.2: Hastaların Son 1 Yıl İçinde Hipertansiyon ve Tedavisi İle İlgili Bilgi Edinmede Kullandıkları Kaynaklara Göre Dağılımı (n=139)

BİLGİ EDİNME KAYNAĞI	n*	%
En az 1 kitap okuma	4	2,8
En az 1 broşür okuma	18	12,9
En az 1 eğitim toplantısına katılma	2	1,4
Hemşireye danışma	9	6,4
Hekime danışma	22	15,8
Eczacıya danışma	18	12,9
Basın-yayın araçlarını takip etme	99	71,2
Diğer hipertansiyonlulardan bilgi alma	42	30,2
Diğer (İnternet,sağlık çalışanı yakınlar, aktarlar)	6	4,3
Bilgi edinmek için herhangi bir şey yapmayanlar	8	5,7

* Bilgi edinmede kullanılan kaynaklara göre hastaların dağılımında, n ve yüzde değerlerinin, toplam hasta sayısından daha yüksek olmasının nedeni, hastaların birden fazla kaynak saymasıdır.

Çizelge-4.4.2 incelendiğinde, hastaların son 1 yıl içinde bilgi edinme kaynağı olarak en çok % 71,2 ile basın yayın araçlarını takip ettikleri görülmektedir. Bilgi edinmede en çok kullanılan diğer kaynaklar; % 30,2 hipertansiyonlu tanıdıklar, % 15,8 hekime danışma, % 12,9 eczacıya danışma ve broşür okuma şeklindedir. Hastaların bilgi edinmede hemşireye danışma oranı % 6,4'tür. Hastaların % 5,7'si ise, bilgi edinmek için herhangi bir yola gitmemiştir.

Eğitim toplantılarına katılma (% 1,4) ve kitap okuma (% 2,8), hastalar arasında en az tercih edilen bilgi edinme kaynaklarıdır.

Çizelge-4.4.3: Hastaların Son 1 Yıl İçinde Hipertansiyon ve Tedavisi İle İlgili Bilgi Edinmede Basın-Yayın Araçları Kullanma Özelliklerine Göre Dağılımı (n=99)

BASIN-YAYIN ARACI	n	%
Televizyon	99	71,2
Radyo	36	25,8
Gazete	44	31,6
Dergi	7	5,0

* Bilgi edinmede kullanılan basın-yayın aracına göre hastaların dağılımında, n ve yüzde değerlerinin toplam hasta sayısından daha yüksek olmasının nedeni, hastaların birden fazla yol saymasıdır.

Hastaların son 1 yıl içinde hipertansiyon ve tedavisi ile ilgili bilgi edinmede en çok kullandığı basın-yayın aracı % 71,2 ile televizyon'dur. Bunu % 31,65 ile gazete, ve % 25,8 ile radyo takip etmektedir. En az tercih edilen basın yayın aracı ise % 5 ile dergidir.

Çizelge-4.4.4: Hastalık Süreci Ve Tedavi Uygulamaları İle İlgili Hasta Eğitimini Kimler Yapmalıdır Sorularına Verilen Cevaplara Göre Hastaların Dağılımı (n=139)

EĞİTİMCİ	Hastalık Süreci İle İlgili Hasta Eğitimini Kimler Yapmalıdır?		Tedavi Uygulamaları İle İlgili Hasta Eğitimini Kimler Yapmalıdır?	
	n [†]	%	n [†]	%
Hekim	135	97,1	135	97,1
Hemşire	89	60,0	96	69,0
Eczacı	30	21,5	60	43,1
Sağlık Ekibi	16	11,5	16	11,5
Fikrim yok	3	2,1	3	2,1

Hastalara olası sağlık eğitimcileri ile ilgili seçenek sunulmamış, sadece yukarıda, 2 sütun halinde bulunan, açık uçlu sorular sorulmuştur.

† Tablodaki n ve yüzde değerlerinin, toplam hasta sayısından daha yüksek olmasının nedeni, hastaların birden fazla eğitimci sağlık personeli saymasıdır.

Çizelge-4.4.4'te hastaların, hastalık süreci ve tedavi uygulamaları ile ilgili olası hasta eğitimcisi tercihleri görülmektedir. Hastaların tamamına yakını (% 97,1)

hastalık süreci ile ilgili hasta eğitimini hekimin, % 60'ı ise, hemşirenin yapabileceğini ifade etmiştir. Görüş belirtmeyen hastaların oranı ise, % 2,1'dir.

Tedavi uygulamaları ile ilgili hasta eğitimini kim yapmalıdır sorusuna, hekim diyenlerin oranı, önceki soruya hekim diyen hasta oranıyla aynıdır (% 97,1). Hastaların % 69'u tedavi uygulamaları ile ilgili eğitimi hemşirenin yapabileceğini söylemiştir. Bunu, % 43,16 ile eczacı cevabı takip etmektedir.

4.5. Hastaların Tedaviye Uyumlarına İlişkin Bulgular

Çizelge-4.5.1: Hastaların Kan Basınçlarını Ölçme/Ölçtürme Sıklığına Göre Dağılımı

KAN BASINCINI ÖLÇME/ÖLÇTÜRME SIKLIĞI	n	%
Her gün	7	5,0
Haftada 1'den fazla	13	9,4
Haftada 1 kere	17	12,2
Ayda 1'den fazla	29	20,9
Ayda 1 kere ya da daha az	13	9,4
Kendini kötü hissettiğinde	55	39,6
Hiç	5	3,6
Toplam	139	100

Çizelge-4.5.1'de, hastaların kan basınçlarını ölçme/ölçtürme sıklığına göre dağılımları incelendiğinde; % 39,6'sının sadece kendini kötü hissettiğinde kan basıncını ölçtüğü ya da ölçtürdüğü, % 3,6'sının ise hiç ölçtürmediği görülmektedir. Kan basınçlarının her gün ölçen/ölçtüren hastaların oranı, % 5, haftada 1 kereden fazla ölçen/ölçtüren hastaların oranı, % 9,4 ve haftada 1 kere ölçen/ölçtüren hastaların oranı % 12,2'dir.

Çizelge-4.5.2: Hastaların Kan Basınçlarını Düzenli Olarak Ölçme/Ölçtürme Sıklığına Göre Dağılımı

KAN BASINCINI ÖLÇTÜRME DÜZENİ	n	%
Düzenli	37	26,6
Düzensiz	97	69,7
Hiç	5	3,6
Toplam	139	100

Çalışma kapsamındaki esansiyel hipertansiyonlu hastaların, % 26,6'sı kan basınçlarını düzenli olarak ölçmekte ya da ölçturmektir. Kan basıncını düzenli ölçen/ölçtürenler grubu; her gün, haftada 1'den fazla ve haftada 1 ölçüm yapan hastaların toplamından oluşturulmuştur. Diğer yandan hastaların % 69,7'sinin kan basıncı ölçümleri düzensizdir. Hastaların, % 3,6'sı kan basınçlarını hiç ölçtürmediklerini ifade etmiştir (Çizelge-4.5.2).

Çizelge-4.5.3: Hastaların Kan Basınçlarını Düzenli Ölçtürmeme Nedenlerine Göre Dağılımı

NEDEN	n	%
Gerek duymama	49	50,5
Ölçtürme imkanının olmaması	13	13,4
Tansiyonunun yükseldiğini bilmek istememe	29	29,8
Diğer (yaptığı ölçümleri yeterli görme, ölçüm değerlerine inanmama, ölçümlerin tansiyonu yükselttiğine inanma)	6	6,1
Toplam	97	100

Çizelge-4.5.3'te görüldüğü gibi, kan basınçlarını düzenli ölçtürmeyen hastaların en büyük mazereti % 50,5 ile, haftada en az 1 kere tansiyon ölçümünü gerekli görmemedir. Bunu sırasıyla, % 29,8 ile kan basıncı değerini bilmek istememe ve % 13,4 ile kan basıncını ölçtürme imkanının olmaması izlemektedir. Yaptıkları kan basıncı ölçümlerini yeterli bulan, ölçüm değerlerini gerçekçi bulmayan ve kan basıncı ölçtürmenin tansiyonlarında yükselmeye neden olduğuna inanan hastaların oranı, % 6,1'dir.

Çizelge-4.5.4: Son 1 Ay İçinde Antihipertansif İlaçlarını Aksatmadan Alma Durumuna Göre Hastaların Dağılımı

ANTİHİPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİ	n	%
Aksatmayan	30	21,6
Aksatan	109	78,4
Toplam	139	100

Çalışma kapsamındaki 139 esansiyel hipertansiyonlu hastanın, % 78,4'ünün geçen 1 ay süresince antihipertansif ilaç tedavilerini aksattığı çizelge-4.5.4'te görülmektedir. Son 1 ay içinde ilaç tedavisini düzenli yapan hastaların oranı ise, % 21,6'dır. Antihipertansif ilaç tedavisinde, tedaviyi aksatmama kriteri olarak; ilaçların her gün aksatılmadan alınması benimsenmiştir.

Çizelge-4.5.5: Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisi Ve İlaç Dışı Tedavi Uygulamalarının Dağılımı (n=139)

	HASTANIN UYGULAMASI								
	SÜREKLİ/SIK SIK		ARA SIRA		ÇOK SEYREK/HIÇ				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
ANTIHIPERTANSİF İLAÇ TEDAVİSİ İLE İLGİLİ OLARAK HASTALARA YÖNELTİLEN İFADELER									
Hipertansiyon ilacınızı/ilaçlarınızı unutarak almadığınız olur mu?	26	18,7	69	49,6	44	31,7			
Hipertansiyon ilacınızı/ilaçlarınızı zamanında alırsınız mı?	73	52,5	53	38,1	13	9,4			
Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı/ilaçlarınızı almayı atlar mısınız?	39	28,1	59	42,4	41	29,5			
Kendinizi kötü hissettiğinizde ilacınızı/ilaçlarınızı almayı atlar mısınız?	70	50,4	21	15,1	48	34,5			
İlacınızı/ilaçlarınızı bitmeden yenisini temin ediyor musunuz?	57	41,0	36	25,9	46	33,1			
İLAÇ DIŞI TEDAVİ UYGULAMALARI İLE İLGİLİ OLARAK HASTALARA YÖNELTİLEN İFADELER									
Fiziksel egzersiz (30 dakikalık tempolu yürüyüş ya da yüzme gibi) yapıyor musunuz?	16	11,5	15	10,8	108	77,7			
Sağlıklı kilonuzu koruyacak şekilde mi besleniyorsunuz?	42	30,2	48	34,5	49	35,3			
Beslenmenizde tuzu kısıtlıyor musunuz?	87	62,6	42	30,2	10	7,2			
Ağırıklı olarak sebze ve meyveler ile mi besleniyorsunuz?	29	20,9	73	52,5	37	26,6			
Günlük yaşantınızda öfkenizi kontrol altında tutmak için özel çaba harcıyor musunuz?	37	26,6	70	50,4	32	23,0			
Fazla alkol tüketiminden kaçınıyor musunuz?* (n=19)	16	84,2	-	-	3	15,7			
Sigara içmekten kaçınıyor musunuz?† (n=46)	10	21,7	16	34,7	20	43,4			

* Bu soru sadece alkol tüketen hastalara yöneltilmiştir.

† Bu soru sadece sigara içen hastalara yöneltilmiştir.

Çizelge-4.5.5'te hastaların antihipertansif ilaç tedavisi ve ilaç dışı tedavi uygulamaları ile ilgili dağılımı görülmektedir. Hastaların % 31,7'si antihipertansif ilaçlarını almayı ya hiç unutmadığını ya da çok seyrek olarak unuttuğunu ifade etmiştir. Geri kalan % 68,3 oranındaki hasta, ara sıra, sık sık ya da sürekli olarak ilaçlarını unutarak almadıklarını ifade etmiştir. Hastaların % 52,5'i ilaçlarını genellikle düzenli olarak aldığını ifade etmiştir.

Çalışma kapsamındaki hastaların % 28,1'i kendilerini iyi hissettiklerinde günlük ilaç dozlarını sürekli/sık sık atlayabilmektedir. Buna karşın, hastaların % 50,4'ü kendilerini kötü hissettiklerinde aynı davranışı sürekli/sık sık gösterdiğini ifade etmiştir.

Hastaların % 41'i genellikle kullandıkları antihipertansif ilaçlar bitmeden yenisini temin etmektedir.

Çizelge-4.5.5'te, hastaların ilaç dışı tedavi uygulamaları incelendiğinde, % 62,6'sının sürekli olarak ya da genellikle tuz tüketimlerini kısıtladıkları görülmektedir. Sürekli/sık sık tuz kısıtlamasına gitme, hastaların en çok kullandığı ilaç dışı tedavi yöntemidir. Hiç egzersiz yapmayan ve çok seyrek olarak egzersiz yapan hastaların oranı % 77,7 olarak bulunmuştur. Hastaların % 30,2'si sürekli ya da sık sık sağlıklı kilolarını koruyacak şekilde beslendiklerini ifade etmiştir. Günlük yaşantısında sürekli ya da sık sık öfkesini kontrol altında tutmaya çalışan hastaların oranı % 26,6'dır. Genellikle, ağırlıklı olarak sebze ve meyvelerle beslendiğini ifade eden hasta oranı, % 20,9'dur.

Çalışmaya katılan hastalar, alkol ve sigara kullanma davranışları yönünden incelendiğinde; tüm hastaların içinde sadece 19 hastanın alkol aldığı ve bu kişilerin % 84,2'sinin alkolü aşırı tüketme davranışından kaçındığı görülmektedir. Buna karşın, 139 hastadan 46'sı sigara kullanmaktadır. Sigara kullanan hastaların 43,4'ü, sigara tüketiminden genellikle ya da sürekli olarak kaçındıklarını ifade etmiştir (Çizelge-4.5.5).

4.6. Hastaların Bilgilerine Göre Uygulamalarını Gösteren Bulgular

Çizelge-4.6.1: Hastaların İlaç Dışı Tedavi Yöntem Bilgilerine Göre Uygulamalarının Dağılımı

İLAÇ DIŞI TEDAVİ YÖNTEMİ	FİZİKSEL EGZERSİZ YAPMA DURUMU							
	SÜREKLİ/ SIK SIK		ARA SIRA		ÇOK SEYREK/HİÇ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Her gün düzenli yapılan fiziksel egzersiz tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?								
Evet	16	29,6	15	27,8	23	42,6	54	100
Hayır	-	-	-	-	55	100	55	100
Fikrim yok	-	-	-	-	30	100	30	100
Şişmanlamama tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	KİLO ALMAYACAK ŞEKİLDE BESLENME DURUMU							
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	37	29,8	46	37,1	41	33,1	124
Hayır	5	41,7	2	16,6	5	41,7	12	100
Fikrim yok	-	-	-	-	3	100	3	100
Az tuz tüketilmesi tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	BESLENMEMDE TUZU AZ TÜKETME DURUMU							
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	87	62,6	42	30,2	10	7,2	139
Hayır	-	-	-	-	-	-	-	-
Fikrim yok	-	-	-	-	-	-	-	-
Ağırlıklı olarak sebze ve meyvelerle beslenme tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	BESLENMEMDE SEBZE VE MEYVE TÜKETİMİNE AĞIRLIK VERME DURUMU							
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	25	30,5	38	46,3	19	23,2	82
Hayır	4	10	26	65	10	25	40	100
Fikrim yok	-	-	9	52,9	8	47,1	17	100
Öfkenin kontrol altında tutulması tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	GÜNLÜK YAŞANTIDA ÖFKEYİ KONTROL ALTINDA TUTABİLME DURUMU							
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	37	27	68	49,6	32	23,4	137
Hayır	-	-	2	100	-	-	2	100
Fikrim yok	-	-	-	-	-	-	-	-

Çizelge-4.6.1’de ilaç dışı 5 tedavi yöntem bilgisi ve hastaların ilaç dışı tedavi yöntem bilgilerinin, yöntemi uygulama durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Her gün düzenli yapılan fiziksel egzersiz tansiyonun düşürülmesinde etkilidir diyen hastaların % 29,6’sı sürekli ya da sık sık fiziksel egzersiz yapmaktadır.

Düzenli fiziksel egzersizin kan basıncı üzerindeki etkisine inanmayan ve bu konuda bir görüş belirtmeyen hastaların içinde düzenli olarak fiziksel egzersiz yapan hiç yoktur (Çizelge-4.6.1).

Şişmanlamamanın tansiyonun düşürülmesinde etkili olduğunu ifade eden hastaların % 29,8'i şişmanlamamak için sürekli ya da sık sık özel çaba harcadığını ifade etmiştir.

Az tuz tüketiminin kan basıncı üzerine olan düşürücü etkisini 139 hastanın tümü bilmektedir. Hastaların % 62,6'sı sürekli/sık sık beslenmede tuzu az tükettiğini ifade etmiştir (Çizelge-4.6.1).

Ağırlıklı olarak sebze ve meyvelerle beslenme tansiyonun düşürülmesinde etkili olduğunu ifade eden hastaların % 30,5'i beslenmelerinde sebze ve meyve tüketimine sürekli olarak ya da sık sık ağırlık verdiğini belirtmiştir.

Çizelge-4.6.1 incelendiğinde, 137 hastanın öfkenin kontrol altında tutulmasının kan basıncı üzerinde etkili olduğunu söylediği görülmektedir. Buna karşın, bu bilgiye sahip olan hastaların sadece % 27'si sürekli/sık sık günlük yaşantılarında öfkelerini kontrol altında tutmaya çalıştığını belirtmiştir.

Çizelge-4.6.2: Hastaların Sigara Ve Aşırı Alkol Kullanmanın Hipertansiyon Üzerine Olan Etkisine Yönelik Bilgisinin Davranışlarına Göre Dağılımı

Sigaranın içilmemesi tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	SİGARA İÇME DAVRANIŞI					
	İÇEN		İÇMEYEN		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	37	31,6	80	68,4	117	100
Hayır	9	64,3	5	35,7	14	100
Fikrim yok	-	-	8	100	8	100
Alkolün az tüketimi tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	ALKOL KULLANMA DAVRANIŞI					
	KULLANAN		KULLANMAYAN		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%
Evet	4	8,9	41	91,1	45	100
Hayır	15	36,6	26	63,4	41	100
Fikrim yok	-	-	53	100	53	100

Çizelge-4.6.2 incelendiğinde, sigara içmemenin tansiyon üzerine düşürücü etkisi olduğunu ifade eden hastaların % 68,4'ü sigara içmemektedir. Buna karşın, bu bilgiye sahip olmayan hastaların % 64,3'ü sigara içmektedir.

Alkolün az tüketilmesinin tansiyonun düşürülmesine olan etkisini bildiğini söyleyen hastaların % 91,1'i alkol tüketmemektedir .

Çizelge-4.6.3: Hastaların Antihipertansif İlaç Tedavisi Bilgilerinin İlaç Kullanım Özelliklerine Göre Dağılımı

Hipertansiyon ilaçları her gün aksatılmadan mı alınmalıdır?	ANTİHIPERTANSİF İLACI UNUTARAK ALMAMA							
	SÜREKLİ/ SIK SIK		ARA SIRA		ÇOK SEYREK/HİÇ		TOPLAM	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	4	4,9	36	44	42	51,1	82	100
Hayır	17	33,3	32	62,8	2	3,9	51	100
Fikrim yok	5	83,3	1	16,7	-	-	6	100
Hipertansiyon ilaçları her gün aynı saatlerde mi alınmalıdır?	ANTİHIPERTANSİF İLACI UNUTARAK ALMAMA							
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	-	-	16	37,2	27	62,8	43
Hayır	22	26,5	50	60,2	11	13,3	83	100
Fikrim yok	4	30,8	3	23,1	6	46,1	13	100
Kişi kendini iyi hissediyorsa ilaçlarını almayabilir mi?	KENDİNİ İYİ HİSSETTİĞİNDE ANTİHIPERTANSİF İLAÇ ALMAMA							
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	36	46,2	41	52,6	1	1,2	78
Hayır	-	-	13	25,5	38	74,5	51	100
Fikrim yok	3	30	5	50	2	20	10	100
Kişi kendini kötü hissediyorsa ilaçlarını almayabilir mi?	KENDİNİ KÖTÜ HİSSETTİĞİNDE ANTİHIPERTANSİF İLAÇ ALMAMA							
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Evet	61	91	6	9	-	-	67
Hayır	4	6,6	14	23	43	70,4	61	100
Fikrim yok	5	45,5	1	9	5	45,5	11	100

Çizelge-4.6.3'te hastaların antihipertansif ilaç tedavisi ile ilgili bilgilerinin ilaç kullanım özelliklerine göre dağılımı görülmektedir. Hipertansiyon ilaçları her gün aksatılmadan alınmalıdır diyen hastaların sadece % 4,9'u sürekli ya da sık sık ilaçlarını unuttuğunu ifade etmiştir.

Antihipertansif ilaçlar her gün aynı saatlerde alınmalıdır diyen hastalar, % 62,8 oranında "ilacı unutarak almama" davranışını göstermediğini ifade etmiştir . (Çizelge-4.6.3).

Kişi kendini iyi hissetse bile, ilacını/ilaçlarını almalıdır görüşüne katılan hastaların çoğu, kendini iyi hissettiğinde (hipertansiyona bağlı bir sağlık sorunu yaşamadığında), ilaç almaya devam ettiğini ifade etmiştir (% 74,5). Kendini iyi

hissettiğinde ilaçlar alınmayabilir şeklinde görüş belirten hastalar ise, sıklıkla kendilerini iyi hissettiklerinde ilaç dozunu atladıklarını ifade etmişlerdir (% 46,2).

Kullanılan antihipertansife bağlı olabileceğini düşünerek, kendini kötü hissettiğinde ilaç dozunun atlanabileceği görüşünde olan 67 hasta olduğu saptanmıştır. Bu görüşte olan hastaların % 91'i sürekli olarak ya da sık sık, kendini kötü hissettiğinde antihipertansiflerini almadığını ifade etmiştir (Çizelge-4.6.3).



5. TARTIŞMA

Esansiyel hipertansiyonlu erişkin bireylerin, hastalıkları ve tedaviye uyumları hakkındaki bilgi ve davranışlarını tespit etmek, bilgilerine göre uygulamaları arasındaki farkları incelemek amacıyla tasarlanan bu araştırma, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Polikliniğine başvuran ve hastane arşivinde, hasta kayıt dosyası bulunan 139 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Bu bölümde, önce hastaların hastalık süreci ve tedaviye uyum bilgileri ile kendi bilgilerini değerlendirmelerine ilişkin bulgular, daha sonra hastalıklarına yönelik çeşitli uygulamaları ile ilgili bulgular, ve son olarak, bilgilerine göre uygulamalarının dağılımı tartışılacaktır.

5.1. Hastaların Hastalık Bilgilerine İlişkin Bulgular

Hipertansif hastaların, arteriyel kan basınçlarını anlamlandırabilecek bilgiye sahip olmaları, kan basıncının yükselmesi ile ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesinde önemlidir. Hastaya, kendi kan basıncı takibini ve değerlendirmesini yaptırmak, hastalıkları üstündeki sorumluluk bilincini ve tedaviye uyumu artırmaktadır. Ölçümlerin doğru kaydedilememesi ve hastanın hatalı kan basıncı değerlendirmeleri yapması, kendi kendine kan basıncı ölçümünün en zayıf noktalarıdır. (Krecke ve ark., 1996; Stewart ve ark., 1996; Miller, 1997; Reims ve ark., 2002).

Çalışmamızın kapsamına alınan hastaların % 81,3'ü ölçülen kan basınçlarının ne anlama geldiğini bildiklerini ifade etmiştir (Çizelge-4.2.1). Buna karşın, hastaların “normal kan basıncı” olarak nitelendirdiği değerlerin sadece % 7'sinin normal olarak kabul edilen kan basıncı aralığında olduğu belirlenmiştir (Çizelge-4.2.2).

Hipertansiyonlu bireyler için sağlıklı kabul edilebilir kan basıncı değeri 140/90 mmHg'nın altıdır (JNC VII, 2003). **Ölçülen tansiyonumun ne anlama geldiğini bilirim** diyen hastaların, % 48,6'sının söylediği değer evre 1 hipertansiyon

sınıfına, % 44,2'sinin söylediği değer ise, evre 2 hipertansiyon sınıfına girmektedir (Çizelge-4.2.2). Bu veriler, hastaların kendi kan basınçlarını yanlış anlamlandırmalarının ne derece ciddi boyutlarda olduğunu göstermesi bakımından önemli bulunmuştur.

Sağlıklı tansiyon değerinin ne olması gerektiğini söylemeleri istendiğinde, söyledikleri kan basıncı değerleri evre 1 ve evre 2 hipertansiyona denk gelen hastaların toplamının, tüm hastalara oranı % 75,5 olarak bulunmuştur (Çizelge-4.2.2). Hastaların % 18,7'si de hiçbir görüş ifade edememiştir (Çizelge-4.2.1). Özetle, tüm hastaların sadece % 5,7'si kan basınçlarını doğru bir şekilde anlamlandırabilmektedir (Çizelge-4.2.2). Geri kalan hastalar, normal kan basıncı seviyelerini ya hiç bilmemekte ya da yanlış bilmektedir. Hastaların kan basınçlarını yanlış anlamlandırması, tedaviye uyumlarını zorlaştırabilecek bir faktördür.

Hastaların %21,6'sının ölçülen kan basıncı değerlerini bilmediği ya da hatırlamadığı çizelge 4.1.1'de görülmektedir. Sadece bu veri bile, esansiyel hipertansiyonlu hastaların kendi hastalık süreçlerine yönelik ilgilerini göstermede fikir verici olabilir.

Çalışma kapsamındaki hastalara, hipertansiyonu algılamaları ile ilgili olarak **“hipertansiyon ciddi bir sağlık sorunu mudur”** sorusu sorulmuştur. Hipertansiyon hastalarının % 76,3'ü hipertansiyonu ciddi bir sağlık sorunu olarak nitelendirmiştir (Çizelge-4.2.3). Benzer şekilde, Türk Eczacılar Birliği (TEB)'nin 6814 hipertansif kişi ile yaptığı çalışmada, hastaların 78,5'i **“hipertansiyon ciddi bir hastalıktır”** görüşüne katılmıştır (TEB, 2001).

Yine, hipertansiyonun ciddiyetinin algılanmasını belirlemeye yönelik olarak hastalardan **“hipertansiyon başka ciddi hastalıklara neden olur mu”** sorusunu yanıtlamaları istenmiştir. Hastaların, % 85,6'sı bu soruyu evet olarak yanıtlamış (Çizelge-4.2.3) ve hipertansiyona bağlı komplikasyonlar sayabilmiştir (Çizelge-4.2.4).

Hastalara hipertansiyon ile ilgili olarak yöneltilen sorulardan biri de, **“140/90 mmHg kan basıncı hipertansiyon mudur”** sorusudur. Hastaların % 60,4'ü bu kan basıncı değerini hipertansiyon olarak görmemiş ve % 19,4'ü de hiçbir fikir

bildirememiştir. Sonuç olarak, hastaların 79,8'i 140/90 mmHg kan basıncı değerinden itibaren, hipertansiyonun başladığı bilgisine sahip değildir (Çizelge-4.2.3). Çizelge 4.2.2'de, tüm hastaların sadece % 5,7'sinin belirttiği değerlerin, hipertansif kişiler için geçerli "normal kan basıncı" olduğu görülmektedir. Bu veriler birlikte ele alındığında, hastaların % 20,1'inin 140/90 mmHg kan basıncını hipertansiyon olarak değerlendirmesi (Çizelge-4.2.3) yüksek bir oran olarak kabul edilebilir. Normal kan basıncı sınır değerlerini bilen hastaların oranının yüksek oluşu, rastlantısalılıktan çok, hastaların normal kabul ettikleri SKB ve DKB seviyelerinin evrelendirmede farklı sınıf aralıklarına denk gelmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Strelec ve arkadaşları (2003)'nın hipertansif hastalarla yaptığı bir çalışmaya göre, hastaların % 55,'i 140/90 mmHg kan basıncını hipertansiyon olarak değerlendirmiştir.

Hastaların % 85,6'sı hipertansiyonun komplikasyonları olduğunu bilmekte (Çizelge-4.2.3) ve bu hastaların tamamı, en az bir komplikasyon sayabilmektedir (Çizelge-4.2.4). Kalp krizi, kalp yetmezliği ve ani ölüm gibi kardiyovasküler sorunlar, hastaların ilk aklına gelen komplikasyonlar olmuştur. Bunun nedeni, hipertansiyonun en çok kardiyovasküler komplikasyonlarının olması (Kannel, 1996) olabilir.

Çizelge 4.2.3'te görüldüğü gibi, hastalara yöneltilen "**hipertansiyon yaşam boyu devam eden bir hastalık mıdır**" sorusuna ise, hastaların % 85,6'sının cevabı evet olmuştur. Bazı hastalarda hastalık yılını bilmeme, tanı konulduğu tarihten bu yana uzun yıllar geçmesine bağlıdır. Hastalık yılını bilmeyen hastalar da dahil edildiğinde, % 93,6 oranında hipertansif birey, en az 4 yıldır bu hastalıkla birlikte yaşamaktadır (Çizelge-4.1.1). Hastaların, hipertansiyonu kronik bir hastalık olarak bilmesi, hastalık yılı ile ilişkili olabilir.

Hastalar için tehlikeli olabilecek bir başka yanlış bilgide, "**hipertansif hastalarda tansiyon, sadece ara sıra mı yükselir**" sorusuna % 54 oranında evet cevabının verilmesi ile ortaya çıkmıştır. Yine, hastaların % 70,5'i **yükselen kan basıncının belirti vereceğini** düşünmektedir (Çizelge-4.2.3). Strelec ve arkadaşları(2003)'nın çalışmasında bu oran, % 68 bulunmuştur. Her iki çalışmanın verilerinin benzer ve hastalar için olumsuz olduğu söylenebilir. Yapılan bir

çalışmada, hipertansiyonun ciddiyeti algısının, hastaların sağlık kararları ve davranışları üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir (Cuspidi ve ark, 2001). Bu yönü ile hipertansiyon algısı ile ilgili yanlış bilgi sahibi olan ya da hiçbir şey bilmeyen hastaların oranının yüksek olması düşündürücüdür.

Cooper ve arkadaşları (2001)'nin kronik hastalıklarda hasta eğitimi ile ilgili meta analiz çalışmalarına göre hasta eğitimi; hastalık süreci, tedavi ve bakım uygulamaları ile ilgili hastanın bilgi düzeyini artırmaktadır. Bununla beraber, hastalarda bilgilenme artıkça, kendi durumunu değerlendirebilme durumu ve tedaviye uyum da artmaktadır.

5.2. Hastaların Tedavi Uygulamaları Bilgilerine İlişkin Bulgular

Antihipertansif ilaç tedavisinin düzenli sürdürülmesi gerekliliği ile ilgili bilgilerini saptamak amacıyla, hastalara 5 ifade yöneltilmiştir. **“Hipertansiyonda ilaç tedavisi yaşam boyu devam eder”** diyen hastaların oranı % 87,1 gibi yüksek bir düzeydedir (Çizelge-4.3.1). Hastaların, % 89,2 oranında hipertansiyonu yaşam boyu devam eden bir hastalık olarak nitelendirmesi (Çizelge-4.2.3), ilaç tedavisi ile ilgili bu doğru bilginin de kaynağı olabilir. Hipertansiyonun, kronik bir hastalık olduğunu bilen hastaların tamamına yakını antihipertansif tedavinin de yaşam boyu devam edeceğini düşünmektedir.

Antihipertansif ilaç tedavisinde uyumsuzluğa yol açabilecek yanlış bilgilerden biri, ilaçların her gün ve aynı saatlerde alınmasının gerekmediğidir (Monane ve ark., 1997). Çalışmamızda da, hastalara yöneltilen **“hipertansiyon ilaçları her gün aksatılmadan mı alınmalıdır”** sorusuna, hastaların % 36,7'si, **“hipertansiyon ilaçları her gün aynı saatlerde mi alınmalıdır”** sorusuna ise, hastaların % 59,7'sinin cevabı hayır olmuştur (Çizelge-4.3.1). Bu iki soruya verilen yanıtlar, hastaların yüksek oranda yanlış ilaç kullanım bilgisine sahip olduğunu göstermesi bakımından önemli bulunmuştur.

Yine, hipertansiyona bağlı bir sağlık sorunu yaşama durumunda, ya da kendini iyi hissetme durumunda antihipertansif ilaç tedavisini aksatma, yanlış bir

davranıştır (JNC VII, 2003). Çalışma kapsamındaki hastaların % 51,8'inin "**kişi kendini iyi hissediyorsa ilaç almayabilir**", % 62,6'sının "**kişi kendini kötü hissediyorsa ilaç almayabilir**" görüşüne katıldıkları görülmektedir (Çizelge-4.3.1).

Komplikasyonlara yol açabilecek kan basıncı seviyesi, hipertansif kişilerde belirti vermeden gelişebilmektedir ve kontrol altında tutulması için antihipertansif ilaçların aksatılmadan alınması gerekmektedir (Lernfet ve ark, 1990). Bu bilgiler doğrultusunda çalışma grubundaki hastaların yarısından fazlasının yanlış ve tehlikeli bir bilgiye sahip olduğu söylenebilir (Çizelge-4.3.1). Benzer bir çalışmada, kendini iyi hissettiğinde antihipertansif ilacın atlanabileceğini hastaların % 28'i, kendini kötü hissettiğinde antihipertansif ilacın atlanabileceğini hastaların % 17'si savunmuştur (Sterelec, 2003).

Hipertansif hastaların, ilaç dışı tedavi yöntemlerini bilme durumları incelendiğinde; tüm hastaların "**az tuz tüketiminin kan basıncını düşürmede etkili olduğu**" bilgisine sahip bulunduğu görülmektedir (Çizelge-4.3.1). Çalışmadan böyle bir sonucun çıkmasının doğal olduğu düşünülmektedir. Hipertansif hastalarda tuzun kan basıncı üzerindeki olumlu etkisini kanıtlayan çalışmalar yıllardır yapılmaktadır (Midgley ve ark, 1996; Culter ve ark, 1997; Chobanian ve Hill, 2000). Tuz tüketiminin kısıtlanması, hipertansif hastalara en çok tavsiye edilen diyet uygulamalarındandır (The DASH eating plan, 2003). Hastaların tamamının bu bilgiye sahip olmasının nedeni, tuz kısıtlamasının, tavsiye edilen başlıca diyet önerilerinden biri olmasından kaynaklanabilir.

Çizelge 4.3.1'de görüldüğü gibi hipertansif hastalar, ilaç dışı tedavi uygulamaları içinde en az (% 32,4) "**aşırı alkol alınmasının, kan basıncı üzerindeki olumsuz etkisi**"ni bilmektedir. Örneklem grubunda alkol kullanmayan hasta oranının % 86,3 gibi yüksek olması (Çizelge-4.1.1) ve hastaların zaten kullanmadıkları bir madde hakkındaki bilgiye ilgi göstermemeleri kabul edilebilir bir durum olarak değerlendirilmektedir.

Hipertansiyon psikosomatik temelleri olan bir hastalıktır (Öztürk, 1997). Kişinin, heyecanlı, gergin ya da öfkeli olması kan basıncı değerlerinde ani yükselmelere neden olabilir. Bununla beraber, gevşeme tekniklerinin kullanılması kan basıncında anlık düşüşler yaratmaktadır (Alexander ve ark., 1996). Hipertansif hastalar da "**öfkenin kontrol altında tutulması tansiyonun düşürülmesinde etkili**

midir” sorusuna tamamına yakınının (% 98,6) cevabı evet olmuştur (Çizelge-4.3.1). İfadeye, yüksek oranda katılımın olması, hastaların kendi kişisel öfke deneyimlerinden kaynaklanıyor olabilir.

Yine, hastaların ilaç dışı tedavi uygulamaları ile ilgili en az bilgi sahibi olduğu konulardan biri % 38,8 oran ile, **düzenli fiziksel egzersizlerin kan basıncının düşürülmesindeki etkisidir**. Düzenli fiziksel egzersizler ve fiziksel aktivitelerin artırılması, özellikle SKB üzerinde belirgin bir düşürücü etki göstermektedir. Yapılan çalışmalar, bu yöntemle sağlanan küçük kan basıncı düşüşlerinin bile, felç ve kardiyovasküler komplikasyonlar üzerinde anlamlı azalmalar sağladığını göstermiştir (U.S. Department of Health and Human Services, 1996; Primary prevention of hypertension, 2002). Hastaların, düzenli fiziksel egzersizin arteriyel kan basıncı üzerine yararlı olduğunu yüksek oranda bilmemelerinin nedeni, bu konunun toplumumuzda yeni yeni tartışılmaya başlanmış olması olabilir. Onat ve arkadaşları (1991)’nın Türk erişkinlerinde fiziksel etkinliği inceledikleri çalışmada, bir kişinin fiziksel etkinlik düzeyini belirlemenin oldukça güç olduğu buna karşın, özellikle kadınlarımızda fiziksel aktivite yetersizliğinin çok yaygın bulunduğu tespit edilmiştir. Çalışma kapsamındaki hastaların % 57,6’sının kadın olduğu dikkate alınırsa (Çizelge-3.2.1), düzenli fiziksel egzersizlerin kan basıncının düşürülmesinde etkili olduğunun bilinmemesi daha da önem kazanmaktadır.

Ünsar ve arkadaşlarının (2004), koroner arter hastaları ile yaptığı çalışma bulgularına göre, hastalara hemşireler tarafından sağlık eğitimi verildiğinde, eğitim öncesine göre; sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, stres yönetimi ve toplam bilgi artış puan ortalamalarında anlamlı derecede yükselme olmuştur. Koroner arter hastaları ve hipertansif hastalar benzer risk faktörlerine sahiptir. Bu yönü ile, benzer eğitim çalışmaların, hipertansif hastaların tedavi uygulamaları ile ilgili bilgilerini artırmada kullanılması düşünülebilir. Diğer yönden, Ünsar ve arkadaşlarının eğitim verdikleri hasta grubunun öğrenim düzeyi oldukça düşüktür (okur yazar olanlar ve ilkokul mezunlarının toplamı % 75,6 bulunmuştur). Çalışmamızdaki hastaların öğrenim durumu da benzer bulunmuştur (Çizelge-3.2.1). Öğrenim düzeyi düşük hastalarda, yazılı eğitimin etkinliğinin sınırlı olduğu bilinmektedir (Williams ve ark, 1995). Buna karşın, Ünsar ve arkadaşları (2004)’nın yaptığı çalışmada, eğitim

sonrası hastaların bilgi düzeylerinde anlamlı artışların kaydedilmesi, hemşirenin yürüttüğü, eğitim etkinliği için umut verici olarak değerlendirilmiştir.

5.3. Hastaların Kendi Bilgilerini Değerlendirmelerine İlişkin Bulgular

Çalışma kapsamına alınan hastalardan, hipertansiyon ve tedavisi hakkında kendi bilgilerini değerlendirmeleri istenmiştir. Hastaların % 56,8'i hastalık süreci ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını ifade etmiştir (Çizelge-4.4.1). Bu verinin, çizelge- 4.2.3'te hastaların yanlış bilgileri ve bilgisizlikleri ile ilgili sunulan verilerle uyumlu olduğu düşünülmektedir. Çizelge-4.2.3 incelendiğinde, hipertansif hastalar için kritik bilgiler olan; düzenli kan basıncı ölçümlerinin önemi, kan basıncının doğru anlamlandırılması ve hastalığın asemptomatik oluşu ile ilgili bilgi düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Buna karşın, hastaların % 79,1'i hastalık ile ilgili daha fazla bilgi edinmek istemediklerini, % 89,2'si hastalık süreci ile ilgili yapılacak eğitim toplantılarına katılmayacaklarını belirtmiştir (Çizelge-4.4.1). Bu durumun tartışmasını, hastaların tedavi uygulamalarıyla ilgili olarak, kendi bilgilerini değerlendirmeleri ile birlikte yapmak daha anlamlı olacaktır. Hastaların % 61,2'si hipertansiyonun tedavisi hakkında yeterli bilgisinin olduğunu ifade etmiştir. Hastalık süreci hakkında daha fazla bilgi edinmek isteyenlerin oranı % 20,9 iken, tedavi uygulamaları hakkında bilgi edinmek isteyenlerin oranı % 60,4 olarak bulunmuştur. Yine, hastalık süreci hakkında yapılacak eğitim toplantılarına, hastaların % 10,8'i katılmak istediğini ifade ederken, % 35,3'ü hipertansiyonun tedavisi hakkında yapılacak eğitim toplantılarına katılmak istediğini ifade etmiştir (Çizelge-4.4.1). Hastaların, hipertansiyon ile ilgili olarak hastalık sürecinden daha çok, tedavi uygulamalarına ilgi gösterdiği anlaşılmaktadır. Literatür incelemelerinde, hipertansif hastaların hastalık süreci ve tedavi uygulamalarına karşı olan ilgilerini ortaya koyan benzer bir çalışmayla karşılaşılmamıştır. Tedavi uygulamalarına karşı nispeten yüksek olan ilgi, hastaların bilgilendirilmeye istekliliklerini ortaya koyan umut verici bir veri olarak değerlendirilebilir.

Çalışma kapsamındaki hastaların % 71,2'si hipertansiyon ve tedavisi ile ilgili bilgi edinmede **basın yayın araçlarını** tercih etmektedir (Çizelge 4.4.2). Basın yayın araçlarının bilgi edinmede kaynak olarak kullanılması, diğer tüm bilgi edinme yöntemlerine göre üstünlük sağlamaktadır. Bilgi edinmede basın yayın araçlarını kullandığını ifade eden hastaların tümü, öncelikli olarak, televizyonu tercih etmektedir (Çizelge-4.4.3). Televizyonun, hemen her evde bulunması, bilgi edinmede zahmetsiz ve ucuz bir yol olması, tercih edilmesinin nedenleri olabilir. Bakoğlu ve Yetkinde (2000), hipertansiyon hakkında hastaların bilgilendirilmesi gerekliliği ve bu amaçla yapılacak eğitim toplantılarının kitle iletişim araçlarıyla desteklenmesi gerekliliği üzerinde durmuşlardır.

Buna karşın, en az tercih edilen basın yayın aracı % 5 ile **dergilerdir** (Çizelge-4.4.3). Sağlık ve hastalıklarla ilgili özel yayınların az oluşu, dergi ücretlerinin diğer basın yayın araçlarına kıyasla daha maliyetli olması, okur yazar olmayan kişilere hitap etmemesi ve toplumsal okuma alışkanlığının düşük olması, dergilerin bilgi edinme aracı olarak fazla tercih edilememesinin nedenleri olarak düşünülmektedir.

Hastaların hipertansiyon ve tedavisi hakkında bilgi edinmede, hemşireye danışmayı tercih etme oranı % 6,4 ile oldukça düşük bulunmuştur (Çizelge-4.4.2). Bu durumun nedenlerinden biri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterince önemsenmemesi (TKD, 2000-b) olabilir. Hekime danışma oranı da % 15,8 ile biraz daha yüksek çıkmıştır. Bu durumunun, antihipertansif ilaçlarını reçete ettirmek için sağlık kurumuna gelen hastaların, bu sırada hekime danışmalarına bağlanabileceği düşünülmektedir. Neziroğlu (1986)'nın çalışmasında da hipertansif hastaların % 13,2'si hekim ve hemşireden bilgi aldığını belirtmiştir. Hastaların bilgi aldıkları konuların başında ise, ilaç yan etkileri ve ortaya çıktığı durumlarda ne yapılacağı gelmektedir. Bilgi kaynağı olarak hekim ve hemşirenin az tercih edilmesi ile ilgili iki çalışmanın verileri benzer bulunmuştur.

Bilgi kaynağı olarak, diğer hipertansiyonlu hastaların tercih edilme oranı % 30,2'dir (Çizelge-4.4.2). Çalışmamız sonucu ortaya çıkan, hastalık süreci ve tedavi uygulamaları ile ilgili tehlikeli ve yanlış bilgilere sahip olan hasta oranının yüksekliği, bilgi kaynağı olarak diğer hastaların kullanılmasının ne derece sakıncalı olabileceğini göstermesi bakımından önemlidir. Hipertansiyonla ilgili konuların,

diğer hipertansif hastalara danışılması, beraberinde yanlış ve tehlikeli bilginin de yaygınlaşması riskini doğurabilir.

“Hastalık süreci ve tedavi uygulamaları ile ilgili hasta eğitimini kimler yapmalıdır” sorusuna hastalar tarafından verilen yanıtların, hemşirelik disiplini için sevindirici olduğu düşünülmektedir. Hastalık süreci ile ilgili hasta eğitimini hemşirenin yapabileceğini düşünen kişilerin oranı % 60, tedavi uygulamaları ile ilgili hasta eğitimini hemşirenin yapabileceğini düşünen kişilerin oranı ise, % 69’dur (Çizelge-4.4.4). Bu verilere göre hastalar, hekimden sonra sağlık eğitimi için hemşireyi tercih etmektedir. Hastalar eczacılara, hastalık süreci eğitmenliğinden çok, tedavi uygulamaları eğitmenliği rolünü uygun görmüşlerdir. Bu durum, hastaların reçete edilen antihipertansifi almak için eczaneye gittiğinde, ilaçlar hakkında eczacıya danışmalarına bağlanabilir.

Litaker ve arkadaşları (2003), hekim-hemşireden oluşan sağlık ekibinin ve sadece hekimin içinde olduğu kronik hastalık yönetimini karşılaştıran bir çalışma yapmıştır. Hipertansif hastaları da kapsayan bu çalışma da, yapılan uygulamaların etkinliği ve sonuçları; hastanın tedavi uygulamalarını anlaması, temel hastalık ve tedavi bilgilerinin değişimi, ve yaşam biçiminde sağlıklı düzenlemelere gitme yönünden karşılaştırılmıştır. Sonuçta, hemşire ve hekimden oluşan takımın yaptığı uygulamaların, anlamlı derecede etkinliğinin yüksek olduğu saptanmıştır.

5.4. Hastaların Tedavi Uygulamalarına İlişkin Bulgular

Düzenli kan basıncı ölçüm sıklığı hastaya göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bazı hastaların kan basınçlarını sık ölçmeleri/ölçtürmeleri ve yüksek kan basıncı değeri okunmasının yarattığı üzüntü, tansiyonu daha da yükseltebilmektedir (Kaplan, 1998). Bu nedenle, hastanın psikolojik yapısına göre haftada kaç ölçüm yapılacağı hekim ile hasta tarafından belirlenmelidir. Buna karşın, haftada en az 1 ölçümün yapılması düzenli kan basıncı ölçümü olarak tanımlanmaktadır (Mancia ve ark., 1997).

Çalışmamızda, haftada en az 1 kere kan basıncını ölçtüren hastaların oranı toplandığında, tüm hastaların % 26,6’sının kan basınçlarını düzenli olarak ölçtüğü ya

da ölçtürdüğü ortaya çıkmıştır. Hastaların %69,7'sinin kan basıncı ölçümleri düzensizdir, % 3,6 oranında hasta ise, hiç ölçüm yaptırmamaktadır (Çizelge-4.5.2). Hastaların % 39,6'sı **sadece kendini kötü hissettiğinde tansiyonunu ölçtüğünü/ölçtürdüğünü** belirtmiştir (Çizelge-4.5.1). Bu durum, hastaların kendilerini kötü hissetmelerini tansiyonlarında olabilecek değişikliklerin belirtilerine bağlamasından kaynaklanabilir. Hastaların ifade ettiği ölçüm sıklığına göre, düzenli takip oranının düşük olduğu değerlendirilmektedir. Diğer taraftan, kan basınçlarını düzenli ölçtürmeyen hastaların mazeretleri incelendiğinde, tansiyon değerlerine olan ilgisizlikleri daha iyi anlaşılabilir. Çizelge 4.5.3' te görüldüğü gibi, düzensiz kan basıncı ölçümü yapan hastaların % 50,5'i yaptıkları ölçümlerin seyrek olmasını, **daha sık ölçümlere gerek duymama** ile açıklamıştır. Kan basınçlarını daha sık ölçtürme imkanının olmadığı ifade eden hastaların oranı ise sadece %13,4'tür. Çalışma kapsamındaki hastaların, kan basıncı değerine ilgi duymaması, tansiyonun kontrol altına alınmasını zorlaştırabilecek bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Kan basıncının kontrol altında tutulabilmesi için, antihipertansif ilaçların her gün aksatılmadan aynı saatlerde alınması gerekmektedir (Primary prevention of hypertension, 2003). Çizelge-4.5.5'te, hastalardan sadece % 31,7'sin **antihipertansif ilaçlarını unutarak aksatma** davranışını hiç sergilemediği ya da çok seyrek sergilediğini ifade ettiği görülmektedir. Yine, hastaların %38,1'i **ara sıra ilacını zamanında almadığını** belirtmiştir. Meredith (1996)'in hekim tarafından antihipertansif ilaç reçete edilen hipertansif hastalarla yaptığı çalışmaya göre, hastaların yarısına yakını birkaç ay sonra ilaçlarını düzenli kullanmayı kesmektedir.

Hipertansiyon ile ilgili her hangi bir sıkıntı yaşamadığında, hastaların % 28,1'i sürekli/sık sık, % 42,4'ü ara sıra antihipertansif ilacını almayı atladığını ifade etmiştir. Hastaların %50,4'ü de, **kendini kullandığı antihipertansife bağlı olarak kötü hissettiğini düşündüğünde** ilaç tedavisini atladığını ifade etmiştir (Çizelge-4.5.5). Her iki durumda da ilaç tedavisinin aksatılması yanlış bir tutumdur ve hastaların bu yönde tehlikeli davranışları, sıklıkla sergilemesi düşündürücü bir durum olarak değerlendirilebilir. Grim ve arkadaşları (1997),'nın yaptığı bir çalışmaya göre antihipertansif ilaç tedavisinin yan etkileri, hastayı olumsuz yönde etkilemekte ve tedavinin aksatılması ya da bırakılmasına yol açmaktadır.

Çalışmamızda, kendini kötü hissettiğinde ilaç kullanımını atlayan hastaların bu davranışları, ilaçların; ortostatik hipotansiyon, bradikardi, mide asit salgısında artış, empotans (Özcan, 2001) gibi yan etkilerinden kaçınmaya bağlı olabilir.

Son 1 ay içinde antihipertansif ilaçlarını aksatmadan alan hastaların oranı % 21,6'dır (Çizelge-4.5.4). Yıldırım (2002)'in kronik hastalıklarla yaşama durumunu incelediği çalışmasında, hastaların % 70,7'si ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmiştir. Yıldırım'ın, çalışmasında hastaların ilaçlarını düzenli kullanmalarıyla ilgili elde ettiği sonuç bizim çalışmamızdan farklı çıkmıştır. Buna karşın, Yıldırım'ın çalışmasında düzenli ilaç kullanımından hastaların ne anladığı ile ilgili bir açıklama bulunmamaktadır. Erdine (1993)'nin yaptığı bir çalışmada da, hipertansif hastaların % 50'sinin ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmadığı bulunmuştur. TEKHARF çalışmalarının kısmi sonuçlarına göre, ülkemizdeki 8 hipertansif hastadan sadece 3'ü antihipertansif kullanmakta ve bunlardan da sadece 1'i kan basıncını kontrol altında tutabilmektedir (Onat ve ark., 1999-a). Sonuç olarak çalışmamızda, antihipertansif ilaç tedavisi ile ilgili yanlış uygulamaları olan hastaların oranı ve tedavilerini aksatan hastaların oranının yüksek olduğu saptanmıştır.

Tüm hastalar arasında sürekli ya da sık sık uygulanan ilaç dışı tedavi yöntemi, % 62,6 ile **beslenmede tuz tüketiminin kısıtlanmasıdır**. Bunu, % 30,2 ile, **fazla kilo almayacak şekilde beslenme** takip etmektedir. Sürekli ya da sık sık **fiziksel egzersiz yapan** hastaların oranı ise % 11,5 olarak tespit edilmiştir (Çizelge-4.5.5). Kyngas ve Lahdenpera (1999)'nın hipertansif hastalarda, hastalığa uyumu araştırdıkları çalışmalarında, hastalar arasında beslenme rejimine uyum % 58 oranında sınırdadır, % 12 oranında da kötü çıkmıştır. Aynı çalışmada % 54 oranında hastanın düzenli fiziksel egzersiz yaptığı saptanmıştır. Reid ve arkadaşları (1994), yaptıkları çalışmada, fiziksel egzersiz ve aşırı kilolardan kurtulmanın kardiyovasküler riskleri azalttığını ortaya koymuşlardır.

Tek başına sigarayı bırakmanın kan basıncı üzerine düşürücü etkisini gösteren bir çalışma yoktur (TKD, 2000-a). Buna karşın, sigaranın kullanılmaması, antihipertansif tedavi gören hastalarda kardiyovasküler koruma sağlamaktadır (Greenberg ve ark., 1987). Sigara içimi toplumumuzdaki en yaygın risk faktörüdür

(TKD, 2000-b). Onat ve arkadaşlarının Türk erişkinlerinde sigara içimini inceledikleri çalışmanın verilerine göre, 20 yaş ve üzeri erişkinlerin % 40'ı sigara içmektedir (Onat ve ark., 1999-b). Çalışmamızda hastaların % 33,1'inin sigara kullandığı tespit edilmiştir (Çizelge-4.1.1). Sigara içen hastaların % 43,4'ü sigara içiminde herhangi bir kısıtlamaya gitmediklerini ya da çok seyrek gittiklerini ifade etmiştir. Sürekli ya da sık sık olarak sigara içiminden kaçınmaya çalışan hastaların, çalışma kapsamındaki tüm sigara içicilere oranı ise % 21,7 gibi düşük bir değerdir (Çizelge-4.5.5). Bu oranın düşüklüğünün nedeni, sigara tiryakiliğinin bir sonucu olabilir.

Hipertansif hastalarda aşırı alkol tüketimi, antihipertansif tedaviye karşı direnç oluşturur (Puddey ve ark., 1992). Bununla birlikte, alkol tüketiminin felç riskini artırdığı da bilinmektedir (Gill ve ark., 1991; Wannamethee ve Shaper, 1996). Bu durum, hipertansif hastalar için var olan felç riskini daha da artırmaktadır. Çalışmamızda, örneklem grubuna dahil edilen hastaların % 13,7'sinin alkol kullandığı tespit edilmiştir (Çizelge-4.1.1). Bu hastalardan % 84,2'si sürekli ya da sık sık alkol tüketiminden kaçındıklarını ifade etmiştir (Çizelge-4.5.5). Hipertansif hastalar için bu oranların olumlu olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

İlaç dışı yöntemler ve antihipertansif ilaç uygulamalarının yanlış ve yetersiz olması, hipertansiyonun kontrol altına alınmasını güçleştirmektedir. Bu sorun bizde olduğu kadar olmasa da gelişmiş ülkeler için de geçerlidir. Hyman ve Pavlik, 2001, hipertansiyonun kontrolündeki güçlüğü hasta ile ilgili bir çok faktörle ilişkisi bulunduğunu, hastanın tedaviye uyum sağlayamamasının önemli bir sağlık sistemi sorunu haline geldiğini belirtmişlerdir.

5.5. Hastaların Bilgileri İle Uygulamaları Arasındaki Farkları Gösteren Bulgular

Örneklem grubunu oluşturan kişilerin ilaç dışı tedavi yöntem bilgileri ile yaptıkları uygulamalara göre dağılımı incelenmiştir. Her gün düzenli yapılan fiziksel egzersiz tansiyonun düşürülmesinde etkilidir diyen hastaların % 29,6'sı sürekli ya da sık sık fiziksel egzersiz yapmaktadır. (Çizelge-4.6.1). Şişmanlamamanın tansiyonun düşürülmesinde etkili olduğunu ifade eden hastaların % 29,8'i şişmanlamamak için

sürekli ya da sık sık özel çaba harcadığını ifade etmiştir. Az tuz tüketiminin kan basıncı üzerine olan düşürücü etkisini 139 hastanın tümü bilmektedir. Hastaların % 62,6'sı sürekli/sık sık beslenmede tuzu az tükettiğini ifade etmiştir (Çizelge-4.6.1). Ağırlıklı olarak sebze ve meyvelerle beslenme tansiyonun düşürülmesinde etkili olduğunu ifade eden hastaların % 30,5'i beslenmelerinde sebze ve meyve tüketimine sürekli olarak ya da sık sık ağırlık verdiğini belirtmiştir. Öfkenin kontrol altında tutulmasının kan basıncı üzerinde etkili olduğunu söyleyen hastaların sadece % 27'si sürekli/sık sık günlük yaşantılarında öfkelerini kontrol altında tutmaya çalıştığını belirtmiştir. Sigara içmemenin tansiyon üzerine düşürücü etkisi olduğunu ifade eden hastaların % 68,4'ü sigara içmemektedir. Buna karşın, bu bilgiye sahip olmayan hastaların % 64,3'ü sigara içmektedir. Alkolün az tüketilmesinin tansiyonun düşürülmesine olan etkisini bildiğini söyleyen hastaların % 91,1'i alkol tüketmemektedir.

Tüm bu ilaç dışı tedavi yöntem bilgileri ve gerçekleştirilebilen uygulamalar incelendiğinde; uygulama düzeyinin bilme düzeyinden her zaman düşük olduğu görülmektedir. Hastalarda en çok başvurulan ilaç dışı yöntem olan tuz kısıtlamasına gitme oranı bile % 62,5'te kalmıştır (Çizelge-4.6.1.).

Tüm hastaların % 76,3'ü hipertansiyonun ciddi bir sağlık sorunu olduğu, % 85,6'sı da başka ciddi hastalıklara yol açtığını ifade etmiştir (Çizelge-4.2.3). Hastaların, hipertansiyonu yüksek oranda ciddiye aldıklarını ifade etmelerine rağmen, kan basıncının kontrolünü kolaylaştıran ilaç dışı tedavi uygulamalarını yapmada yetersiz kaldıkları saptanmıştır (Çizelge-4.5.5). Bu uyumsuzluk, sosyo-demografik özellikler, yaş, hipertansiyonun akut komplikasyonlarının az oluşu, yanlış sağlık inanışları, motivasyonsuzluk gibi değişik faktörlerle ilişkili olabilir.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bu olumsuz verilere karşın, Appel ve arkadaşları (1997), 459 erişkin ile yapılan kontrollü diyet düzenlemesi çalışmasında, deneklerde meyve ve sebzelerden ağırlıklı, düşük yağ ve tuz miktarının olduğu bir beslenme şeklini denemişlerdir. Bu deneme sonucu, hipertansif hastaların kan basınçlarında 8 hafta sonra 11,4/5,5 mmHg'lık bir düşüş sağlanmıştır. Bu çalışma ve ilaçsız tedavi uygulamalarının yararlarını gösteren önceden tartışılmış çalışmalar, hipertansif

hastaların kan basınçlarını düzenlemeleri ile ilgili ne kadar büyük kazanımlar sağlanabileceğini göstermektedir.

Fuchs ve arkadaşları (1993), çalışmalarında ilaç dışı tedavi yöntemlerinin hekim ile birlikte hemşire ile yürütüldüğünde anlamlı ölçüde etkinliğin arttığını göstermiştir. Bununla birlikte, klinik hemşiresinin hasta ile birlikte hekime göre daha uzun zaman geçirmesi bu yöntemlerin hastaya anlatılması için güzel bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

Hipertansiyon ilaçları her gün aksatılmadan alınmalıdır diyen hastaların sadece % 4,9'u sürekli ya da sık sık ilaçlarını unuttuğunu ifade etmiştir. Antihipertansif ilaçlar her gün aynı saatlerde alınmalıdır diyen hastalar, % 62,8 oranında "ilacı unutarak almama" davranışını göstermediğini ifade etmiştir . (Çizelge-4.6.3). Kişi kendini iyi hissetse bile, ilacını/ilaçlarını almalıdır görüşüne katılan hastaların çoğu, kendini iyi hissettiğinde (hipertansiyona bağlı bir sağlık sorunu yaşamadığında), ilaç almaya devam ettiğini ifade etmiştir (% 74,5). Kendini iyi hissettiğinde ilaçlar alınmayabilir şeklinde görüş belirten hastalar ise, sıklıkla kendilerini iyi hissettiklerinde ilaç dozunu atladıklarını ifade etmişlerdir (% 46,2). Kullanılan antihipertansife bağlı olabileceğini düşünerek, kendini kötü hissettiğinde ilaç dozunun atlanabileceği görüşünde olan 67 hasta olduğu saptanmıştır. Bu görüşte olan hastaların % 91'i sürekli olarak ya da sık sık, kendini kötü hissettiğinde antihipertansiflerini almadığını ifade etmiştir (Çizelge-4.6.3).

İlaç kullanımı ile ilgili bu saptamalar, hastaların, ilaç kullanım bilgileri ile antihipertansif ilaçları alma özellikleri arasında bir farkın olduğunu düşündürmektedir. Hastaların, ilaç kullanımı ile ilgili yanlış bilgileri yine, yanlış ilaç kullanımına ve tedaviye uyumsuz olmalarına yol açtığı söylenebilir.

Baker ve arkadaşları (1991), ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerin kolay anlaşılır ve ilgi çekici bir şekilde yazılıp hastaya verildiği durumlarda, bilgilendirme ve ilaç kullanım davranışında olumlu etkiler gözlemlendiğini belirtmiştir. Buna karşın, hastaların % 34,5'inin eğitimsiz, % 38,8'inin ilköğretim mezunu olduğu düşünülürse,

çoğunluğu oluşturan hastalara ilaç tedavisi hakkında yazılı materyal sunmanın ne derece ilgi göreceği ve yararlı olacağı hakkında endişe yaratmaktadır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Esansiyel hipertansiyonlu hastaların, hastalıkları ve tedavi uygulamaları hakkındaki bilgi ve davranışlarını tespit etmek, bilgileri ile uygulamaları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan bu araştırmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Hastaların çoğu (% 89,2), hipertansiyonun kronik bir sorun olduğunu ve ilaç tedavisinin yaşam boyu devam edeceğini (% 87,1) bilmektedir. Hastalar hipertansiyonu ciddi bir sağlık sorunu olarak algılamaktadır (%85,6).

Hastaların % 76,3'ü, hipertansiyonun komplikasyonları olduğunu bilmekte ve en az 1 komplikasyon sayabilmektedir. Hastalar tarafından sayılan komplikasyonların başında, hipertansif hastalarda en sık karşılaşılan kalp krizi, kalp yetmezliği felç ve ani ölüm bulunmaktadır.

Hastaların, % 81,3'ü ölçülen kan basınçlarının ne anlama geldiğini bildiklerini ifade etmiştir. Buna karşın, tüm hastaların % 75,5'i kan basınçlarını yanlış anlamlandırmakta, yüksek kan basıncı seviyelerini normal değerler olarak kabul etmektedir.

Çalışmaya katılan hastaların % 69,7'sinin kan basıncı ölçümü düzensizdir. Kan basıncını düzenli ölçtürmemenin en büyük mazereti (% 50,5) "gerek duymama" dır.

Çalışma kapsamındaki tüm hastalara, hekim tarafından antihipertansif ilaç tedavisi önerilmiştir. Hastaların % 77'si antihipertansif ilaçları kan basıncını düşürmek amacıyla almakta, % 51'8'i "kişinin kendini iyi hissetmesi durumunda ilaç almayabileceğini" düşünmektedir. Bu veriler paralelinde, son 1 ay içinde ilaçlarını aksatmadan her gün alan hastaların oranı % 21,6 olarak bulunmuştur.

Hastalar ilaç dışı tedavi yöntemlerinden en çok; tuz tüketiminin kısıtlanması (% 100), öfke kontrolü (%98), şişmanlamama (89,2), sigaranın içilmemesi (%84,2), sebze ve meyve ağırlıklı beslenme (% 59) uygulamalarını bilmektedir. Düzenli fiziksel egzersiz ((38,8) ve alkol tüketiminin kısıtlanması (%32,4) uygulamaları daha az bilinmektedir.

Hastaların ilaç dışı tedavi yöntemleri içinde sürekli/sık sık yaptığı uygulamalar arasında; en çok % 62,6 ile tuz kısıtlaması, % 30,2 ile sağlıklı kiloyu koruyacak şekilde beslenme gelmektedir. Öfke kontrolü (% 26,6), beslenmede meyve ve sebzelere ağırlık verme (% 20,9) ve fiziksel egzersiz (%11,5) daha az kullanılan ilaç dışı tedavi yöntemleri olarak bulunmuştur.

Sigara içmemenin kan basıncı üzerindeki olumlu etkisini hastaların % 84,2'sinin bildiği saptanmıştır. Sigara içicilerinin içinde, sürekli ya da sık sık sigara içmekten kaçınan hastaların oranı ise % 21,7 olarak bulunmuştur.

Çalışma kapsamındaki esansiyel hipertansiyonlu hastalar, tedavi uygulamaları hakkında bilgi edinmeye, hastalık süreci hakkındaki bilgi edinmeden daha fazla ilgi göstermektedir. Hastaların eğitim toplantılarına katılma ilgisi, hem hastalık sürecine yönelik olarak (10,8), hem de tedavi uygulamalarına yönelik olarak (35,5) düşük bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastalar, bilgi edinmede en çok basın yayın araçlarını tercih etmektedir (%71,2). Televizyon, en sık kullanılan (% 71,2) basın yayın aracı olarak bulunmuştur. Bilgi edinmede hemşirenin kaynak olarak kullanılma oranının oldukça düşük olduğu (% 6,4) saptanmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre; hastaların yarısından fazlası, hemşireyi hipertansiyon ve tedavisi hakkında sağlık eğitimcisi olarak kabul etmektedir. Hemşire, hekimden sonra sağlık hasta eğitimi konusunda ikinci sırada gelmektedir.

6.2 Öneriler

Yapılan çalışmanın verileri ve sonuçları dikkate alınarak aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Bu çalışma konusu ile ilgili yürütülecek benzer diğer araştırmalarda, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak verilerin toplanması önerilir,
- Hastaların hastalıklarına ilişkin bilgileri ve tedaviye uyumlarını inceleyen çalışmalar dikkate alınarak, erişkin hipertansiyonlu bireylerin eğitimleri ile ilgili deneysel çalışmalar yapılması önerilir,
- Hipertansif hastaların ilaç tedavisi ve ilaçsız tedavi yöntemleri hakkındaki doğru bilgilerine, hastanın bilgilendirilmesi yöntemlerinin etkisini inceleyen deneysel araştırmaların yapılması önerilir,
- Hipertansif hastaların eğitimi, özellikle hatalı bilgilerinin olduğu ve hastaların bilgisiz olduğu konularda yapılmalıdır;
 - Kan basınçlarını doğru bir şekilde anlamlandırabilme,
 - Hipertansif hastalarda kan basıncının genel seyri,
 - Kan basıncını düzenli bir şekilde takip etme,
 - Hipertansiyonun asemptomatik özelliği,
 - Hipertansiyon ilaçlarını doğru bir şekilde kullanabilme,
 - Fiziksel egzersizin hipertansiyon hastalığındaki önemi,
 - Sebze ve meyve ağırlıklı beslenmenin hipertansiyon hastalığındaki önemi,
- Öncelikle, hipertansiyonlu hastaların eğitime ilgi ve motivasyonu artıracak çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- AKDEMİR, N., BİROL, L. (2003). İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Vehbi Koç Vakfı SANERC yayınları. Yayın no: 2. İstanbul.
- ALEXANDER, C.N., SCHNEIDER, R.H., STAGGERS, F., SHEPPARD, W., CLAYBORNE, B.M., RAINFORTH, M., SALERNO, J., KONDWANI, K., SMITH, S., WALTON, K.G., EGAN, B. (1996). Trial of stres reduction for hypertension in older African Americans. Sex and risk subgroup analysis. *Hypertension*. 28: 228-237.
- ARICI, M., ÇAĞLAR, Ş. (2002). Hipertansiyon ve oluşturduğu sorunlar. *Hacettepe Tıp Dergisi*. 33(1): 4-9.
- APPEL, L.J., MOORE, T.J., OBARZANEK, E., VOLLMER, W.M., SVETKEY, L.P., SACKS, F.M., BRAY, G.A., VOGT, T.M., CUTLER, J.A., WINDHAUSER, M.M., LIN, P.H., KARANJA, N. (1997). A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research Group. *New England Journal of Medicine*. 336: 1117-1124.
- BAKOĞLU, E., YETKİN, A. (2000). Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 4(1): 41-49.
- BALTAŞ, Z. (2000). Sağlık psikolojisi. Remzi kitapevi, 1. Basım, İstanbul.
- CARRETERO, O.A., OPARIL, S. (2000). Essential hypertension; part I: Definition and etiology. *Circulation*. 101:329-335.
- CARPOENITO, L.J. Çeviri: ERDEMİR, F. (1999). Hemşirelik tanıları el kitabı. 7. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul.
- CHBANIAN, A.V., HILL, M. (2000). National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop on sodium and blood pressure: a critical review of current scientific evidence. *Hypertension*. 35: 838-843.

- COLLINS, R., Mac MAHON, S. (1994). Blood pressure, anti-hypertensive drug treatment and the risk of stroke and of coronary heart disease. *Brit. Med. Bull.*; 50:272-297.
- COOPER, H., BOOT, K., FEAR, S., GILL, G. (2001). Chronic disease patient education: lesson from meta-analyses. *Patient Education and Counseling*. 44: 107-117.
- CUNNINGHAM, S.G. (2000). Text book of medical surgical nursing. Vol. 1, Chapter: 29. 9th Ed., Lippincot Comp.
- CUSPIDI, C., SAMPIERI, L., MACCA, G., MICHEV, I., FUSÌ, V., SALERNO, M., SEVERGNINI, B., ROCANOVA, J., LONETTI, G., ZANCHETTI, A.J. (2001). Improvement of patients' knowledge by a single educational meeting on hypertertension. *Journal of Human Hypertension*. 15:57-61.
- CUTLER, J.A., FOLLMANN, D., ALLENDER, P.S. (1997). Randomized trials of sodium reduction: an overview. *American Journal of Clinic Nutrition*. 65:643-651.
- Dünya Sağlık Örgütü teknik rapor serileri: Hipertansiyon kontrolü. Çevirenler: AYKUT, M., ÇETİNKAYA, F., GÜNAY, O., ÖZTÜRK, Y. (1999). Kayseri.
- FUCHS, Z., VİSKOPER, J.R., DREXLER, I., NITZAN, H., LUBIN, F., BERLIN, S., ALMAGOR, M., ZULTY, L., CHETRIT, A., MISHAL, J. (1993). Comprehensive individualised nonpharmacological treatment programme for hypertension in physician-nurse clinics: two year follow-up. *Journal of Human Hypertension*. 7: 585-591.
- ERDİNE, S. (1993). Türkiye hipertansiyon haritası.
- European Society of Hypertension - European Society of Cardiology Guidelines Committee (2003). Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension*. 21:1010-1053.
- FAHEY, T., HART, J., SAVAGE, W. Çeviri: DEĞİRMENCİ, H. (2001). Sorular ve cevaplarla yüksek tansiyon. Kapital medya, 1. Basım, Ankara.

GOLDMAN, L., BENNET, C. (2000). Cecil "text book of medicine". 21.st Edition, Saunders Company, Philadelphia, London, Toronto, Sydney.

GRIMM, R.H., Jr. GRANDITS, G.A., PRINEAS, R.J., Mc DONALT, R.H., LEWIS, C.E., YUNIS, C., SWENDSEN, K., LIEBSON, P.R., ELMER, P.J., STAMLER, J. (1997). Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment of hypertensive men and women. Treatment of Mild Hypertension Study. Hypertension. 29:8-14.

GREENBERG, G., THOMPSON, S.G., BRENNAN, P.J. (1987). The relationship between smoking and the response to antihypertensive treatment in mild hypertensives in the Medical Research Council's trial of treatment. International Journal of Epidemiology. 16: 25-30.

GROUT, R. (1985). The changing circumstances of health education. Health education. Q. 2:21-26.

Guidelines Sub-Committee (1999). 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension guidelines for the management of hypertension. Jurnal of Hypertension, Vol.17, No.2 .

GUILBERT, J.J. (1987). Educational handbook for health personnel. WHO offset publication no.35. Ceneva.

GUYTON, A.C., HALL, J.E. Çeviri: ÖZKUTLU, U. (2001). Tıbbi fizyoloji. 10. Baskı. Yüce Yayınları a.ş., Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. 195-209.

HYMAN, D.J., PAVLIK, V.N. (2001). Characteristics of patients with uncontrolled hypertension in the United States. New England Journal of Medicine. 345: 479-486.

Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (1997). The Sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). NIH publication No.98-4080.

- Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (2003).** The Seventh report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII Express). NIH publication No.03-5233.
- KANNEL, W.B. (1996).** blood pressure as a cardiovascular risk factor. Prevention treatment. *JAMA.* 275: 1571-1576
- KAPLAN, N.M. Çeviri: CANBEK, E. (1998).** Klinik hipertansiyon. Turgut yayıncılık ve ticaret A.Ş. 7. Basım.
- KRECKE, H.J., LUTKES, P., MAIWALD, M. (1996).** Patient assesment self-measurement of blood pressure: result of a telephone survey in Germany. *Journal of hypertension.* 14(3): 323-326.
- KYNGAS, H., LAHDENPERA, T. (1999).** Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing.* 29(4):832-839.
- LERNFELT, B., LANDAHL, S., SWANBORG, A., WİKSTRAND, J. (1996).** Overtreatment of hypertension in the elderly? *Journal of Hypertension.* 8:483-490.
- LEWINGTON, S., CLARKE, R., QIZILBASH, N. (2002).** Age-spesific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: A meta-alaysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet;* 360:1903-1913.
- LITAKER, D., MION, L.C., PLANAVSKY, L., KIPPES, C., MEHTA, N., FROLKIS, J. (2003).** Physician-nurse practitioner teams in chronic disease management: the impact on cost, clinical effectiveness, and patients' perception of care. *Journal of Interprofessional Care.* 17(3):223-237.
- Mac MAHON, S., PETO, S., CUTLER, J. (1990)** Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part I. Prolonged differences in blood pressure, prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. *Lancet;* 335:765-774.

MALETZKİ, W., STEGMAYER, A. Çeviri: GÖKSOY, E., KAPTANOĞLU, L., SERTEL, İ., YARDIMCI, H. (1995). Klinik semptomlar bakım teknikleri takip tedavi kılavuzu hasta bakımı. Yüce yayınları. İstanbul.

MALLION, J.M., SCHEMITT, D. (2001). European Society of Hypertension Scientific Newsletter: Patient compliance in the treatment of arterial hypertension; 2: No:7.

MALLY, R.C., BOURQUE, L.B., ENGELHADT, R.F. (1999). Randomized controlled trial of facilitating information giving to patients with chronic medical conditions effects on outcomes of care. J. Fam. Pract; 48(5):356-63.

MANCIA, G., SEGA, R., MILESI, C., CESANA, G., ZANCHETTI, A. (1997). Blood pressure control in the hypertensive population. Lancet; 349:454-457.

MEREDITH, P.A., (1996). Assesment of long term compliance with antihypertensive therapy. Journal of Hypertension. 14:223.

MIDGLEY, J.P., MATTHEW, A.G., GREENWOOD, C.M.T., LOGAN, A.G. (1996). Effect of reduced dietary sodium on blood pressure: a meta analysis of randomized controlled trials. JAMA. 275:1590-1597.

MILLER, N.H., HILL, M., KOTTKE, T., OCKENE, I.S. (1997). The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. Circulation; 95:1085-1090.

MONANE, M., BOHN, R.L., GURWITZ, J.H., GLYNN, R.J., LEVIN, R., AVORN, J. (1997). The effects of initial drug choice and co-morbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population based study in the elderly. Am J Hypertens. 10:697-704.

NEZİROĞLU, Ü. (1986). Primer hipertansiyonlu hastaların hastalıkları hakkındaki bilgi düzeyleri. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Sayfa: 46.

NISSINEN, A., TUOMILEHTO J., ENLUND, H., KOTTE, T.E. (1992). Costs and benefits of community programmes for the control of hypertension. Journal of Human Hypertension. 6:473-479.

- ONAT, A., ŞENOCAK, M., MERCANOĞLU, F., ŞURDUM AVCI, G., ÖZCAN, R. (1991). Türk erişkinlerinde fiziksel etkinlik ve bunun başlıca risk faktörleri üzerine etkileri. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları. 19: 256-262.
- ONAT, A., SANSOY V., YILDIRIM B., KELEŞ İ., ÇETİNKAYA A., AKSU, H., USLU, N., GÜRBÜZ, N. (1999-a). Erişkinlerimizde kan basıncı: 8-yıllık seyri, tedavi oranı, koroner kalp hastalığı ve bazı etkenlerle ilişkileri. Türk Kardiyoloji Derneği. 27:136-143.
- ONAT, A., AKSU, H., USLU, N., KELEŞ, İ., ÇETİNKAYA, A., YILDIRIM, B., GÜRBÜZ, N., ŞENSOY, V.(1999-b). Türk erişkinlerinde sigara içimi: Kadınlarımızda tiryakilik artma yolunda. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları. 27: 697-700.
- ÖZCAN, N. (2001). Hipertansiyon. 2. Baskı. Ankara.
- ÖZDEMİR, L., SÜMER, H., KOÇOĞLU, G., POLAT, H. (2000). Sivas Emek Sağlık Ocağı bölgesinde yaşayan 30 yaş üstü kadınlarda hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Uluslar arası katılımlı halk sağlığı kongresi. İstanbul.
- ÖZER, C., ŞAHİN, E.M., DAĞDEVİREN, N., AKTÜRK, Z. (2002). Birinci basamakta hasta eğitimi. Sted. 11(1): 11-14.
- ÖZTÜRK, M.O. (1997). Ruh sağlığı ve bozuklukları. 7.basım. Sayfa: 347-353 Ankara.
- Primary prevention of hypertension: Clinical and public health advisory from the national high blood pressure education program. (2002). NIH publication No.02-5076.
- REID, C.M., DART, A.M., DEWAR, E.M., JENNINGS, G.L. (1994). Interactions between the effects of exercise and weight loss on risk factors, cardiovascular haemodynamics and left ventricular structure in overweight subjects. Journal of Hypertension. 12: 291-301.
- REIMS, H., KJELDSSEN, S.E., MANCIA, G. (2002). European Society of Hypertension Scientific Newsletter: Home blood pressure monitoring; 3: No:12.

SAHYOUN, N.R., LENTZNER, H., HOYERT, D., ROBINSON, K.N. (2001). Trend is causes of death among the elderly. Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Health Statistics. Aging trends. No.1.

SHUMAKER, S.A., SCHRON, E.B., OCKENE, J.K. (1990). The handbook of health behavior change. New York.

STEWART, M.J., GOUGH, K., REID, M., WEBB, D.J., PATFIELD, P.L. (1996). "White coat" hypertension: a comparison of detection using ambulatory blood pressure monitoring or home monitoring of blood pressure. Journal of hypertension. 14:1507.

STRELEC., M.A., PIERIN, A.M.G. (2003) The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. Arq Bras Cardiol. 81:349-354.

TAŞOCAK, G. (2000). İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelikte Eğitim Süreci Dersi Rehberi. İstanbul.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (1999). Ulusal Hipertansiyon Kontrol Programı Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu.

The DASH eating plan (2003). NIH publication No.03-4082.

Türk Eczacılar Birliği (2001). Türkiye'de hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve antihipertansif kullanım özellikleri. Türk Eczacılar Birliği Araştırma raporları dizisi: 3.

Türk Kardiyoloji Derneği (2000-a). Ulusal hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu.

Türk Kardiyoloji Derneği (2000-b). Türkiye kalp raporu 2000. Türkiye'de kalp sağlığı ve kardiyoloji alanında günümüzdeki durum, sorunlar ve çözüm önerilerine ilişkin rapor.

U.S. Department of Health and Human Services (1996). Physical activity and health: A report of the surgeon general. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion:28.

ÜNSAR, S., DURNA, Z., SÜT, N. (2004). Koroner arter hastalarında risk faktörlerini azaltmaya yönelik sağlık eğitiminde hemşirenin rolü. Hemşirelik Forumu. Cilt 7, Sayı 2: 27-41.

WANNAMETHEE, S.G., SHAPER, A.G. (1996). Patterns of alcohol intake and risk of stroke in middle-aged British men. Stroke. 27: 1033-1039.

WILLIAMS, M.V., PAKER, R.M., BAKER, D.W., PARIKH, N.S., PITKIN, K., COATES, W.C., NURSS, J.R. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. JAMA. 274: 1677-1682.

WHO Expert Committee (1996). Hypertension control. WHO technical report series 862, Geneva.

WHO (1995). Editör: ÜLKER, S. Nursing action strengthening Nursing and midwifery to support health for all (Hemşirelikte etkinliğe doğru eylem). Aydoğdu ofset, Ankara.

YILDIRIM, Y. (2002). Bolu il merkezindeki erişkinlerde kronik hastalık prevalansı ve kronik hastalıkla yaşama durumlarının belirlenmesi. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi. Sayfa: 34- 65.

Your guide to lowering blood pressure. (2003). NIH publication No.03-5232.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

ESANSİYEL HİPERTANSİYONLU BİREYLERİN HASTALIK SÜRECİ VE TEDAVİ
UYGULAMALARINA YÖNELİK BİLGİLERİ İLE DAVRANIŞLARINA İLİŞKİN ANKET FORMU

Değerli katılımcı;

Gönüllü olarak katılmayı kabul ettiğiniz bu çalışma, siz ve sizin durumunuzda olan hipertansif kişilerin hastalıkları ve tedavi uygulamaları ile ilgili bilgi ve davranışlarını öğrenmeyi amaçlamaktadır. Çalışma sonuçlarını ve bu sonuçlar doğrultusundaki birikimlerimizi, sağlığımızı koruma ve geliştirme amacıyla sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyacağız.

Sorulara içtenlikle cevap vermeniz, çalışmamızın sonuçlarını olumlu yönde etkileyecektir. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı: İbrahim ÇETİN

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

Protokol No:

Anket No:.....

Satır No:.....

Hastanın tanıttıcı bilgilerine yönelik sorular (FORM I)

				<u>Kolon Kodu</u>
1. Cinsiyetiniz:	(1) Erkek	(2) Kadın		1
2. Yaşınız:	(1) 18-29 (5) 66-74	(2) 30-41	(3) 42-53 (4) 54-65	2
3. Öğrenim durumunuz:	(1) Okul bitirmemiş (5) Üniversite	(2) İlkokul	(3) Ortaokul (4) Lise	3
4. Aile tipiniz:	(1) Çekirdek aile	(2) Geniş aile	(3) Yalnız	4
5. Kaç yıldır hipertansiyon hastası/sınız?	(1) 1-3 yıl (4) 10-12 yıl	(2) 4-6 yıl (5) 13 yıl ve üstü	(3) 7-9 yıl (6) Bilmiyorum	5

6. Sigara kullanıyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır 6
7. Alkol kullanıyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır 7
8. En son ölçülen tansiyon değeriniz/.....mmHg. (1) Bilmiyorum/hatırlamıyorum 8-9
(10. soruya geçiniz)
9. Arteriyel Kan Basıncı sınıf aralığı: (1) Normal (2) Prehipertansiyon 10
(3) Evre 1 hipertansiyon (4) Evre 2 hipertansiyon
10. Hastalık özgeçmişiniz: (Birden fazla seçenek söyleyebilirsiniz)
- (1) Kalp Krizi (2) Felç (3) Böbrek Yetmezliği
(4) Kalp Yetmezliği (5) Diyabet (6) Yok
(7) Diğer..... 11
11. Hekim tarafından antihipertansif ilaç tedavisi önerildi mi? 12
(1) Evet (2) Hayır

EK - 2

Bu bölüm, hastalık süreci ve tedavi uygulamalarına ilişkin bilgilerinize yönelik sorular içermektedir.

(FORM II)**Kolon Kodu**

1. Ölçülen tansiyonunuzun ne anlama geldiğini biliyor musunuz? (1) Evet (2) Hayır 13
2. / mmHg' ya kadar olan tansiyon değeri normaldir. (4. soruya geçiniz)
(1) Fikrim yok 14-15
3. Arteriyel Kan Basıncı sınıf aralığı: (1) Normal (2) Prehipertansiyon
(3) Evre 1 hipertansiyon (4) Evre 2 hipertansiyon 16
4. Şimdi sorulacak soruları, kendi görüşünüzü belirtecek şekilde evet, hayır ya da fikrim yok diyerek yanıtlayınız.

NO	UYGULAMA	EVET	HAYIR	FİKRİM YOK	KOLON KODU
1.	140/90 mmHg kan basıncı hipertansiyon mudur?	(1)	(2)	(3)	17
2.	Hipertansif hastalarda tansiyon sadece ara sıra mı yükselir?	(1)	(2)	(3)	18
3.	Hipertansiyonlu hastaların haftada en az 1 kez kan basıncılarını ölçtürmeleri gerekir mi?	(1)	(2)	(3)	19
4.	Hipertansiyon ciddi bir sağlık sorunu mudur?	(1)	(2)	(3)	20
5.	Hipertansiyon yaşam boyu devam eden bir hastalık mıdır?	(1)	(2)	(3)	21
6.	Hipertansiyon çoğu zaman belirti verir mi?	(1)	(2)	(3)	22
7.	Hipertansiyon başka ciddi hastalıklara da neden olur mu?	(1)	(2)	(3)	23
8.	Hipertansiyonda ilaç tedavisi yaşam boyu mu devam eder?	(1)	(2)	(3)	24
9.	Hipertansiyon ilaçları her gün aksatılmadan mı alınmalıdır?	(1)	(2)	(3)	25
10.	Hipertansiyon ilaçları her gün aynı saatlerde mi alınmalıdır?	(1)	(2)	(3)	26
11.	Kişi kendini iyi hissediyorsa ilaçlarını almayabilir mi?	(1)	(2)	(3)	27
12.	Kişi kendini kötü hissediyorsa ilaçlarını almayabilir mi?	(1)	(2)	(3)	28
13.	Her gün düzenli yapılan fiziksel egzersiz (30 dakikalık tempolu yürüyüş ya da yüzme gibi) tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	(1)	(2)	(3)	29
14.	Şişmanlamama tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	(1)	(2)	(3)	30

NO		EVET	HAYIR	FİKRİM YOK	KOLON KODU
15.	Az tuz tüketilmesi tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	(1)	(2)	(3)	31
16.	Ağırıklı olarak sebze ve meyvelerle beslenme tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	(1)	(2)	(3)	32
17.	Öfkenin kontrol altında tutulması tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	(1)	(2)	(3)	33
18.	Sigaranın içilmemesi tansiyonun düşürülmesinde etkili midir?	(1)	(2)	(3)	34
19.	Alkolün az tüketimi tansiyonun düşürülmesinde etkilimidir?	(1)	(2)	(3)	35

Kolon Kodu

5. Hipertansiyon başka hangi ciddi hastalıklara yol açar? (Birden fazla seçenek söyleyebilirsiniz)

- (1) Kalp Krizi (2) Felç (3) Böbrek Yetmezliği
(4) Kalp Yetmezliği (5) Ölüm

(6) Diğer..... 36

6. Hipertansiyon ilaçları ne amaçla kullanılır?

- (1) Tansiyonu düşürmek
(2) Hastalığı tamamen iyileştirmek
(3) Fikrim yok
(4) Diğer.....

37

7. Hipertansiyon hastalığı hakkında yeterli bilginiz var mı?

(1) Evet (2) Hayır 38

8. Hipertansiyon hastalığı hakkında daha fazla bilgi edinmek ister misiniz?.

(1) Evet (2) Hayır 39

9. Hipertansiyon hastalığı hakkında yapılacak eğitim toplantılarına katılmak ister misiniz?

(1) Evet (2) Hayır 40

10. Hipertansiyonun tedavisi hakkında yeterli bilginiz var mı?

(1) Evet (2) Hayır 41

11. Hipertansiyonun tedavisi hakkında daha fazla bilgi edinmek ister misiniz? (1) Evet

(2) Hayır 42

12. Hipertansiyonun tedavisi hakkında yapılacak eğitim toplantılarına katılmak ister misiniz?

(1) Evet (2) Hayır 43

13. Sizce hipertansiyon hastalığı hakkında hasta eğitimini kimler yapmalıdır?

(Birden fazla seçenek söyleyebilirsiniz)

(1) Hemşire (2) Hekim (3) Eczacı (4) Sağlık ekibi (5) Fikrim yok

(6) Diğer:.....

44

14. Sizce hipertansiyon tedavisi hakkında hasta eğitimini kimler yapmalıdır?

(Birden fazla seçenek söyleyebilirsiniz)

(1) Hemşire (2) Hekim (3) Eczacı (4) Sağlık ekibi (5) Fikrim yok

(6) Diğer:.....

45

Bu bölüm, hastalık süreci ve tedavi uygulamalarına ilişkin davranışlarınıza yönelik sorular içermektedir.

(FORM III)

Kolon Kodu

1. Tansiyonunuzu ne sıklıkta ölçersiniz ya da ölçtürürsünüz?

(Cevap, her gün, haftada 1 kere ya da haftada 1'den fazla ise 3. soruya geçiniz)

- (1) Her gün (2) Haftada 1'den fazla (3) Haftada 1 kere
 (4) Ayda 1'den fazla (5) Ayda 1 kere (6) Yılda 1'den fazla
 (7) Yılda 1 kere (8) Kendimi kötü hissettiğimde (9) Hiç

46

2. Tansiyonunuzu düzenli ölçtürmeme nedeniniz nedir?

- (1) Gerek Duymuyorum (2) Ölçtürme imkanım yok
 (3) Tansiyonumun yükseldiğini bilmek istemiyorum
 (4) Diğer.....

47

3. Şimdi sorulacak soruları, kendi davranışınızı belirtecek şekilde sürekli, sık sık, arasıra, çok seyrek ya da hiç seçeneklerinden birini kullanarak yanıtlayınız.

NO	UYGULAMA	Sürekli	Sık sık	Ara sıra	Çok seyrek	Hiç	Kolon kodu
1.	Hipertansiyon ilacınızı/ilaçlarınızı zamanında alırmısınız?						48
2.	Hipertansiyon ilacınızı/ilaçlarınızı unutarak almadığınız olur mu?						49
3.	Geçen 1 ay içinde ilacınızı/ilaçlarınızı her gün aksatmadan aldınız mı?						50
4.	Kendinizi iyi hissettiğinizde ilacınızı/ilaçlarınızı almayı atlar mısınız?						51
5.	Kendinizi kötü hissettiğinizde ilacınızı/ilaçlarınızı almayı atlar mısınız?						52
6.	İlacınız/ilaçlarınız bitmeden yenisini temin ediyor musunuz?						53
7.	Fiziksel egzersiz (30 dakikalık tempolu yürüyüş ya da yüzme gibi) yapıyor musunuz?						54
8.	Sağlıklı kilonuzu koruyacak şekilde mi besleniyorsunuz?						55
9.	Beslemenizde tuzu kısıtlıyor musunuz?						56
10.	Ağırıklı olarak sebze ve meyveler ile mi besleniyorsunuz?						57
11.	Günlük yaşantınızda öfkenizi kontrol altında tutmak için özel çaba harcıyor musunuz?						58
12.	Fazla alkol tüketiminden kaçınıyor musunuz? (Sadece form 1'de 7. soruya evet diyenler cevaplandırılacak)						59
13.	Sigara içmekten kaçınıyor musunuz? (Sadece form 1'de 6. soruya evet diyenler cevaplandırılacak)						60

4. Aşağıdaki ifadelere katılıp katılmadığınızı belirtiniz.

61

Son 1 yıl içinde hipertansiyon hastalığı ve tedavisi ile ilgili;	Evet	Hayır
En az 1 kitap okudum		
En az 1 broşür okudum		
En az 1 eğitim toplantısına katıldım		
Bir hekime danıştım		
Bir hemşireye danıştım		
Bir eczacıya danıştım		
Basın-yayın araçlarını takip ediyorum (televizyon, radyo, gazete, dergi)		
Çevremdeki hipertansiyonlulardan bilgi aldım		
Bilgilerimi artırmak için bir şey yapmadım		
Diğer:		
Diğer:		

5. Hangi basın-yayın aracını takip ediyorsunuz? (Sadece basın-yayın araçlarını takip ediyorum diyenler cevaplandırılacak)

62

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Tüm sorular bitti.

Vakit ayırdığınız ve çalışmamıza katkıda bulunduğunuz için teşekkürler.



**KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU**

Tarih: 30.06.2004
Sayı: AEK- 84 / 4
Proje no: 353
Konu: Klinik araştırma

ETİK KURUL KARARI

Sayın araştırmacı İbrahim ÇETİN,

17.12.2003 tarihinde Araştırma Etik Kurulu'ndan AEK 509/8 karar sayısı ile ön onay almış bulunan **Esansiyel Hipertansiyonlu Erişkin Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Bilgileri ve Tedaviye Uyum Durumları** adlı çalışmanızın, etik ilkelere ve KOÜ Tıp Fakültesi Etik Kurul Yönergesine uygun planlanmış, yürütülmüş ve tamamlanmış olmasından dolayı "etiğe uygunluk onayı" almaya hak kazandığına karar verilmiştir.

İnsanın yararının ve esenliğinin, bilimin yararından üstün tutulması dileğiyle, başarılar.

**Araştırma Etik Kurulu
Başkanı
Prof. Dr. M.Nejat GACAR**