

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
TR, Balıkesir University, Institute of Health Sciences

**HİPERTANSİYONLU BİREYLERDE PENDER'İN
SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ'NE DAYALI
VERİLEN EĞİTİMİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLKNUR GÜNAY

Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Alan Kodu: 1032



BALIKESİR
2023

T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HİPERTANSİYONLU BİREYLERDE PENDER'İN SAĞLIĞI
GELİŞTİRME MODELİ'NE DAYALI VERİLEN EĞİTİMİN
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İLKNUR GÜNAY

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. SİBEL KARACA SİVRİKAYA

ORTAK TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. HİCRAN YILDIZ

Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Alan Kodu: 1032

BALIKESİR
2023



T.C.
BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



TEZ KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı Ortak Yüksek Lisans Programı çerçevesinde
İlknur GÜNAY tarafından yürütülmüş ve tamamlanmış olan
**“Hipertansiyonlu Bireylerde Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli’ne Dayalı
Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi”**
başlıklı tez çalışması,
Balıkesir Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin
ilgili maddeleri uyarınca aşağıdaki jüri tarafından

YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 17/08/2023

TEZ SINAV JÜRİSİ

Prof. Dr. Mehtap KAVURMACI
Atatürk Üniversitesi
(Başkan)

Prof. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA
Balıkesir Üniversitesi
Üye (Danışman)

Prof. Dr. Hicran YILDIZ
Bursa Uludağ Üniversitesi
Üye (Ortak Danışman)

Doç. Dr. Sibel ERGÜN
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem
KAYA
Balıkesir Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Yüksek Lisans Tezi,
sınav jüri üyeleri tarafından imzalanarak 07/09/2023 tarihinde teslim
edilmiştir.

Prof. Dr. Ziya İLHAN
Enstitü Müdürü

BEYAN

Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıpları kabullendiğimi **beyan ederim.**

İmza

İlknur GÜNAY

İTHAF

İlk G z Ağrım, Canım Oğlum Alperen Yusuf'uma...

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden bu güne kadarki süreçte her ihtiyaç duyduğumda bana yol gösterici, ilgili, tüm yüreğiyle samimi yaklaşan, hoşgürülü, anlayışlı, destekleyici olan, tez çalışmamın tamamlanmasında akademik, bilgi, beceri, deneyim ve tecrübeleriyle kıymetli katkıları bulunan, lisansüstü eğitimime başladığım ilk günkü heyecanımı, coşkumu her geçen gün biraz daha arttırarak beni daha da cesaretli yapan, danışman hocam Sayın Prof. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA'ya,

Lisansüstü eğitimimde bilgisiyle bana yol gösteren, anlayışlı ve desteleyici yaklaşımı ile yanımda olan ortak tez danışman hocam Sayın Prof. Dr. Hicran YILDIZ'a,

Tez çalışmamın veri toplama aşamasında bana destek olan Edremit Devlet Hastanesi Dahiliye ve Kardiyoloji Hekimlerine ve kıymetli hastalarım,

Bilim dünyasına kalıcı bir eser bırakmam için beni fedakârca bekleyen canım oğlum Alperen Yusuf'a,

Hayata gözlerimi açtığım ilk günden itibaren beni koruyan, benim için her türlü fedakarlığı yapan, her imkanı sunan, istersem herşeyin üstesinden gelebileceğime beni inandıran, içimdeki gücün varlığına daima inanan, her zaman daimi destekçilerim olan Değerli annem Cemile TEKİN ve Değerli babam Osman TEKİN'e,

Değerli vakitlerini ayırıp tezime katkıda bulunan jüri üyelerime,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
İÇİNDEKİLER	i
ÖZET	vi
ABSTRACT.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Hipertansiyonun Tanımı.....	7
2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	7
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması	9
2.3.1. Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırma	9
2.3.2. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma	10
2.4. Hipertansiyonda Belirti ve Bulgular	11
2.5. Hipertansiyonun Değerlendirilmesi	12
2.6. Hipertansiyon Tedavisi	13
2.6.1. Farmakolojik Tedavi	14
2.6.2. Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	14
2.7. Hipertansiyonda Hasta Eğitimi ve Hemşirelik	21
2.8. Sağlığı Geliştirme Modeli	23
2.8.1. Sağlığı Geliştirme Modelinin Amacı.....	24
2.8.2. Sağlığı Geliştirme Modelinin Felsefi Temeli	24
2.8.3. Sağlığı Geliştirme Modelini Oluşturan Temel Bileşenler.....	24
2.9. Sağlığı Geliştirme Modeli Doğrultusunda Davranış Değişikliği Oluşturma Sürecinde Kullanılan Hemşirelik Girişimleri.....	30
2.10. Öz-yeterlilik Kavramı ve Hipertansiyonda Öz-yeterlilik	31
2.11. Hipertansiyon Yönetiminde Mobil Teknoloji Kullanımı: Kısa Mesaj Gönderme	32

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	35
3.1. Araştırmanın Tipi.....	35
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	35
3.3.Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	35
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	36
3.4.1. Örneklem.....	36
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	37
3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	37
3.7. Veri Toplama Araçları	40
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu	41
3.7.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	41
3.7.3.Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu.....	43
3.7.4.Tüketici Sağlığı Bilgileri İçin Kalite Kriterleri (Quality Criteria for Consumer Health Information – DISCERN)	44
3.7.5. Hasta Eğitim Materyali.....	45
3.8. Araştırmanın Uygulanması.....	46
3.8.1. Eğitim Grubuna Yapılan Uygulamalar.....	46
3.8.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar.....	48
3.9.Verilerin Değerlendirilmesi.....	53
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	54
3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	54
4. BULGULAR.....	55
5. TARTIŞMA	67
5.1. Hipertansiyon Hastalarının Sosyo-Demografik ve Bazı Parametrik Bulgularının Tartışılması	68
5.2. Hipertansiyon Hastalarında SYBDÖ II'ye Ait Ön Test-Son Test Puan Farklarının Tartışılması.....	73
5.3. Hipertansiyon Hastalarında SYBDÖ II'ye Ait Alt Boyutların Ön Test-Son Test Puanların Grup ve Zamana göre Değişiminin Tartışılması.....	74
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
6.1. Sonuçlar.....	77
6.2. Öneriler.....	78

KAYNAKLAR	79
ÖZGEÇMİŞ.....	90
EKLER	91
EK-1: Kişisel Bilgi Formu	91
EK-2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	92
EK-3: Ölçek İzinleri.....	94
EK-4: Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu.....	95
EK-5: DISCERN Ölçüm Aracı	97
EK-6: Hasta Eğitim Materyali.....	101
EK-7: Uzman Görüşüne Başvurulan Kişilerin Listesi.....	169
EK 8: Etik Kurul İzni.....	170
EK 9: Kurum İzni.....	171
EK 10: Yazılı Onam Formu.....	172
EK 11: Eğitim Grubu Hastalarına Gönderilen SMS Bildirimleri.....	174

ÖZET

HİPERTANSİYONLU BİREYLERDE PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİ'NE DAYALI VERİLEN EĞİTİMİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Bu tez çalışması hipertansiyon hastalarına Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyileştirilmesine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırma, randomize kontrollü girişimsel (yarı deneysel) bir çalışmadır. Balıkesir ili Edremit ilçesinde bulunan Devlet Hastanesi'nde 15 Ekim 2021- 15 Nisan 2022 tarihleri arasında 114 hipertansiyon hastası ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri, “Kişisel Bilgi Formu” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” ile yüzyüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Ön test uygulaması sonrası, eğitim grubu hastaları ile birebir görüşülerek eğitim sunulmuştur. Eğitim sonunda hazırlanan eğitim kitapçığı hastaya verilmiş, iletişim bilgileri kaydedilmiştir. Eğitim grubu hastalarına sekiz haftalık bir izlem süreci uygulanmıştır. Bu zaman diliminde hastalara haftada iki- üç kez kısa mesaj gönderimi yapılarak eğitimin etkin kalması hedeflenmiştir. Son test uygulaması için kontrol ve eğitim grubu hastaları randevu verilerek yeniden hastaneye davet edilmişlerdir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama $\pm$ standart sapma, ortanca (minimum- maksimum), Kolmogorov-Smirnov testi, bağımsız iki örnek t testi, Mann Whitney U testi, Pearson's ki-kare ve Yates düzeltmeli ki-kare testi, Wilcoxon testi, Robust iki yönlü varyans analizi, Bonferroni testi kullanılmıştır. Tüm istatistikler, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın ön test uygulamasında grupların homojen olduğu saptanmıştır. Ancak son test uygulamasında elde edilen SYBDÖ II ölçek toplam puanlarında, yapılan eğitim sonrası eğitim grubunun ölçek puanı istatistiksel olarak daha yüksek çıkmıştır. Bu durum, hipertansiyon hastalarına uygulanan eğitim girişimlerinin hipertansiyon yönetiminde etkili olduğunu göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Hasta eğitimi, hipertansiyon, pender, sağlığı geliştirme modeli, sağlıklı yaşam biçimi davranışları.

ABSTRACT

THE EFFECT OF THE EDUCATION BASED ON PENDER'S HEALTH PROMOTION MODEL UPON HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS AMONG THE INDIVIDUALS WITH HYPERTENSION

This thesis study was done to explore the effect of the education based on Pender's health promotion model among the hypertension patients upon improving healthy life style behaviors.

This was a randomized-controlled interventional trial (semi-experimental trial). The study was conducted with 114 hypertension patients at a Public Hospital in Edremit County of Balıkesir Province between the 15th of October 2021 and the 15th of April 2022. The study was gathered using "Information Request Form" and "Healthy Lifestyle Behaviors Scale II (HLBS)" via face to face interview technique. After the pre-test, patients in the education group were personally interviewed and were provided the education. The education manual books were distributed to the patients at the end of the education and patients' contact information was recorded. An eight week follow-up was held for the patients in the education group. In the meantime, we wanted the education to remain effective by sending short messages to the patients twice or three times a week. For the post-test, the control group patients and the experimental group patients were given appointments and were asked to visit the hospital again. For the analyses of the data; numbers, percentages, averages $\pm$, standard deviations, medians (minimum- maximum), Kolmogorov-Smirnov test, independent two samples t test, Mann Whitney U test, Pearson's chi-square test and Yates correction chi-square test, Wilcoxon test, Robust two ways variance analysis and Bonferroni test were employed. Statistical significance was set to 5%.

In the pre-test, groups were found to be homogenous. However; in the post-test, the total scores obtained from HLBS showed that scale scores of the education group increased significantly after the education; which suggested that the educational intervention held for the hypertension patients was effective in managing hypertension.

Key words: Patient education, hypertension, Pender's health promotion model, healthy lifestyle behaviors.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACC	: Amerikan Kardiyoloji Koleji
AHA	: Amerikan Kalp Birliği
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension
DKB	: Diyastolik Kan Basıncı
ESC	: Avrupa Kardiyoloji Derneği
ESH	: Avrupa Hipertansiyon Derneği
JNC	: Joint National Committee
KB	: Kan Basıncı
mSağlık	: Mobil Sağlık
Patent	: Hipertansiyon Prevalans Çalışması
Patent2	: Hipertansiyon Prevalans Çalışması 2
SKB	: Sistolik Kan Basıncı
SMS	: Kısa Mesaj Servisi
SYBD	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
TEKHARF	: Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı
TUIK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa No

Şekil 2.1. Hipertansiyon Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesine İlişkin Uygulanan Eğitim ve Danışmanlık Programının Sağlığı Geliştirme Modeline Entegrasyonu.....	29
Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT (2018) Diyagramına Göre Randomizasyon Şeması.....	39
Şekil 3.2. Tez Birinci Aşama Çalışma Şeması.....	49
Şekil 3.3a. Tez İkinci Aşama Çalışma Şeması.....	50
Şekil 3.3b. Araştırmanın Uygulama Şeması.....	51
Şekil 3.3c. Pender'in sağlığı geliştirme modeline ait kavramların hipertansiyon tanısına uyarlanması.....	52

TABLÖLER DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 2.1a. ESC/ESH Kılavuzu Kan Basıncı Tanımı ve Sınıflaması (2018).....	9
Tablo 2.1b. JNC 8 Raporuna Göre Kan Basıncı Tanımı ve Sınıflaması (2014).....	10
Tablo 2.2. Kılavuzlara Göre Hipertansiyonu Olmayan Bireylerin İzlem Önerileri (ACC/AHA 2018).....	12
Tablo 3.1. Gruplara Ait Randomizasyon Dağılım Tablosu.....	37
Tablo 3.2a. Veri Toplama Araçları.....	40
Tablo 3.2b. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Ön Test Güvenirlilik Analizi.....	42
Tablo 3.2c. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Son Test Güvenirlilik Analizi.....	43
Tablo 3.3. Uzman görüşüne başvuru sonrası uzmanlardan eğitim kitapçığının aldığı puan dağılımları.....	46
Tablo 3.4. Araştırmada Kullanılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....	53
Tablo 4.1. Araştırma Gruplarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı ve Karşılaştırılması.....	57
Tablo 4.2. Kontrol ve Eğitim Grubunun Bazı Parametrik Değerlerin Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.3. Kontrol ve Eğitim Gruplarına Göre SYBDÖ II Ön Test-Son Test Puan Ortalama ve Ortancaları İle Ön Test-Son Test Puan Farklarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 4.4. Grup ve Zamana Göre Sağlık Sorumluluğu Alt Boyutu Puanının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.5. Grup ve Zamana Göre Fiziksel Aktivite Alt Boyutu Puanının Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.6. Grup ve Zamana Göre Beslenme Alt Boyutu Puanının Karşılaştırılması.....	64

Tablo 4.7. Grup ve Zamana Göre Manevi Gelişim Alt Boyutu Puanının Karşılaştırılması.....	64
Tablo 4.8. Grup ve Zamana Göre Kişiler Arası İlişkiler Alt Boyutu Puanının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.9. Grup ve Zamana Göre Stres Yönetimi Alt Boyutu Puanının Karşılaştırılması.....	65
Tablo 4.10. Grup ve Zamana Göre Ölçek Toplam Puanının Karşılaştırılması.....	66



1.GİRİŞ

Günümüzde ülkemizde ve dünyada kronik hastalıkların görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır (Başak, 2017). Kronik hastalıkların mortalite ve morbidite oranları incelendiğinde kardiyovasküler sistem hastalıklarının ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir (Ergün Arslantaş vd., 2019). Özellikle hipertansiyonda bu oranların yüksek olması göze çarpmaktadır. Hipertansiyon, sürekli kan basıncı yüksekliği gözlenen sistemik bir hastalıktır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022). Hipertansiyon, önemli bir halk sağlığı sorunu olup hem sağlık açısından hem de ekonomik olarak ciddi yükler oluşturur (Arıcı vd., 2015; Shaw et al., 2018; Ergün Arslantaş vd., 2019; Sevinç, 2022). Önlenabilir ve kontrol altına alınabilir bir kardiyovasküler sistem hastalığı olması sebebiyle halk sağlığı bakımından öncelikli nitelikte olan bir hastalıktır (Başak, 2017; Ergün Arslantaş vd., 2019; Sevinç, 2022). Her ne kadar bilim dünyası hipertansiyona bu ciddiyetle yaklaşırsa da toplumsal yapıda hipertansiyona olan bakış açısı ve yaklaşımda bu ciddiyet gözlenememektedir (Başak, 2017). Bu nedenle toplumun önemli bir bölümü hipertansiyon tanısı almayan olgu olarak, bir bölümü de tanı almış ancak tedavi uygulamalarına gereken uyumu göstermeyerek hayatına devam etmektedir (Ayodapo et al., 2020).

Amerikan Kalp Derneği'nin yaptığı hipertansiyon prevalans çalışmasında, 20 yaş üzeri yetişkinlerde %33, Avrupa Kardiyoloji Derneği'nin yetişkin nüfustaki hipertansiyon prevalansı %30-45 olarak bildirilmiştir (Santulli, 2013; Williams et al., 2018). 2021 yılı verilerinde Dünya Sağlık Örgütü (WHO), küresel çapta 1.28 milyar kişinin hipertansiyon hastası olduğunu öngörmektedir. Ülkemizde hipertansiyon prevalansını incelemek üzere yapılan bir meta-analiz çalışmasında, kadınların hipertansiyon prevalansının erkeklere oranla daha yüksek olmakla birlikte her iki cinsiyet için de kan basıncı değerlerinin birbirine yaklaşık değerlerde seyrettiği sonucuna varılmıştır (Kılıçkap vd., 2018). Yapılan başka bir araştırma sonucunda da kadın cinsiyetinde hipertansiyonun görülme sıklığı erkek cinsiyete göre daha yüksek

olmakla beraber yaşla birlikte oransal olarak hastalık riskinin de arttığı bildirilmektedir (Başak, 2017). Gerek ülkemizde gerekse dünyada yüksek bir prevalans gösteren hipertansiyon, evrensel morbidite risk faktörleri arasında üçüncü, mortalite riski sıralamasında ise birinci sırada bulunmaktadır (Llord-Sherlock et al., 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) verilerinde 2019 yılı ölüm nedenleri içerisinde dolaşım sistemi hastalıkları %36.8 ile ilk sırada gelmektedir. Bu ölümlerin %7.94'ü ise hipertansiyon kaynaklıdır (TUIK, 2019). Brezilya'da 1990-2017 yılları arasında kapsayan yüksek kan basıncına bağlı küresel hastalık yükü çalışmasında, yükselmiş kan basıncı ölüme neden olan birinci risk faktörü olarak bildirilmiştir (Nascimento et al., 2020).

Hipertansiyonun zemin hazırladığı komplikasyonlar, erişkin yaş grubu için ölüm sebeplerinin başında gelmektedir. Koruyucu tedbirler, medikal tedaviler uygulanmadığında, ilk etkilenen organ kalp olmak üzere bedendeki birçok damarda vasküler yapıyı bozan hipertansiyon, yaşam kalitesini ve iş gücünü olumsuz etkilemektedir (Shayesteh et al., 2016). Kontrolsüz yüksek kan basıncı inme, periferik damar hastalığı, ateroskleroz, kalp yetmezliği, koroner kalp hastalığı, miyokard infarktüsü, renal damar yapısında bozulma, görme kaybı, hipertansif kriz, renal yetmezlik gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Dolayısıyla erişkin yaşamını önemli ölçüde zorlaştırabilecek bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır (Başak, 2017; Peacock and Krousel-Wood, 2017; Shaw et al., 2018; Ergün Arslantaş vd., 2019; Park et al., 2022). Bu durum yayınlanan kılavuzlar dikkate alındığında kan basıncı yüksekliğinin erken evrede saptanabilmesi için tüm yaş gruplarında kan basıncı ölçümü taramalarının yapılmasının önemi bir kez daha anlaşılmaktadır. Yapılacak tarama çalışmalarının kimseye bir zararı olmayacağı gibi hastalığı erken saptanacak kişi için ise oldukça hayati olacaktır (Başak, 2017).

Kardiyovasküler sistem kaynaklı hastalıkların gün geçtikçe artması ve bireylerin hastalıkları sebebiyle uyum göstermek zorunda kaldıkları yeni yaşam tarzı düzenlemeleri, hastaları bedensel, emosyonel ve sosyal yönden olumsuz yönde etkilemektedir (Shayesteh et al., 2016). Hipertansiyon tanısı sonrası uyum sürecinin başarılı yönetilememesi, gereken yaşam tarzı değişikliklerinden habersiz olunması veya hassasiyet gösterilmemesi, hipertansiyona bağlı gelişen komplikasyonlar gibi birçok faktör hipertansiyona bağlı mortalite ve morbidite oranlarının artışına neden

olur (Vatansever ve Ünsar, 2014; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022). Bireye öncelikle hastalık tanıtılmalı, uyum göstermesi gereken yaşam değişiklikleri öğretilmeli, rehberlik ve yönlendirmeler yapılarak (düzenli izlem ve doktor kontrollerine gelme, takip ve izlemin önemini açıklama, tedavi sürecinde etkin rol alma ve katılım sağlama) gerçekleştirilen yönetim süreci ile hastanın hipertansiyona uyum davranışları arttırılmalıdır (Vatansever ve Ünsar, 2014). Etkili bir hipertansiyon yönetimi ile kişinin fizyolojik, ruhsal ve sosyal olarak rahatlaması, kendine olan inancının artması sağlanacaktır. Kan basıncı kontrol altına alındığında yaşam kalitesinde de iyileşmeler meydana geleceğinden farkındalık yaratmada, sağlık eğitimi uygulamalarına yer verilmelidir. Bunun için de hipertansif bireylerin günlük yaşam düzenlerinde değişime gidilerek sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi sağlanabilir (Şahin ve Biçer, 2015). Bütüncül (holistik) sağlık yaklaşımında, sağlığın korunması (risk azaltma ve önleme) ve teşvikine yönelik davranışlar, sağlıklı bir yaşam tarzının ayrılmaz bir parçası olarak benimsenmektedir (Salari et al., 2017).

Sağlığı geliştirme modeli, sağlığı geliştirme davranışları üzerinde etkili olan faktörleri belirlemede teorik çerçeve sağlayan, sağlığı geliştirme davranışlarını kapsamlı ve öngörücü yaklaşımla ele alan, bireyin oluşturmamasını istediğimiz yaşam tarzı değişikliklerine odaklanan bir modeldir. Pender tarafından geliştirilen model, daha kaliteli ve uzun bir yaşam için bedensel ve ruhsal iyilik halini geliştirici nitelikteki yöntemlerin uygulanmasını sağlayan bir yaklaşıma sahiptir (Çövener, 2013; Kamran et al., 2015; Şişman, 2017). Hastalarda yaşam tarzı değişikliklerinin oluşturulmasına odaklanan sağlığı geliştirme modeli, daha kaliteli ve uzun bir yaşam için duygusal ve fiziksel iyilik halini geliştirici yöntemlerin uygulanmasını sağlar. Model, bireyin sağlığı geliştiren davranışlarına etki eden bilişsel süreçlerin önemini açıklar (Pender et al., 2015; Şişman, 2017). Ayrıca bireyin geçmiş yaşamını ve kendine yönelik algısını değerlendirerek bütüncül bir yaklaşım sergiler. Hastanın kendi sağlığını kontrol etmesine fırsat oluşturularak bireyin davranışları ve tercihleri göz ardı edilmez (Çövener, 2013; Şişman, 2017). Sağlığı Geliştirme Modeli'nin, dünyada ve ülkemizde birçok çalışmada sağlıklı yaşam davranışlarının edinilmesinde olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir (Şişman, 2017). Modelin temel kavramı özyeterlilik algısı olup sağlığı geliştirici davranışların en güçlü belirleyicisi konumundadır (Çövener, 2013; Şişman, 2017).

Bireyin sağlığı üzerine etki oluşturan davranışlarının tümünü kontrol etmesi, günlük yaşamını idame ettirirken kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçerek düzenlemeler yapması sağlıklı yaşam biçimi olarak ifade edilir (Pender et al., 2015; şahin ve Biçer, 2015;  zkan vd., 2019; Sungur vd., 2019). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları beslenme, egzersiz, kendini gerçekleştirme, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, kişiler arası ilişkilere yönelik yapılan değerlendirmeler toplamından oluşmaktadır (Pender et al., 2015;  zkan ve ark., 2019). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları bireyi sadece hastalıklardan korumakla kalmaz aynı zamanda bireyde yaşam boyu iyilik halini de arttırıcı etki oluşturur (G r ve Sunal, 2019). Sağlığı geliştiren davranışların hipertansif bireylerce bilinmesi ve davranış biçimi haline dönüştürülmesi hipertansiyon uyumu ve etkin yönetiminin sağlanması olu ka önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (şahin ve Biçer, 2015). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında birey “kendisi isteyerek” sağlığını koruma ve geliştirme faaliyetlerinde bulunma gayretine girer (Sungur ve ark., 2019). Yetişkin bireylerde hipertansiyonun gerektirdiği davranış değişikliklerinin oluşturulması olu ka zordur. Söz konusu olan etkili hipertansiyon yönetiminin sağlanması en önemli faktör, bireyin ihtiyaçları doğrultusunda planlanan ve bir sağlık uzmanı tarafından sunulan hasta eğitimidir (Vatansever ve  nsar, 2014; şahin ve Biçer, 2015; Günay ve Sivrikaya, 2020).

Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının geliştirilmesi ve devamlılığının sağlanması uzun süreli destek ve danışmanlık gereklidir. Davranışsal değişimin hayatın bir parçası haline getirilmesinde uzun süreli desteğe ihtiyaç vardır. Bu da bir sağlık profesyoneli olan hemşireler tarafından verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile süreklilik oluşturulması sayesinde sağlanacaktır (Peacock and Krousel-Wood, 2017). Eğitici rolleri gereği hemşireler, birebir hasta eğitimi uygulamalarından birinci derecede sorumludurlar. Hemşireler, sağlıklı davranışların kazandırılması ve yönlendirmelerin yapılması, sağlığın korunması, sağlığın geliştirilmesinin yanı sıra, sekonder koruma programının koordinatörü ve uygulayıcısı konumunda bulunurlar. Hemşirelerin düzenli ve hastanın ihtiya ı doğrultusunda sunduğu hasta eğitimi uygulamaları ile hipertansiyona uyum sürecinde yaşanabilecek sorunlar azaltılabilir (Vatansever ve  nsar, 2014).

Yaşam tarzında oluşan değişimler, yaşam kalitesini de olumlu yönde etkileyerek bireyin yaşam doyumunun artmasını sağlayacaktır. Ayrıca hastanın hipertansiyona uyumunu artırarak etkin hastalık yönetimi de oluşturulacaktır (Oğuz vd., 2019). Medikal tedavi, beslenme ve egzersiz uyum programlarından oluşan sağlık eğitimi çalışmaları, Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ile hastada etkin sağlık davranışlarının oluşturulacağı düşünülmektedir (Çalık vd., 2017). Dünyada hipertansiyon tanısı alan bireylere yönelik sağlığı geliştirme modeli çerçevesinde uygulanan sağlık eğitimi programları sonunda, hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanıldığına, hastalığa uyum sürecinde gereken yaşam düzenlemelerine gidildiğine dair literatür bilgileri bulunmaktadır (Gandapur et al., 2016; Gorbani et al., 2020; Michalakeas et al., 2020; Tam et al., 2020). Hemşirelik modeline dayanarak hemşireliğin eğitici, bakım verici, vaka yönetici rolleri benimsenip hemşirelik mesleğinin misyonunun ortaya konması oldukça önemlidir. Bu modellerden sağlığı geliştirme modeli çerçevesinde hazırlanan eğitim materyaliyle bireyde hipertansiyonla yaşamayı öğrenmede özyeterlilik bilincinin oluşturulmasına katkı sağlanabileceği yapılan alanyazın taramalarında görülmüştür.

Son yıllarda hedeflenen kan basıncı değerlerine ulaşılması ve korunmasının sağlanması, tedavi uyumunun oluşturulması, düşük maliyetle toplumun her kesimine kolay ulaşılabilmesi ve az zamanda çok sayıda kişiye erişmeye imkan sağlaması bakımından mobil sağlık teknolojisinin kullanımı yaygınlaşmıştır (Burke et al., 2015; Ershad Sarabi et al., 2016; Vargas et al., 2017). Mobil sağlık hizmeti kapsamında kısa mesaj servisi (SMS) kullanılarak tek mesaj ile kısa sürede geniş kitlelere erişme, tedaviye uyumu hatırlatma, kişileri bilgilendirme gibi girişimlerin uygulanmasını kolaylaştırdığı için yaygın olarak kullanılmaktadır (Burke et al., 2015; Kes, 2018). Hipertansiyon hastalarına yönelik kapsamlı bir eğitim kitapçığının sağlık eğitimi uygulamalarında sağlık sistemi içerisinde bulunmaması ve bu önemli eksikliğin tamamlanmasına yönelik olarak bu tez çalışması Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne temellendirilerek mobil sağlık teknolojisi olan SMS ile desteklenerek planlanmıştır.

Araştırma Hipotezleri

H0= Hipertansiyonlu bireylere Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyileştirilmesine etkisi yoktur.

H1= Hipertansiyonlu bireylere Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyileştirilmesine etkisi vardır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Kanın, kalpten vücuda pompalanması sırasında damar cidarına (arter duvarına) yapmış olduğu basınca arteriyel kan basıncı, uygulanan bu arter içi basıncın normal değer aralığının üzerine çıkması durumu ise hipertansiyon olarak tanımlanır (Whelton et al., 2017; Desai, 2020). Arteriyel kan basıncı, sistolik kan basıncı (SKB) ve diyastolik kan basıncı (DKB) olarak iki ölçüm değerinden oluşmaktadır. Kalbin sistol (kalbin sol ventrikülünden aort arterine kanın gönderilmesi sırasında oluşan kasılma ile meydana gelen basınç) aşamasında oluşan basınç sistolik kan basıncı, diyastol (sol ventriküldeki kanın aorta gönderilmesinin ardından gevşeyen sol ventriküle sol atriyumdan yeniden kan dolması anında meydana gelen basınç) aşamasında ortaya çıkan basınç ise diyastolik kan basıncını oluşturur (Desai, 2020). Dünya Sağlık Örgütü, sistolik kan basıncı değerinin ≥ 140 mm/Hg, diyastolik kan basıncı değerinin ise ≥ 90 mm/Hg üzerine çıkması durumunu hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Weber et al. 2014; Kolcu ve Ergün, 2016; Unger et al., 2020; World Health Organization <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension>, 2021; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022). WHO hipertansiyon tanılamasında iki farklı günde yapılan iki ayrı ölçümde, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin ifade edilen değer aralıklarının üzerinde ölçülmesi halinde kişiye hipertansiyon tanısı konulmasının önemini vurgulamıştır (World Health Organization <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension> 2021).

2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 2017-2018 yıllarını kapsayan hipertansiyon prevalans çalışmasında 20 yaş ve üzeri bireylerde her iki kişiden birinde hipertansiyon hastalığı olduğu, hipertansiyon prevalansının %49.64 olarak saptandığı ve hipertansif bireylerin sadece %39.64'ünde yüksek kan basıncının kontrol altında

olduğu bildirilmektedir (Chobufo et al., 2020). Doksan ülkeye ait hipertansiyon verilerinin değerlendirildiği geniş ölçekli topluma dayalı bir araştırmada, yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerin %28.4, orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerin %7.7 oranında hipertansiyon kontrolünü sağladığı bildirilmektedir (Mills et al., 2016).

Ülkemizde hipertansiyon sıklığının belirlenmesi üzerine yürütülen ilk ciddi saha çalışması 1990 yılında gerçekleştirilen Türkiye’de Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı (TEKHARF) çalışmasıdır (Onat vd., 1991). SKB 140 mmHg ve üzeri olan ve DKB 90 mmHg ve üzeri olan hastalarla, KB normal aralıklarda olmakla birlikte antihipertansif ilaç kullanan hastalar temel alındığında hipertansiyon sıklığı %33.7 olarak belirlendiği bildirilmiştir. On üç yıl sonra yapılan Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması (PatenT)’nda hipertansiyon prevalansı %31.8 olarak belirlenmiştir. PatenT çalışmasında 10 yıl sonra hipertansiyon epidemiyolojisinin güncel durumunu ve değişiklikleri belirlemek amacıyla PatenT çalışması ikinci kez gerçekleştirilmiştir (PatenT2). PatenT2 araştırmasında hipertansiyon prevalansı %30.3 olarak saptanmış ve on yıl önceki çalışma ile arasında önemli bir farklılık olmadığı görülmüştür (Şengül vd., 2012). Ulusal düzeyde hipertansiyon prevalansını saptamaya yönelik birçok çalışma yapılmış ve elde edilen sonuçlar genellikle %30’un üzerinde bir prevalans oranına ulaşmıştır (Onal vd., 2004; Erem vd., 2009; Doğan vd., 2012; Bayram vd., 2021). Yakın zamanda ülkemizin yedi farklı coğrafi bölgesini kapsayacak şekilde yürütülen bir çalışmada ise popülasyonun, %22.1’i prehipertansif, %36.5’i hipertansif, %41.4’ünün ise normal kan basıncına sahip olduğu bildirilmiştir. Hipertansif bireylerdeki hipertansiyon farkındalığı ise %30 olarak saptanmıştır (Bayram vd., 2021).

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması (2017)’nda, yüksek kan basıncı ya da hipertansiyon sıklığı %16.2 olarak bildirilmiştir (Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri, 2017). Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) verilerinde 2019 yılı ölüm nedenleri içerisinde dolaşım sistemi hastalıkları %36.8 ile ilk sırada gelmektedir. Bu ölümlerin %7.94’ü ise hipertansiyon kaynaklıdır (TUIK, 2019). Brezilya’da 1990-2017 yılları arasını kapsayan yüksek kan basıncına bağlı küresel hastalık yükü çalışmasında, yükselmiş kan basıncı ölüme neden olan birinci risk faktörü olarak bildirilmiştir (Nascimento et al., 2020).

2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyon sınıflandırılması kan basıncı değerlerine ve etiyolojisine göre sınıflandırılmaktadır.

2.3.1. Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırma

Küresel olarak kan basıncı değerlerinin kategorize edilmesi, bazı önde gelen kuruluşların yaptığı araştırmalar çerçevesinde şekillenmektedir. Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) tarafından 2018 yılında yayınlanan kılavuza göre hipertansiyon evrelemesi aşağıda yer alan tablodaki şekildedir.

Tablo 2.1a. ESC/ESH kılavuzu kan basıncı tanımı ve sınıflaması (2018)

Kategori	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
En uygun	< 120	ve	< 80
Normal	120–129	ve/veya	80–84
Yüksek-normal	130–139	ve/veya	85–89
1. Derece Hipertansiyon	140–159	ve/veya	90–99
2. Derece Hipertansiyon	160–179	ve/veya	100–109
3. Derece Hipertansiyon	180	ve/veya	110
İzole Sistolik Hipertansiyon	140	ve	< 90

Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Ortak Ulusal Komite'nin (JNC-8) yayınladığı 8. raporda hipertansiyon evrelendirmesi aşağıda yer aldığı gibidir.

Tablo 2.1b. JNC 8 raporuna göre kan basıncı tanımı ve sınıflaması (2014)

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

2.3.2. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma

Hipertansiyon, metabolik bozulmalar ve edinsel faktörlerin bir arada bulunduğu, karmaşık ve multifaktöriyel bir sendrom olarak da ifade edilmektedir (Ünver, 2019). Hipertansiyon tanısı alan hastaların %90-95’inde hastalığın ortaya çıkmasına neden olan herhangi bir sebep bulunamamaktadır.

Primer Hipertansiyon

Bazı genetik ve çevresel etmenlerin bir araya gelmesiyle kardiyovasküler ve renal sistem üzerine oluşturduğu etkiler sonucunda geliştiği düşünülmektedir. Bu durum esansiyel (birincil, primer) hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Esansiyel hipertansiyonun ortaya çıkmasında kişinin yaşı, ırkı, sebze ve meyve içeriği az, kolesterol içeriği yoğun özellikte tercih edilen beslenme şekli, glukoz toleransında bozukluk, dislipidemi vücut ağırlığı, tuz ve su tüketim durumu, alkol ve sigara kullanma durumu, artmış sempatik aktivite, kentsel yaşam şekli gibi birçok faktör rol almaktadır (Şahin vd., 2018; Ünver, 2019; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

Sekonder Hipertansiyon

Hipertansiyon tanısı alan yetişkinlerin %5-10 gibi çok az bir bölümünde ise yükselen kan basıncı, tanımlanabilen, geri döndürülebilen ya da önlenebilen organik patolojik sebeplerden kaynaklı gelişmektedir. Bu durum sekonder hipertansiyon

olarak ifade edilmektedir (Şahin vd., 2018). Sekonder hipertansiyon çok yaşlı ve çok genç bireylerde daha yüksek prevalans göstermektedir (Ünver, 2019). Kan basıncındaki yükselmenin sebebi (genelde böbrek rahatsızlıkları, oral kontraseptif gibi hormonal içerikli ilaç kullanımı, diyabetes mellitus, miksödem, endokrin sistem hastalıkları gibi) belirlenip tedavisi sağlandığında çoğu kez kan basıncı normal değerlerine iner ve iyileşme sağlanır (Williams et al., 2018; Ünver, 2019; Harrison et al., 2021).

2.4. Hipertansiyonda Belirti ve Bulgular

Esansiyel hipertansiyon genellikle sinsi bir seyir gösterir. Herhangi bir belirti göstererek kendini belli eden bir hastalık değildir. Rastlantısal olarak ortaya çıktığından belli bir süre düzenli kan basıncı ölçüm takibi yapılarak kesin tanı konulur. Bu nedenle yılda birkaç kez kan basıncının ölçülmesi ve kaydedilmesi önemlidir (Ünver, 2019). Sıklıkla hastalar şu semptomlardan yakını;

- Çarpıntı hissi,
- Baş dönmesi,
- Baş ağrısı (özellikle sabahları uykudan uyanıldığında, oksipital bölge ile enseyi içine alan, zonklayıcı özellik gösterir.),
- Kulaklarda çınlama,
- Bulanık görme,
- Yorgunluk,
- Dispne,
- Göğüs ağrısı,
- Burun kanaması,
- Yüz ve vücutta karıncalanma,
- Odaklanmada güçlük (Enç, 2014; World Health Organization, 2014; Ünver, 2019).

Hipertansiyonda hızlı gelişen bir organ hasarı olmaz. Uzun süre tedavi görmeyen, kontrol altına alınmayan yüksek kan basıncı, organ hasarının gelişmesine zemin hazırlar (Ünver, 2019; Günay ve Sivrikaya, 2020). Hastaların genelinde yavaş

ve iyi huylu bir seyir izler. Bu durum hastayı yanıltarak ilaçlarını düzenli kullanmamasına, nonfarmakolojik tedavi uygulamalarında uyumsuzluk göstermesine sebep olur. Kontrolsüz yüksek kan basıncı ilerleyen süreçte hayati organ hasarları oluşmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve hatta hastanın hayatını kaybetmesine yol açabilir. Hastanın doğru tanılanması için,

- Kan basıncı ölçümlerinin tekrarlanması,
- Tıbbi öyküsünün (anamnez) alınması,
- Fiziksel muayenesinin yapılması,
- Laboratuvar araştırmalarının yapılması gerekir (Günay ve Sivrikaya, 2020; Yıldırım ve Durna, 2021).

2.5. Hipertansiyonun Değerlendirilmesi

Kan basıncı yüksekliği veya yüksek kan basıncını işaret eden şikayetlerle doktora başvuran hastanın öncelikle kan basıncı yüksekliği durumu tanılanmalı ve anamnezi alınmalıdır. Fiziki muayenesi yapılmalı, yüksek kan basıncının sekonder sebeplere bağlı olup olmadığı araştırılmalı, gerekli laboratuvar tetkikleri uygulanmalıdır (Ünver, 2019; Günay ve Sivrikaya, 2020). Hastanın tanı aşamasında düzenli olarak dört gün boyunca sabah ve akşam kan basıncı ölçümü yapılarak kan basıncı değerleri izlenmelidir (Ünver, 2019).

Tablo 2.2. Kılavuzlara göre hipertansiyonu olmayan bireylerin izlem önerileri (ACC/AHA 2018)

Kan basıncı normal değer aralığında ölçülen (<120/80 mmHg) hastaların	Yılda bir	olmak üzere kan basıncı ölçümleri yinelenmelidir.
Sistolik kan basıncı 120-129 mmHg ya da diyastolik kan basıncı 80-84 mmHg olarak ölçülen hastaların	Altı ayda bir	
Sistolik kan basıncı 130-139 mmHg ya da diyastolik kan basıncı 85-89 mmHg olarak ölçülen hastaların	Üç ayda bir	

Kan basıncı yüksekliği saptanan hastalardan bir iki hafta süre ile sabah ve akşam olmak üzere evde kan basınçlarını ölçmeleri/ ölçtürmeleri istenir (Ünver, 2019; Bitigen vd., 2020).

2.6. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon tedavisi, ilaç tedavisi uygulamaları ve yaşam tarzı değişiklikleri (egzersiz uygulamaları, vücut ağırlığının kontrolü, diyet düzenlemeleri vb.) uygulamalarından oluşan iki basamaklı, hasta eğitimi uygulamaları ile desteklenen uzun süreli bir süreçtir (Drevenhorn et al., 2015; Günay ve Sivrikaya, 2020). Yüksek seyreden kan basıncının kontrolünü sağlamada, ilaç tedavisinin kullanımı tek başına yeterli olmadığı gibi ilaç dışı tedavi uygulamalarının da tek başına yeterli olmadığı bilinmektedir. İki tedavi basamağı da birbirini tamamlayıcı nitelikte olup eğitim uygulamaları sürecin destekleyicisi konumundadır. Hipertansiyonun uzun vadede vücuda verdiği hasarın oluşmasının önüne geçmek için iki tedavi aşamasının da hastalar tarafından hayatlarına dahil edilmesi, gerekli uyumun gösterilmesi gerekmektedir (Babae Beigi et al., 2014; Drevenhorn et al., 2015; Brown, 2017; Georgiopoulos et al., 2018; Günay ve Sivrikaya, 2020). Uyum; hasta davranışlarının ilaç kullanımı (tıbbi tedavi), tıbbi beslenme tedavisini uygulama ve hastalığın gerektirdiği diğer yaşam değişikliklerine riayet etme, sağlık profesyonellerince yapılan önerilere uyma olarak ifade edilebilir (Vatansever ve Ünsar, 2014; Williams and Mancia, 2018; Günay ve Sivrikaya, 2020). Uyumsuzluk ise, ilaç tedavisine gereken bağlılığın gösterilmemesi, biten ilacın yeniden reçetelendirilmemesi ya da ilacın düzenli kullanımının gerçekleştirilmemesi ile başlayabilir (Günay ve Sivrikaya, 2020). Uyumsuz şekilde sürdürülen bir tedavi uygulaması, hastalık sürecinde uzamaya ve hastalığın şiddetlenmesine, sık sık komplikasyonlarla karşılaşılmasına, hospitalizasyonun tekrarlanmasına, sağlık harcamalarında ekonomik yükün artışına yol açacaktır (Verloo et al., 2017; Özpancar, 2016; Brown, 2017).

2.6.1. Farmakolojik Tedavi

İlaç (medikal/tıbbi) tedavisi uygulanmasında amaç; sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinin hipertansiyon sınır değerleri altında tutulmasını sağlayarak hastanın hipertansiyon ile uyum içinde yaşamayı, yaşam kalitesini arttırmayı, hipertansiyona bağlı gelişebilecek sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını engellemeyi, mortalitenin olabildiğince en aza inmesini sağlamaktır (ESH/ESC 2013; JNC 8). ESH/ESC'nin 2013 kılavuzunda, hipertansiyon tanılı hastaların ek olarak diyabetes mellitus, kronik böbrek yetmezliği, kardiyovasküler hastalığı ya da hedef organ hasarı gibi durumları söz konusu ise yaşam tarzı önerileri ile birlikte ilaç tedavisi uygulamalarının da başlaması önerilmektedir. İlaç tedavisini planlama aşamasında hastanın kan basıncı değerleri düzenli izlenmeli, hastaya ve hastalığa özgü risk faktörleri değerlendirilmeli, hipertansiyona eşlik eden sağlık sorunları dikkate alınarak hasta her yönüyle bir bütün olarak ele alınmalıdır (Drevenhorn et al., 2015; Brown, 2017; Günay ve Sivrikaya, 2020).

Hipertansiyon tedavisinde sıklıkla kullanılan antihipertansif ilaçlar şöyle sıralanabilir;

- Diüretikler,
- Anjiyotensin reseptör blokerleri,
- Kalsiyum kanal blokerleri,
- Beta blokerler,
- Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleridir (Gao et al., 2021).

2.6.2. Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Hipertansiyon tedavisinde uygulanan ilaç tedavisinin yüksek seyirli kan basıncını kontrol altına almada, tedavi ile birlikte oluşturulan yaşam tarzı değişikliği uygulamaları da oldukça önemlidir. Uluslararası düzeyde yayınlanan kılavuzlarda yaşam tarzı değişiklikleri yüksek seyreden kan basıncını normal değerlere indirmede etkili olduğu ifade edilmektedir (ESH/ESC 2018; JNC 8). Bu nedenle hipertansiyon hastaları, yaşam tarzı değişikliklerinin önemi ve tedavi sürecine katkısı konusunda

bilgilendirilmeli; hastalara bu konuda rehberlik yapılmalıdır. Yaşam tarzı değişiklikleri hastanın tedavi sürecinde rol almasına, tedavi sürecini yönetmesine, hipertansiyonun oluşturacağı olası sağlık sorunlarının önüne geçilmesine, kan basıncı regülasyonunun sağlanmasına, kullanılan ilaç dozu, doz sayısı ve ilaç çeşidinin azalmasına, yaşam kalitesinin artmasına, hospitalizasyonun azalmasına dolayısıyla sağlık harcamalarının da azalmasına katkı sağlamaktadır (Arıcı vd., 2015; Brown, 2017; Verloo et al., 2017; Günay ve Sivrikaya, 2020).

Sağlığı koruma ve geliştirmeyi teşvik etmeye yönelik davranışlar, bütüncül sağlık anlayışı ile sağlıklı yaşam biçiminin oluşturulmasında ayrılmaz bir ögedir. Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, toplumda genel sağlık statüsünün iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve ihtiyaç duyulan temel bakım hizmetlerinin sunulmasında elzem özelliktedir (Salari et al., 2017; Songur et al., 2019).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı (SYBD), bireyin yaşamında sağlığı etkileyen, sağlık üzerinde önemli ve büyük etkisi olan faktörlere karşı kontrol oluşturulabilen tüm davranışlardır (Walker et al., 1987). SYBD’de birey kendi isteği ile hastalıklardan korunmaya yönelik faaliyetlerde bulunur. Psikolojik, duygusal, bilişsel veya fiziksel olarak iyi olma çabası göstermek, sağlıklı kalmaya devam etmeye çalışmak gibi istendik davranışlarda bulunmak SYBD’e örnek olabilir. SYBD sergilemede, bireyin kişisel özellikleri ve yaşanmışlıkları/ yaşam eğitimleri, önemli düzeyde belirleyici faktördür (Estrada, 2016).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının tercih edilmesi ve yaşamın bir parçası haline getirilmesi, başta hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkları önleme veya geciktirmenin yanında, uzun vadede birçok hastalığa yakalanma riskini de azaltabilmektedir (William et al., 2018). Nitekim birinci evrede hipertansiyon hastalığı olan kişilerde yaşam tarzı değişiklikleri ile ilaç tedavisi uygulamalarının ertelenmesi ve önlenmesi sağlanabilmektedir. Ayrıca antihipertansif ilaç tedavisi gören hastaların kullandıkları antihipertansif ilaçların etkinliğini arttırarak kan basıncının kontrol altına alınmasına katkıda bulunmaktadır. Hipertansiyon hastalarında yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin yapılan araştırmalarda, zaman içinde yaşam tarzı düzenlemelerinde zayıflamalar olduğu ifade edilmektedir (William et al., 2018). Bunun önüne geçmek için de hastaların yakından takip edilmesi, düzenli kontrollere

uyulması, hasta eğitimlerinin aralıklı olarak tekrarlanması gibi yaşam tarzı düzenlemelerine uyumu sürdürmede hastayı destekleyecek, teşvik edecek pek çok yol bulunmaktadır (William et al. 2018; Yıldırım ve Durna, 2021). Yaşam tarzı düzenlemelerine ilişkin literatürde yüksek seyreden kan basıncında düşüş oluşturan, hipertansiyon hastalarının hipertansiyonla barışık ve uyum içerisinde bir hayat sürmeleri için uymaları gereken bazı yaşam tarzı düzenleme önerileri şöyle sıralanabilir;

- Sebze ve meyve tüketiminin yüksek oranda olduğu,
- Sigara kullanımının sonlandırıldığı,
- Alkol tüketiminin azaltıldığı,
- Tuz kısıtlamasına gidilen,
- Düzenli sürdürülen fiziksel aktivite,
- Kilo kontrolünün sağlandığı ve ideal vücut ağırlığına ulaşılarak kilonun korunduğu,
- Stres ve kaygı yaratan durumlardan uzak durulması gibi yaşam tarzı önlemleri yer almaktadır (Arıcı vd., 2015; Williams et al., 2018; Aker vd., 2020; Duruk ve Kalaycı, 2021; Yıldırım ve Durna, 2021).

Sağlıklı Beslenme Uygulaması

Hızlı tüketilen, rafine şeker ve tuz oranı yüksek, işlenmiş yağ oranı fazla olan yiyecekleri tüketmekten uzak durmalıdırlar (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Yıldırım ve Durna, 2021). Hipertansiyon tanısı alan bireylerin lif içeriği fazla olan gıda gruplarını tüketmeleri, bitkisel protein içeren gıdaları, taze sebze ve meyveyi, deniz ürünleri, düşük yağ içeriğine sahip süt ürünleri, tahıllı gıdalara öğünlerde yer vermeleri; doymuş yağ içeren, kolesterol oranı yüksek gıdaları diyetten çıkarmaları gerekmektedir. Gerekli yaşam tarzı değişikliklerinin doğru beslenme stratejilerine eşlik etmesi gerektiği bildirilmektedir (ESH/ESC 2018; Sevinç, 2022).

Hipertansif bireylerin kan basıncını normal sınırlara düşürmek, hipertansiyona bağlı ek sağlık sorunlarının oluşmasını önlemek amacıyla, tam yağlı besinlerin, doymuş yağ asitlerinin, şekerli yiyecek ve içecek miktarının azaltıldığı, protein, lif, K^+ , Ca^{++} , Mg^{++} bakımından zengin içeriği olan besinlere beslenmede yer verilen DASH

(Dietary Approaches to Stop Hypertension)/ Akdeniz Diyeti önerilmektedir (Estruch et al., 2013). DASH diyet uygulaması hipertansiyon hastaları için etkinliği kanıtlanan bir diyet türüdür. Diyet içeriği; bitkisel yağlar (zeytin yağı, fındık yağı vb.), tahıllar, meyve ve sebze çeşitleri, tohumlar, kabuklu yemişler, az yağlı süt ürünleri, balık ve kümes hayvanlarının tüketimi gibi besin gruplarına zengin bir şekilde yer verilen bir beslenme şeklini ifade ederken, işlenmiş, şekerli, katkılı tüm yiyecek ve içeceklerin, kırmızı etin, doymuş yağların mümkün olan en az düzeyde tüketilmesini hedefleyen bir beslenme modelidir (Filippou et al., 2022; Sevinç, 2022). DASH diyeti uygulanırken, günlük besin alımında, yağlar %27, karbonhidratlar %55, protein içerikli besinler ise %18 oranında yer alarak porsiyonlar oluşturulmaktadır (Uzdil ve Kaya, 2018). Alanyazın taramalarında DASH diyeti ile ilgili yapılan eğitim çalışmalarında diyetin sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinde anlamlı düşüşler yarattığı bildirilmektedir (Juraschek et al., 2017; Soltani et al., 2020; Filippou et al., 2022).

Kahve içerisinde yer alan kafeinin kan basıncında birkaç saatlik süre ile artış gösterdiği bildirilmektedir. Ancak literatürde hipertansiyon ile kahve tüketimi arasındaki ilişkiyi irdeleyen çalışmalar incelendiğinde, ikisi arasındaki ilişkiye dair kesin kanıtlar sunulmasa da fazla miktarlarda tüketilen kahvenin hipertansiyona eğilimli bireylere veya hipertansif hastalara zarar verici olabileceği ifade edilmektedir. Bu konuya ilişkin randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (Oğuz ve Erdoğan, 2016; Yıldırım ve Durna, 2021; Borghi ve Bragagni, 2022). Siyah çay ve yeşil çay tüketimi ile ilgili düşük ancak önemli bir kan basıncı düşürme etkisi olabileceği vurgulanmıştır (Greyling et al., 2014; Li et al., 2015).

Tuz Kullanımı

Sağlıklı bir insanın günlük tuz tüketim miktarı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından 5 gr olarak önerilmektedir (Rust and Ekmekcioğlu, 2017; Akgün vd., 2018; World Health Organization, 2021). Ülkemizde yapılan geniş çaplı bir araştırmada ise günlük tüketilen tuz miktarının ortalama 15 gr olduğu saptanmıştır (Erdem vd., 2017). Bu miktar, önerilen tuz tüketiminin üç katı olduğu gerçeğini karşımıza çıkarmakta, toplumumuzda tuz tüketiminin oldukça yüksek olduğunu dolayısıyla hipertansiyona yatkınlığı arttıran faktörlerden birisiyle yaşadığımız gerçeğini önümüze sermektedir

(Erdem vd., 2017; Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2019). Yüksek miktarda tüketilen sodyum, böbrek ve kardiyovasküler hastalıklar, inme gibi hastalıklar için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilen hipertansiyonun gelişme riskini arttırmaktadır. Sodyum kısıtlamasına gidilmesini önermenin sadece hipertansiyon insidansını ve kan basıncı değerlerini düşürmeye katkısı olmayıp aynı zamanda kişiyi kardiyovasküler hastalıkların oluşmasına ve buna bağlı mortalite ve morbidite durumlarının da gelişmesinin önüne geçilmesine katkıda bulunmaktadır (Grillo et al., 2019).

Hipertansiyon hastaları arasında her hastada tuza aynı duyarlılıkta kan basıncı değişikliği gözlenmez. Ancak hastaların %50-60'ının bu duyarlılığa sahip olduğu tahmin edilmektedir (Rust and Ekmekcioğlu, 2017). Hipertansif bireyler için günlük önerilen tuz tüketim miktarı 3 ila 5 gr ($\frac{1}{2}$ ya da 1 çay kaşığı) kadardır (He et al., 2013; Huang et al., 2020). Hipertansif bireylere önerilen diyet düzenlemeleri ile tuz kısıtlamasının bir arada uygulanması, antihipertansif ilaçların etkisini arttırmakta, ilaç dozu ve çeşidinin azalmasına katkıda bulunarak kan basıncı kontrolünün oluşturulmasını sağlamaktadır (Grillo et al., 2019). Hipertansiyon hastalarının tükettikleri tuz miktarını en aza indirmek için besinlerin tuz içerikleri hakkında bilgilendirilmeleri, tüketilen tuz miktarını en aza indirmeleri konusunda eğitim verilmesi yapılan araştırmalarda önemle vurgulanmaktadır (Aygün vd., 2015; Akgün vd., 2018; Ma et al., 2021). Alınan sodyumun önemli bir bölümünün tüketilen işlenmiş gıdalar yoluyla vücuda alındığı bilinmektedir. Bu nedenle işlenmiş gıda gruplarını tüketmekten uzak durulması, sofralardaki tuzlukların kaldırılması konusunda hastalar bilgilendirilmelidir (Ide et al., 2020; Yin et al., 2021).

Fiziksel Aktivite

Günümüzde sürdürülen sedanter yaşam tarzı, bir yerden bir yere ulaşımında araç kullanımının yaygınlaşması, teknolojik gelişmelerle zamanı verimli kullanmaya yönelme gibi faktörler yaş ve fiziksel kapasitedeki değişimler sonucu insanları hareketli bir yaşam sürmeden alıkoymaktadır. Hareketsiz bir hayat, obezite, genetik yatkınlık gibi etmenlerin eklenmesiyle hipertansiyona yakalanma riski artmakta, tanı almış olanlarda ise kan basıncı kontrolünün zorlaşmasına neden olmaktadır (Sharman et al., 2014; Alpsoy, 2020).

Hipertansiyon tedavisinde yüksek seyreden kan basıncının kontrol altına alınmasında düzenli yapılan aerobik egzersizlerin, antihipertansif etki oluşturduğu ve kan basıncının normal değerlere inmesine katkı sağladığı bazı uluslararası kılavuzlarda bildirilmektedir (Mancia et al., 2013; Polegato and Paiva, 2018; Whelton et al., 2018). Hipertansif hastaların düzenli olarak sürdürdükleri izotonik (aerobik) egzersiz uygulamaları sonucu sistolik kan basıncı değerlerinde 4-8 mmHg'lık bir düşüş olduğu bildirilmektedir. Hastaların haftada en az 3-4 kez 30-45 dakikalık periyotlar halinde yüzme, tempolu yürüyüş gibi egzersiz uygulamalarını hayatlarına dahil etmeleri önerilmektedir (Sharman et al., 2014; Alpay, 2020).

Kilo Kontrolü

Çocukluk döneminden itibaren vücut ağırlığındaki yağ oranının fazlalaşması, hipertansiyona yakalanmada önemli bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (Fantin et al., 2019; Smith et al., 2020; Taşlı ve Sağır, 2021). Obezitenin vücutta tetiklediği metabolik, endokrin ve kardiyovasküler değişimler kan basıncında yükselmelerin oluşmasına neden olmaktadır (Cohen, 2017; Fantin et al., 2019). Hipertansiyonun gelişmesinde, vücut kütle indeksinin 25 kg/m²'nin üzerinde olması en önemli etkenlerden biridir (Smith et al., 2020). Sağlıklı bireylerde hipertansiyon gelişmesini önlemek ve hipertansif bireylerin kan basıncı değerlerini normal sınırlar içerisinde seyretmesini sağlamada vücut kütle indeksinin yanında bel çevresi genişliğinin de takip edilmesi ve normal sınırlar içerisinde korunması önemlidir. Kadınlarda >88 cm, erkeklerde >102 cm değerlerindeki bel çevresi ölçümleri obezite için risk faktörü teşkil etmektedir (Taşlı ve Sağır, 2021; Sevinç, 2022). Kilo kontrolünün oluşturulması, kilo vermenin sağlanması ile hipertansif bireylerin kullandıkları ilaçların etkinliği artmakta, kardiyovasküler risk oranları azalmaktadır (ESH/ESC 2014). Hipertansif bireylerin ortalama 5.1 kg ağırlık kaybetmeleri, sistolik kan basıncında 4.4, diyastolik kan basıncında ise 3.6 mmHg değerinde düşüşlerin oluşmasını sağladığı bildirilmektedir (Aydın ve Öztürk, 2014).

Sigaranın Bırakılması

Hipertansif bireylerin sigara kullanması hem yaşam kalitelerini olumsuz etkilemekte hem de kullandıkları antihipertansif ilaç tedavisinin etkinliğini olumsuz etkileyerek ömür sürelerini azaltmaktadır (Yıldırım ve Durna, 2021). Sigara kullanımının sonlandırılması, kardiyovasküler hastalık riskinin azaltılmasında önemli bir adımdır (Omboni, 2020). Sigara kullanımının sürdürülmesi, miyokard infarktüsü, inme gibi hastalıkların oluşmasını iki ila üç kat arttırmaktadır. İçilen her sigara, kan basıncı ve kalp atım hızında 15 dakikadan daha uzun süreli akut bir yükselmeye yol açmaktadır. Sigaranın oluşturduğu olumsuz etkiler, sigara kullanımının sonlandırılmasını takiben bir yıl içerisinde ortadan kalmaktadır (Gao et al., 2017; Omboni, 2020).

Stres ve Kaygı Durumunda Rahatlama Yöntemleri

Hipertansiyon etiyojisine bakıldığında genetik ve davranışsal faktörleri bünyesinde barındıran karmaşık bir yapı karşımıza çıkmaktadır. Küreselleşme, kültürel değişim ve etkileşim, iş yaşamı ve sosyoekonomik değişimler bireyin yaşamında stres kaynağı olmaktadır (Blom et al., 2014). Bu durum kaygı bozuklukları, psikososyal stres durumları ve depresyon gibi sorunların yaşanmasına yol açmaktadır. Özellikle psikososyal stres ve hipertansiyonun etkileşimli olduğu varsayılmaktadır (Liu et al., 2017). Kan basıncı akut olarak emosyonel stres sebebiyle yükselebilmektedir. Stres durumunda aktivasyonu artan renin-anjiyotensin sistemi ve oluşan insülin direnci ile endotelial disfonksiyon gelişmekte ve vazodilatasyon gelişmesini önlemektedir (Ekim, 2018). Bu sebeple hipertansif bireylerin stres ve kaygı oluşturan durumlarla başa çıkma becerilerini kazanmaları oldukça önemlidir. Zihin ve beden müdahalesi olan meditasyon, nefes egzersizleri, yürüyüşler, sportif etkinlikler, ilgi alanları doğrultusunda ilgilenilen hobiler stres kontrolünün oluşturulması ve yönetiminde, gevşemenin sağlanmasında dolayısıyla kan basıncı değerlerinin kısa süreli de olsa düşürülmesinde yararlı olduğu bildirilmektedir (Yıldırım ve Durna, 2021; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022).

2.7. Hipertansiyonda Hasta Eğitimi ve Hemşirelik

Kronik hastalıkların, kişiyle ömür boyu varlığını sürdüren hastalıklar olması hastaların hastalıklarını iyi tanımaları, bilgi sahibi olmaları, süreç yönetimi hakkında farkındalık sahibi olmaları oldukça önemlidir (Günay ve Sivrikaya, 2020). Hastalık tanısı aldıklarında öncelikle hastalığın varlığını kabullenme, yaşam koşullarını gözden geçirip hastalığın gerektirdikleri doğrultusunda iyileşme ve değişikliğe gitme konusunda uyum sorunu yaşayabilmektedirler. Bu yüzden hastaların bu kabullenme ve uyum sürecinde onunla yakından ilgilenen, onu takip ve izlem altında tutan bir sağlık profesyonelinin desteğine ihtiyaç duyarlar. Tanı ve farmakolojik tedavi süreçlerinin yürütülmesinde hekim/hekimler görev alır. Hastanın bulunduğu duruma ve tedavi sürecine uyumu, hipertansiyonun gerektirdiği yaşam tarzı değişiklikleri ve bunların hayata dahil edilmesi konusunda bireysel ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak hastaya rehberlik eden sağlık profesyoneli ise hemşirelerdir (Günay ve Sivrikaya, 2020). Sağlık bakım hizmetleri içerisinde sahip olduğu bilgi, tecrübe, donanım ve uygulamaları ile hemşireler, bütüncül yaklaşım sergileyerek sağlık eğitimcisi rolü çerçevesinde bireyin ihtiyacına göre sağlık eğitimi hizmeti sunar (Erci vd., 2018; Günay ve Sivrikaya, 2020). Hemşirelik mesleğinin doğasında olan temel rollerden biri de eğiticiliktir. Bir hemşire eğitimin planlanıp yürütülmesinde gereken bilgi, beceri ve donanıma sahiptir (Günay ve Sivrikaya, 2020). Hemşirelik biliminin vaka yönetici, bakım verici ve eğitici rolleri, kişide yeni hastalıkların oluşmasını önlemeye çalışmanın yanında kişinin hastalığı/hastalıkları ile başa çıkma becerisini geliştirmeyi, var olan sağlığını en iyi düzeye getirmeyi hedefler. Hastanın kendi iç motivasyonunu arttırmada ona rehber olma ve hastanın yaşam kalitesini arttırmaya yönelik hipertansiyon yönetim sürecinde etkin rol alır (Erci vd., 2018).

Hasta eğitimi, dinamik bir süreç olup bireyde ilaç tedavisine uyum, davranış değişikliği, yaşam tarzı değişikliği gibi hastalık ve hastalık yönetiminde olumlu gelişmelerin yaşanması yönünden önem arz etmektedir (Babae Beigi et al., 2014; Verloo et al., 2017). Hemşire, mesleki rolleri doğrultusunda hasta eğitimi planlaması yaparken bireysel ihtiyaçları, kişisel yaşantıyı ve hastaya ait özel durumları sorgulayıp gözeterek bu doğrultuda bir eğitim planlaması yapar (Günay ve Sivrikaya, 2020). Gerekli hallerde hastanın birlikte yaşadığı kişilerle iletişim halinde olup işbirliği yapar. Eğitim sürecinin daha etkin şekilde ilerlemesini, hasta ile ortaklaşa belirlenen

hedeflere ulaşmada bu durumun katkı oluşturmalarını sağlar (Gönnar ve Saatçi, 2017; Gönay ve Sivrikaya, 2020).

Doğru ve iyi bir planlama ile uygulamaya geçilen hasta eğitimi uygulamaları, sağlığın korunması ve sürdürölmesini, mevcut durum/durumlarla başa çıkılmasını, süreç ve uyum yönetimini iyileştirirken, hastalıklardan korunmayı azaltabilir (Gönay ve Sivrikaya, 2020). Yapılan hasta eğitimi uygulamaları sonucunda hastaların uyum süreçlerinde artış olduğu, yaşam kalitelerinin yükseldiğı, hastalık sürecinde başa çıkma becerilerinde iyileşmeler olduğu bildirilmektedir (Babae Beigi et al., 2014; Drevenhorn et al., 2015; Verloo et al., 2017). Hemşirelerin eğitici, vaka yönetici rollerini yerine getirmelerinin ne denli önemli olduğu böylelikle bir kez daha anlaşılmaktadır.

Yaşam tarzı, kültürel ve sosyoekonomik koşullar, sosyal iletişim, bireysel eylem ve davranış alışkanlıklarının karmaşık bir bileşimidir (Shayesteh et al., 2016). Hemşire hipertansif hasta ile eğitim görüşmeleri yaparak danışmanlık, ilaç yönetimi, hastalık sürecinin değerlendirilmesi ve izlemi gibi birçok alanda görev alır. Hemşire, hasta anamnezi doğrultusunda kişinin yaşam tarzını öğrenerek değişikliğe gidilmesi gereken davranışların analizini yapar. Hipertansiyonla uyumsuz davranışların yerini hangi olumlu sağlık davranışları ile dolduracağını, aciliyet ve önem sırası belirleyerek bir eğitim planı hazırlar. Eğitim planı doğrultusunda birebir eğitimler düzenler. Eğitim sürecinin yüzyüze olmasına özen gösterir (Gönay ve Sivrikaya, 2020). Ek olarak eğitimin etkinliğini takip etmek için telefon görüşmeleri yaparak davranış değişikliğinin sağlanmasında hastaya destek olur. Sağlık profesyoneli olan hemşirelerin aktif rol aldığı hasta eğitim programlarında hipertansiyon takipli hastaların tedaviye uyumları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında artış gözlenmiştir (Erciyes ve Çınar, 2014). Davranış değişikliğinin alışkanlığa dönüştürölmesinde, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin devamlılığı oldukça önemlidir. Bu nedenle hastalarla düzenli aralıklarla görüşmeler yapılmalıdır (Gönay ve Sivrikaya, 2020). Hemşireler fiziksel aktivite, dengeli beslenme, stres ve uyku yönetimi, zararlı alışkanlıklardan uzak durma gibi hastalık yönetimini kolaylaştıran konularda danışmanlık hizmeti sunarak destek olmalılardır (Arslan ve Yelkuvan, 2021). Ayrıca kan basınç ölçümünün düzenli aralıklarla, uygun teknik ve yöntemle ölçmesi konusunda da hastaları yönlendirmelidirler. Bu takip ve izlem uygulamaları,

hastalık ve tedavi sürecine uyumu arttırarak, kan basıncı değerlerinin hedeflenen aralıkta tutmasında sağlık profesyonellerine kolaylık sunmaktadır (Emre et al., 2020).

2.8. Sağlık Geliştirme Modeli

Hemşirelik biliminde, sağlığın yeniden kazandırılması ve devamlılığının oluşturulmasında hemşirelik kuram ve modelleri her zaman hemşirelere kılavuzluk etmiştir (Lari et al., 2018; Bijani, 2019). Sağlıksız davranış veya alışkanlıkların değiştirilmesini planlayan birçok kuram ve model geliştirilmiştir (Goudarzi et al., 2020). Model ve kuramlar, doğru uygulandığında, hastanın başkasına bağımlı olma durumunu azaltıp özyeterliliğini arttırdığı, bütüncül, etkinliği yüksek, maliyeti düşük bakım uygulamalarının gerçekleştirilmesine katkı sağladığı görülmektedir (Pender et al., 2015; McKenna et al., 2019). Bu amaç çerçevesinde geliştirilmiş hemşirelik bakım modellerinden birisi de Sağlık Geliştirme Modeli'dir. Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmasını sağlamayı hedefleyen bir hemşirelik modelidir. 1980'li yıllarda hemşire ve hemşirelik kuramcısı Nola J. Pender tarafından sosyal bilişsel kuramdan türetilerek geliştirilen "Sağlık Geliştirme Modeli" adlı hemşirelik modeli, sağlık geliştirme uygulamalarına rehberlik edecek nitelikte geliştirilmiş bir hemşirelik bakım modelidir (Walker et al., 1987; Pender et al., 2011; Heydari and Khorashadizadeh, 2014; Rector, 2018). Model, sadece hastalığı değil, tanı almış hastayı bugün, geçmişteki yaşantısı ve alışkanlıkları ile ele alarak sağlıkla ilişkili davranışlarını etkileyen faktörleri de irdeler. Modeli oluşturan temel kavramlar ise çevre, birey, bakım, sağlık ve hastalık'tır (Pender et al., 2011; Bahar ve Açıl, 2014).

Sağlık geliştirme; sadece hastalık gelişmesini önlemeye yönelik olmayıp kişinin kendi sağlığı üzerindeki gücünü artırmayı hedefleyen sağlık eğitimi, sağlık koruma ve hastalıkların önlenmesine yönelik sağlık politikalarının bir araya getirilerek birlikte işlev göstermesini, kişinin yüksek yaşam kalitesi olan uzun vadeli bir yaşam sürmek için sergilediği davranışları niteler (Bahar ve Açıl, 2014; Evans et al., 2017).

2.8.1. Sağlığı Geliştirme Modelinin Amacı

Model, sağlığı geliştirme davranışlarına ait bileşenleri açıklama ve öngörmede çok değişkenli bir paradigma oluşturmayı, sağlıklı yaşam biçimi davranışı belirleyicilerinin anlaşılmasında hemşirelere yardımcı olmayı, bireyin geçmiş yaşantı ve eğitimleri ile ilgili algısı üzerinde etkili olabilecek faktörleri değerlendirmeyi hedefler (Bahar ve Açıl, 2014; Dost, 2020).

2.8.2. Sağlığı Geliştirme Modelinin Felsefi Temeli

- İnsanlar bütüncül olarak ele alınmalı, ayrıca bireyi bütün yapan parçalar da değerlendirilmelidir.
- İnsanlar kendi ihtiyaçları ve amaçları doğrultusunda çevrelerini değiştirebilir (Bahar ve Açıl, 2014; Pender et al., 2014; Sakraida, 2014).

2.8.3. Sağlığı Geliştirme Modelini Oluşturan Temel Bileşenler

Model, şu bileşenler çerçevesinde şekillenir:

- Bireysel özellikler ve eğitimler
- Davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkiler
- Davranışsal sonuç

Bu üç faktör ile sağlığı teşvik eden davranış biçimlerini açıklayan, tahmin eden, değiştirme olanağı sunan, doğrudan veya dolaylı olarak davranışı etkileyebilecek bir model ortaya çıkarılmış oldu (Bahar ve Açıl, 2014; Heydari and Khorashadizadeh, 2014; Sakraida, 2014; Pender et al., 2015).

- ❖ Bireysel özellikler ve eğitimler
 - * Davranışa İlişkin Önceki Eğitimler
 - * Kişisel Faktörler (Biyolojik, Psikolojik, Sosyokültürel)
- ❖ Davranışa Özgü Bilişsel Süreçler ve Etkiler
 - * Davranışa Özgü Algılanan Yarar

- * Davranışa Özgü Algılanan Engeller
- * Öz-yeterlilik Algısı
- * Davranışa Özgü Etkiler
- * Kişiler Arası Etkileşim, Normlar, Destekler, Modeller
- * Durumsal Etkiler
- ❖ Davranış Çıktısı
- * Acil İhtiyaçlar (düşük kontrol), Öncelikleri Belirlemek (yüksek kontrol)
- * Davranışa Karar Verme
- * Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı

Bireysel Özellikler ve Eğitimler

Her bireyin kendine özgü yaşamışlıkları ve yaşantısı, davranışlarını etkileyen veya belirleyen eğitimleri vardır. Bu özellikler, hedeflenen davranışın kabul görmesini ve uygulanabilirlik göstermesini etkilemektedir (Pender et al., 2015). Kişinin bilişsel algılama faktörleri, demografik özellikleri sağlığı koruma ve geliştirme davranışlarını etkilemektedir (Çövenner, 2013).

Davranışa İlişkin Önceki Eğitimler: Kişinin öncedeki davranışları ile eğitimlediği ve elde ettiği belirli çıkarımlar sonucu, bugünkü sergileyeceği davranışlara yön vermesi durumudur. Kişinin önceden yer aldığı etkinliklerde öğrendikleri ve ilişkili bilgiler ile kişiyi davranışa hazırlayıp alışkanlık oluşmasına, faaliyete katılımı sürdürmesinde özyeterlilik göstermesine katkı sağlar (Pender, 2011; Bahar ve Açıl, 2014). Dolayısıyla benzer veya aynı davranışların sergilenme sıklığı sağlığı geliştirme davranışları üzerinde dolaylı/doğrudan etki oluşturmaktadır (Pender et al., 2011; Sakraida, 2014; Murdaugh et al., 2019).

Kişisel Faktörler: Bir davranışın sergilenmesinde kişinin sahip olduğu fizyolojik (yaş, cinsiyet, puberte/menopoz, vücut kütle indeksi, egzersiz kapasitesi, güç vb.), psikolojik (benlik saygısı, algılanan sağlık düzeyi, kendini güdüleme vb.), sosyokültürel (sosyoekonomik durum, etnik köken, ırk, aile tipi, eğitim vb.) faktörler etkili olmaktadır (Çövenner, 2013).

Davranışa Özgü Bilişsel Süreçler ve Etkiler

Bireyin sergilediği veya sergilemeyi planladığı davranışa ait algıladığı yarar, engel, öz-etkililik, davranışa özgü duygu, kişilerarası etkileşim ve durumsal etkilerdir.

Davranışa Özgü Algılanan Yarar: Olumlu bir sağlık davranışının sergilenmesinde pekiştirici sonuç algılanması halidir. Sergilenen davranışın hastalık durumunu engelleme, sağlığı koruma ve arttırma düzeyi üzerine duyulan inancı ifade eder (Bahar ve Açıl, 2014). Bir davranışın gerçekleştirilmesinde, o davranışın sağladığı faydaya olan inanç, davranışta bulunma isteğini etkilemekte, önemsendiği sonuçlara ulaşmada kişiyi teşvik etmektedir (Murdaugh et al., 2019). Örneğin, hipertansif bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışının sağladığı yararlarla ilişkin algısının oluşması, yaşantısında davranış değişikliğine gitmesini ve hipertansiyona dair sıkıntılarını daha az yaşamasını sağlayacaktır.

Davranışa Özgü Algılanan Engeller: Bir davranışın sergilenmesini zorlaştıran, davranışa ilişkin olumsuz duygu ve davranışın oluşmasına yol açan duygulardır (Çövenner, 2013; Bahar ve Açıl, 2014). Bir davranışın sergilenmeye başlanmasında ve devam ettirilmesinde birçok engelle karşı karşıya kalınabilir. Belirli bir davranışın sergilenmesindeki engeller, kişide çeşitli kaçınma güdülerini uyandırabilir. Davranışta algılanan yarar, algılanan engel/engellerden ne denli fazla ise davranışı göstermeye eğilim de o ölçüde fazla olacağı yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (Murdaugh et al., 2019). Hipertansif bireyin beslenmede tuzu azaltma, sigarayı bırakma, düşük kolesterol içerikli beslenme, taze sebze ve meyve tüketimine özen gösterme gibi hipertansiyonla barışık yaşamayı teşvik eden sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından bir veya birkaçını sergilemede başarısız olması, hastada davranış değişikliği oluşturulmasını engelleyen durumlara örnek olarak verilebilir.

Öz-yeterlilik Algısı: Bireyin gösterdiği belirli bir davranışı, başarılı bir şekilde sonuçlandırmada kişinin kendine duyduğu inanç, kendinde gösterdiği kararlılık ve kişisel iradesi olarak tanımlanmaktadır (Bahar ve Açıl, 2014). Bir eylem planının takip edilmesi ve uygulama taahhüdünü arttırması bakımından öz-yeterliliğin motive edici özellikte olduğu öne sürülmektedir (Murdaugh et al., 2019). Örneğin, kişinin önerilen

sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşamında uyguladığında hipertansiyona ait semptom ve olası sağlık sorunlarını yaşama olasılığının azalacağına inanmasıdır.

Davranışa Özgü Etkiler: Bireyin yaşamını idame ettirdiği çevre, kişinin sergilediği davranışları etkileyebilmekte, davranışın şekillenmesinde etkin rol alabilmektedir (Pender et al., 2011). Örnek verecek olursak, kilo kontrolü oluşturmak isteyen hipertansif bireyin yüksek kalorili, yağlı besinlere yönelmesi, sedanter yaşam tarzı sergilemesi olumlu davranış sergilenmesini zorlaştıracaktır.

Kişiler Arası Etkileşim, Normlar, Destekler, Modeller: Bireyin çevresindeki kişilerin davranışa dair düşünce, tutum ve inançlarını kapsamaktadır. Kişilerarası etkinin birincil kaynağı, aile, akran, sağlık hizmeti sunucuları gibi kişinin doğrudan ilişki ve iletişim içinde olduğu kişiler kabul edilmektedir. Ayrıca, sosyal norm, sosyal destek ve modelleme (başkasını gözleyerek oluşan öğrenme) yoluyla da kişilerarası etkileşim oluşmaktadır. Sosyal normlar, kişinin davranışlarında standartlar oluşturan, kişinin davranışı benimseme ya da reddetmesinde onu yönlendiren kriterler koymaktadır. Sağlığı geliştirme modeli de, sağlığı geliştirici davranışların doğrudan ve dolaylı olarak kişilerarası etkileşimlerden etkilendiğini bildirmektedir (Murdaugh et al., 2019). Hipertansif bireyin hipertansiyonun gerektirdiği sağlıklı yaşam biçimi uygulamalarını aile, arkadaş, sağlık profesyoneli gibi sosyal çevre desteği alarak gerçekleştirmesi bu duruma örnek olabilir.

Durumsal Etkiler: Bireyin herhangi bir aktiviteye ilişkin duygulanımı, o davranışın tekrarlama veya uzun vadeli devam ettirme davranışında belirleyici niteliktedir. Bireyin davranışa ilişkin duyguları, bireyin davranışını tekrar edip etmeyeceğini veya davranışını sürdürüp sürdürmeyeceğini etkilemektedir. Öznel duygu durumu, aktivite öncesi, sırası ve sonrasında davranışa ait uyaran özelliklerine bağlı olarak gelişebilmektedir (Murdaugh et al., 2019). Örnek davranış olarak, kişinin sergilediği sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile hipertansiyona ilişkin daha az sağlık sorunu yaşaması ve bu sebeple sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını sergilemeye devam etmesi gösterilebilir.

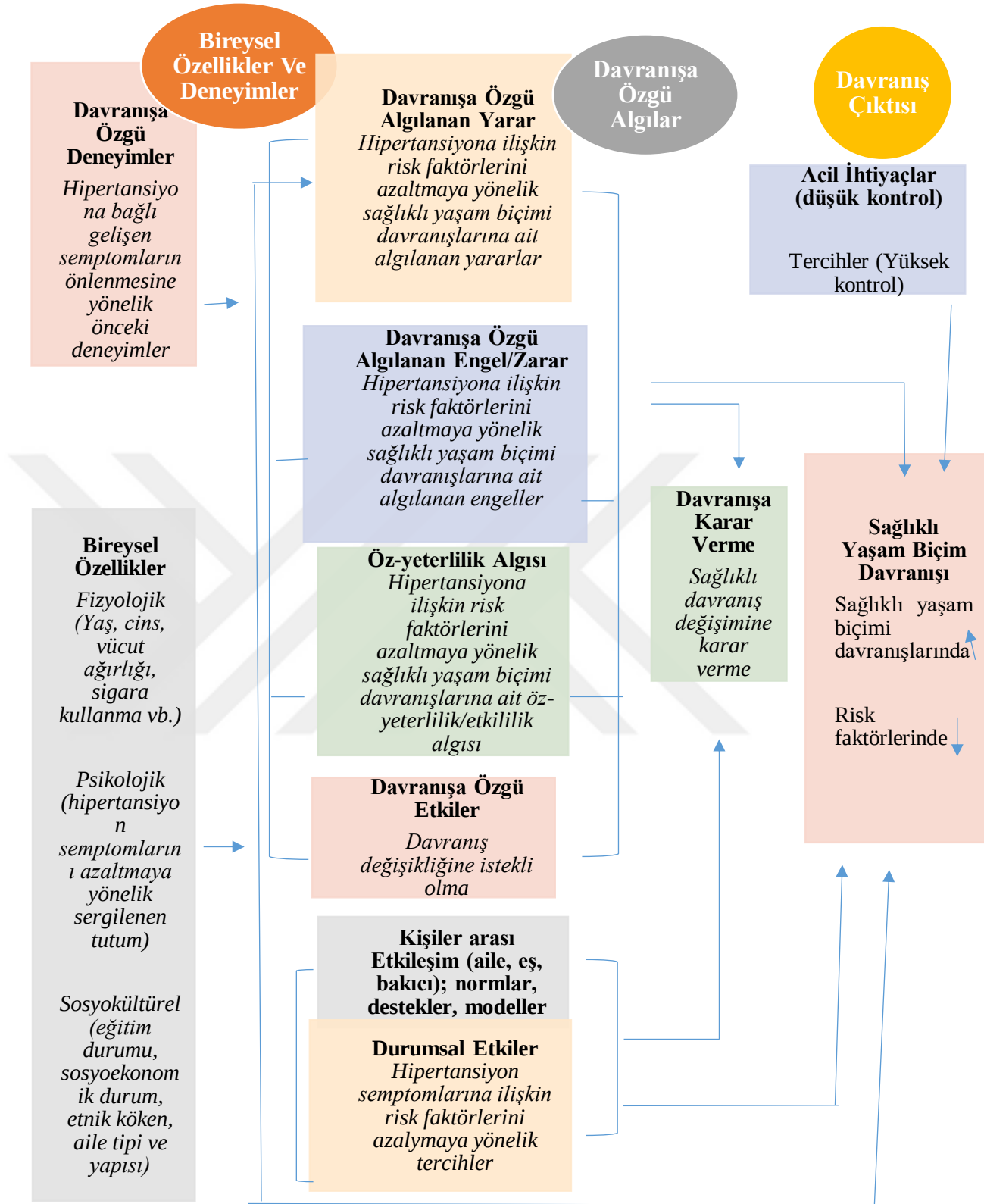
Davranış Çıktısı

Bireyin sergileyeceği davranışa ilişkin önceden planlamasının olması ya da davranışla ilişkili acil gereksinimlerin bulunması davranış çıktısını etkileyebilmektedir (Şişman, 2017). Örneğin, hasta ve sağlık profesyoneli işbirliği ile planlanan Sağlık Geliştirme Eğitim ve Danışmanlık Hizmeti programı uygulamasına başlamasıdır.

Acil İhtiyaçlar (düşük kontrol), Öncelikleri Belirlemek (yüksek kontrol): Planlanan sağlık davranışının uygulanması öncesinde acil bir ihtiyacın oluşmasıdır. Bireyin oluşan anlık ihtiyaçlarına direnmesi, kendi kendine uygulayacağı düzenleme yeteneği ile ilişkilidir. Birbiri ile yarışan tercih ve talep durumları, hazırlanan eylem planının dışına çıkılmasına yol açabilir. Bu durumda kişide, öz düzenleme ve otokontrol uygulamalarının harekete geçirilmesi gerekebilir. Ancak bu sayede olumlu sağlık davranışında tamamlama kararlılığı gösterilebilir ve devam ettirilebilir (Murdaugh et al., 2019). Yaşam biçimi davranışlarında sağlığı geliştirmeye ilişkin eğitim ve danışmanlık hizmeti olan bireyin ev, işyeri gibi sık zaman geçirdiği alanlarda eğitim programı önerileri doğrultusunda gereken ortam düzenlemelerini yapması modelin bu aşamasının örnekleyicisi olabilir.

Davranışa Karar Verme: Bireyden beklenen olumlu sağlık davranışını planlı ve belirlenen stratejik basamaklar doğrultusunda uygulamaya, davranışı eyleme dönüştürmeye başlamasıdır (Bahar ve Açıl, 2014). Bireysel tercihlere göre hazırlanan eylem planlarının uygulanma olasılıklarının arttığı bildirilmektedir (Murdaugh et al., 2019).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı: Sağlığı geliştirme modeli çerçevesinde oluşan olumlu eylemin sonucudur. Olumlu sağlık davranışı sonucuna ulaşmaya yöneliktir. Sağlığı geliştirici davranışların sergilenmesi, sağlık durumunun iyileşmesi ve daha iyi bir yaşam kalitesine erişilmesi, gelişmiş işlevsel yetenek ile sonuçlanacağı bildirilmektedir (Pender et al., 2011; Murdaugh et al., 2019).



Şekil 2.1. Hipertansiyon hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine ilişkin uygulanan eğitim ve danışmanlık programının sağlığı geliştirme modeline entegrasyonu

Kaynak: "Pender. N.J., Murdaugh. C. L., & Parsons. M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice* (6th Edition)"

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik sağlık geliştirme modeli temelli uygulanan eğitim ve danışmanlık programına ait model şeması Şekil 2.1’de gösterilmiştir.

2.9. Sağlık Geliştirme Modeli Doğrultusunda Davranış Değişikliği Oluşturma Sürecinde Kullanılan Hemşirelik Girişimleri

Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde, bireylerle yakın ilişki ve iletişim halinde olan hemşirelere önemli roller düşmektedir. Sağlığın geliştirilmesi noktasında hemşirelerin, bireye kendi kendini değerlendirme, bireysel farkındalığını arttırma öz-etkililiğini geliştirmeleri becerilerini kazandırması büyük önem arz eder. Çevresel kontrolü sağlama ve davranış değişikliğinde iç ve dış engellerin üstesinden gelmede hemşire hastaya yol gösterici olur. Davranış değişikliği müdahalelerinde bireyselliği ön plana çıkarır. Kişisel ihtiyaçlar doğrultusunda süreç yönetimini sağlama ve rehberlik etme, davranış değişikliğinin devam ettirilmesi gibi izleyebilecekleri birçok stratejik nokta bulunmaktadır (Kaya vd., 2018; Baykara vd., 2019). Bu sayede hemşirelik biliminin sahip olduğu, bakım vericilik, rehberlik, eğiticilik, danışmanlık, tedavi edicilik, vaka yöneticilik gibi birçok rol ile mesleki donanımını, bilgi ve becerisini ihtiyaç sahiplerine ulaştırma ve sağlığın geliştirilmesi noktasında önemli katkılar sağlayacak, kanıta dayalı bilimsel uygulama kabiliyetine sahip bir meslek grubudur (Kacaroglu Vicdan ve Gülseven Karabacak, 2014; Kaya vd., 2018; Baykara vd., 2019).

Davranış değişikliğine ilişkin bireyin girişimde bulunmasında eğitim uygulamalarının görsel ve yazılı materyaller aracılığı ile desteklenmesi, gerçekleştirilmek istenen davranış değişikliği programının etkisini arttırabileceği literatür taramalarından anlaşılmaktadır (Kaya et al., 2018). Kısa film ve videolar, afişler, broşürler gibi pek çok sesli ve görsel materyal yardımıyla bireyde farkındalık oluşturulabilir (Günay ve Sivrikaya, 2020). Burada kişinin ihtiyacı, eğitim, kültür, inanç ve değerleri gibi konular göz önüne alınarak uygun yöntem/yöntemler belirlenmelidir.

Bireyde, belirlenen davranışın oluşturulmasında kişinin yeteneği ve becerisi özetkililik olarak ifade edilir (Pender, 2011; Bahar ve Açıl, 2014). Burada gerçekçi, kişinin hedefine ulaşacağına dair geri dönüşler alması, motivasyon desteği sağlanması kişinin başarılı bir performans sergilemesine katkıda bulunmasının yanında kişinin davranış değişikliğini sürdürme şevkini de arttıracaktır (Mert vd., 2018).

Davranış değişikliği sürecinde başarıya ulaşmada etkili olan stratejik noktalardan biri de çevre kontrolünün oluşturulmasıdır. Kişinin değiştirmek istediği davranışında en yakınında yer alan aile bireylerinden başlayarak, akran ve arkadaş çevresi, iş ortamı gibi alanlarda ortak yaşadığı kişiler ile olumlu sağlık davranışını sürdürmeye ilişkin destek alınabilir (Bahar ve Açıl, 2014). Örneğin, kilo kontrolü oluşturmaya çalışan bireyin yanında yüksek kalorili, bol yağ içeren sağlıksız besinlerden yenilmemesi, bu gibi besinlerden bahsedilmemesi kişinin sağlıklı besinlere olan yöneliminde destekleyici olabilir. Market alışverişlerinde cips, kola, çikolata gibi sağlıksız besinlerin bulunduğu reyonlardan uzak kalınarak, eve bu gibi besinlerin diğer aile bireylerince alınmaması teşvik edilerek kişinin sağlıklı beslenme isteği desteklenebilir (Pender et al., 2002; Murdaugh et al., 2019).

2.10. Öz-yeterlilik Kavramı ve Hipertansiyonda Öz-yeterlilik

Kronik hastalıklar, yaşam boyu uyum gerektiren hastalıklardır ve bireysel özbakım davranışlarının edinilmesini zorunlu kılar. Öz-yeterlilik algısı temelde, kronik hastalıkların yönetilme becerisi ile ilişkili psikososyal bir kavram olarak ifade edilir (Warren-Findlow et al., 2012). Öz-yeterlilik kavramı, belli bir konuda organize edilmesi gereken etkinlikleri ve bunları uygulamaya yönelik inanç olarak tanımlanabilir. Bandura özyeterlilik inancını, olası durumlarda kişilerin başa çıkma eylemlerini ne kadar iyi sergileyebildiklerine ilişkin kişisel yargıları olarak ifade eder. Bireyin becerileri doğrultusunda “Ne yapabilirim?” sorusunun cevabı olan içsel inancıdır. Bireyin nasıl davranacağı, ne düşüneceği, nasıl hissedeceği konusunda belirleyici özelliğe sahiptir. Bu da kişinin motivasyon, kendine duyduğu inanç, amaca ulaşmada önüne çıkan engellerle mücadele gücünü etkileyebilmektedir (Lamarche et al., 2018; Aydoğar ve Yıldırım, 2021).

Hipertansiyonda hospitalizasyon, hastalık ve sağlık sistemine getirdiği maliyet yükü yönünden önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle hipertansif bireylerin özyeterlilik algısının yüksek olması, ilaç tedavisine uyum gösterilmesi, kan basıncı kontrolünün sağlanması, sağlıklı yaşam davranışları oluşturulması ve devam ettirilmesi, etkili bir hipertansiyon yönetiminin oluşturulmasına olumlu katkıları olduğu bilinmektedir (Özpulat, 2015). Hipertansiyonda bireyin, başarılı süreç yönetimine ulaşabilmesi için hemşirelere büyük görev ve sorumluluk düşmektedir. Hipertansif bireyle iletişim halinde olan hemşire, hastanın ihtiyaçlarının farkında olmalı, mesleki uygulamaları sırasında bu ihtiyaçları gözeterek hareket etmelidir. Hastanın yakından tanınması, geçmiş eğitim ve yaşantılarından haberdar olunması, bireyin hastalık ve sağlık algısı, sosyal çevresi gibi birçok faktörün bireysel özyeterlilik ve hastalık yönetim süreci için önemli olduğu unutulmamalı, birey bütüncül bir yaklaşım sergilenerek değerlendirilmeli, gerçekçi yaklaşımlarla yapabilecekleri, yetenekleri konusunda cesaretlendirilmelidir (Günay ve Sivrikaya, 2020).

2.11. Hipertansiyon Yönetiminde Mobil Teknoloji Kullanımı: Kısa Mesaj Gönderme

Gelişen ve değişen dünyada teknolojik yeniliklerin kullanım alanına her geçen gün bir yenisini daha eklenmektedir. Kullanılabilir mobil teknolojide yaşanan gelişmeler ve telefon kullanımının yaygınlaşması, teknolojik yeniliklerin sağlık alanında da kendini göstermesini ve yer edinmesini sağlamıştır. Bu durum “Mobil Sağlık-mSağlık (Mobile Health)” kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü bu kavramı, “dijital cihazlar (tablet vb.), hasta izleme cihazları, diğer kablosuz araçlar (radio vb.), akıllı telefon ve mobil cihazlar kullanılarak, tıbbi ve halk sağlığı hizmetlerinin desteklenmesi” olarak tanımlamaktadır (WHO 2016).

mSağlık, mesaj servisleri, akıllı telefon, taşınabilir araçlar, web sayfaları aracılığıyla hastane dışı ortamlarda insanlara sağlık hizmeti sunulması, sağlıkla ilgili bilgi aktarımı, iletişim olanağı, danışmanlık sağlanmasına imkan veren bu tür konuları kapsayan bir teknoloji alanıdır. Örneğin, insanlara radyo yayınları aracılığıyla sağlık bilgisi verilmesi, geliştirilen akıllı cep telefonu yazılımlarıyla tanı ve tedavi hizmeti sunulması, hastaların hastane dışı ortamlarda gerçekleştirdikleri ölçümlerin (kan

basıncı, solunum, kan glukozu, nabız gibi) sonuçlarının sağlık kuruluşuna iletilmesi ile hasta izlem ve yönetimini sağlaması gibi sağlığın korunması, geliştirilmesinin arttırılması, davranış değişikliklerine teşvik ve sağlık arama davranışına yönelme ile tıbbi kayıtların oluşturulmasına yönelik eylemler mSağlık kapsamında yapılan uygulamalardır (Ventola, 2014; Piette et al., 2015; Kılıç, 2017).

Mobil sağlık uygulamaları, bir dizi teknolojik yenilik ile kilo yönetimi, hipertansiyona yönelik hastalık yönetimi ve tedavisi, sigara bırakma gibi konulara ilişkin hatırlatıcı sistem oluşturarak insanlara sağlık hizmeti sunulmasını kolaylaştırmaktadır (Balcı, 2020). Sağlık alanında yaşanan tüm bu teknolojik gelişmeler, sağlık ve hastalık durumlarında bireylerin söz sahibi olması, süreç yönetimi becerisini kazanması ve sorumluluk almasını, kendini geliştirmesini sağlamaya yönelik adımlar atılmasını sağlamayı hedeflemektedir. Tele teknoloji, diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların yönetimi, gebelik yönetimi, fiziksel aktivitenin arttırılması, tedaviye uyum gibi pek çok konuda hasta merkezli bakım stratejilerine odaklanan, kendi bakımında hastaya sorumluluk yükleyen bir yaklaşım benimsemektedir. Günümüzde de bu yaklaşım mobil uygulamalar aracılığıyla yaygın hale gelmiştir (Pulvirenti et al., 2014; Sevinç, 2022).

Davranış değişikliği oluşturarak riskli davranışlardan uzaklaşma, sağlığı koruma ve farkındalık oluşturma gibi alanlarda yapılmış literatürdeki araştırmalarda, uzun süreli tedavi gerektiren hastalıklarda katılımcıların cep telefonlarına gönderilen Kısa Mesaj Servisi (SMS) hatırlatma mesajlarının hastaların tedavi uyumunu arttırdığı bildirilmiştir (Kannisto et al., 2014; Sevinç, 2022). Mobil teknoloji alanında cep telefonları ile yapılan hasta eğitimleri ve takibi ile hastalık özyönetimi becerisi geliştirilmesinde önemli role sahip olduğu, sağlık personeli ile hastanın iletişim ve ilişki kurma becerisini arttırdığı, hastalığı, tedavi süreci, bakım uygulamaları gibi konularda ilişkili bilgilerin birleştirilmesini ve kanıta dayalı uygulamalar ile bilimsel temele dayanan doğru bilgilerin kullanıcıya ulaştırmasını sağlaması bakımından SMS uygulamalarının hastalık yönetim sürecine olumlu katkıda bulunduğu araştırmalarda ifade edilmektedir (Dou et al., 2017; Sevinç, 2022).

Hastalık yönetimi ve olası komplikasyonların önlemesi adına ülkemizde özellikle kronik hastalıkların tedavi süreçlerini desteklemede cep telefonu SMS'inden

faýdalanýlabilir. SMS uygulamaları ile internet ağına ulaşma sorununa takılmadan bireylerin hastalık yönetimi becerilerini iyileştirme, sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin hatırlatmalar bireylere ulaştırılabilecektir. Ayrıca SMS servisi, hatırlatmaları kişiye ulaştırmada önemli, ucuz ve etkili bir bilgi dağıtım aracı olabilmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma randomize kontrollü girişimsel (yarı deneysel) bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Balıkesir ili Edremit ilçesinde bulunan Devlet Hastanesi Kardiyoloji ve Dahiliye Klinikleri ve Polikliniklerinde 15 Ekim 2021- 15 Nisan 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Dahiliye polikliniğinde 7 iç hastalıkları uzmanı ve her hekimin yanında çalışan birer tıbbi sekreteri bulunmaktadır. Gün içerisinde her poliklinikte ortalama 50-60 hastaya hizmet verilmektedir. Dahiliye kliniğinde ise 20 hasta yatağı, 7 iç hastalıkları uzmanı, 7 hemşire görev yapmaktadır. Kardiyoloji polikliniğinde 2 uzman hekim ve 2 tıbbi sekreter görev yapmaktadır. Hekimler gün içerisinde ortalama 60 hastaya sağlık hizmeti sunmaktadır. Kardiyoloji kliniğinde 2 kardiyoloji uzmanı, 4 hemşire görev yapmaktadır.

3.3 Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 11'den almış olduğu puan ortalama ve ortanca değerleri.

Bağımsız Değişkenler: Hastaların Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı sağlık eğitimi alma durumu.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi Kardiyoloji ve Dahiliye Poliklinikleri ve Kliniklerine başvuran ve tedavi gören hipertansiyon tanısı almış toplam 475 hasta oluşturmuştur. Araştırma örneklemine, örnekleme dahil edilme kriterlerini taşıyan hipertansiyon tanılı hastalar alınmıştır.

3.4.1. Örneklem

Araştırmanın örnek büyüklüğü sayısı G*power 3.1.9.4 programı kullanılarak hesaplanmıştır. Hesaplamada iki gruplu ve iki ölçümlü (Pretest, Posttest) araştırma tasarımı dikkate alınarak bağımsız gruplarda t testi (two independent means t testi) için örneklem hesaplaması yapılmıştır. Yapılan hesaplamada %80 güç ($1-\beta = 0.80$), orta etki büyüklüğü ($d = 0.538$) ve %5 hata payı ($\alpha = 0.05$) alınarak her grup için örneklem sayısı 44 olarak hesaplanmıştır. Veri kaybı ihtimali göz önünde bulundurularak her iki grup için de örneklem sayısı %30 arttırılmıştır. Böylece her grup için 57 kişi toplamda 114 kişi örnekleme dahil edilmiştir.

Eğitim ve kontrol grubuna çalışmanın başında oluşabilecek kayıplar (çalışmadan ayrılma, il dışına taşınma, dahil edilme kriterlerine aykırı durum vs.) göz önünde bulundurularak 57'şer hasta alınmıştır. Her grup basit randomizasyon yöntemine göre belirlenmiştir. Buna göre ilk gelen eğitim, ikinci gelen kontrol grubuna dahil edilerek tüm hastalar bu döngüye göre gruplara ayrılmıştır.

Tablo 3.1. Gruplara ait randomizasyon dağılım tablosu

Grup	Sıra	Grup	Sıra
Kontrol grubu	30	Eğitim grubu	1
Eğitim grubu	31	Kontrol grubu	2
Kontrol grubu	32	Eğitim grubu	3
Eğitim grubu	33	Kontrol grubu	4
Kontrol grubu	34	Eğitim grubu	5
Eğitim grubu	35	Kontrol grubu	6
Kontrol grubu	36	Eğitim grubu	7
Eğitim grubu	37	Kontrol grubu	8
Kontrol grubu	38	Eğitim grubu	9
Eğitim grubu	39	Kontrol grubu	10
Kontrol grubu	40	Eğitim grubu	11
Eğitim grubu	41	Kontrol grubu	12
Kontrol grubu	42	Eğitim grubu	13
Eğitim grubu	43	Kontrol grubu	14
Kontrol grubu	44	Eğitim grubu	15
Eğitim grubu	45	Kontrol grubu	16
Kontrol grubu	46	Eğitim grubu	17
Eğitim grubu	47	Kontrol grubu	18
Kontrol grubu	48	Eğitim grubu	19
Eğitim grubu	49	Kontrol grubu	20
Kontrol grubu	50	Eğitim grubu	21
Eğitim grubu	51	Kontrol grubu	22
Kontrol grubu	52	Eğitim grubu	23
Eğitim grubu	53	Kontrol grubu	24
Kontrol grubu	54	Eğitim grubu	25
Eğitim grubu	55	Kontrol grubu	26
Kontrol grubu	56	Eğitim grubu	27
Eğitim grubu	57	Kontrol grubu	28
		Eğitim grubu	29

3.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

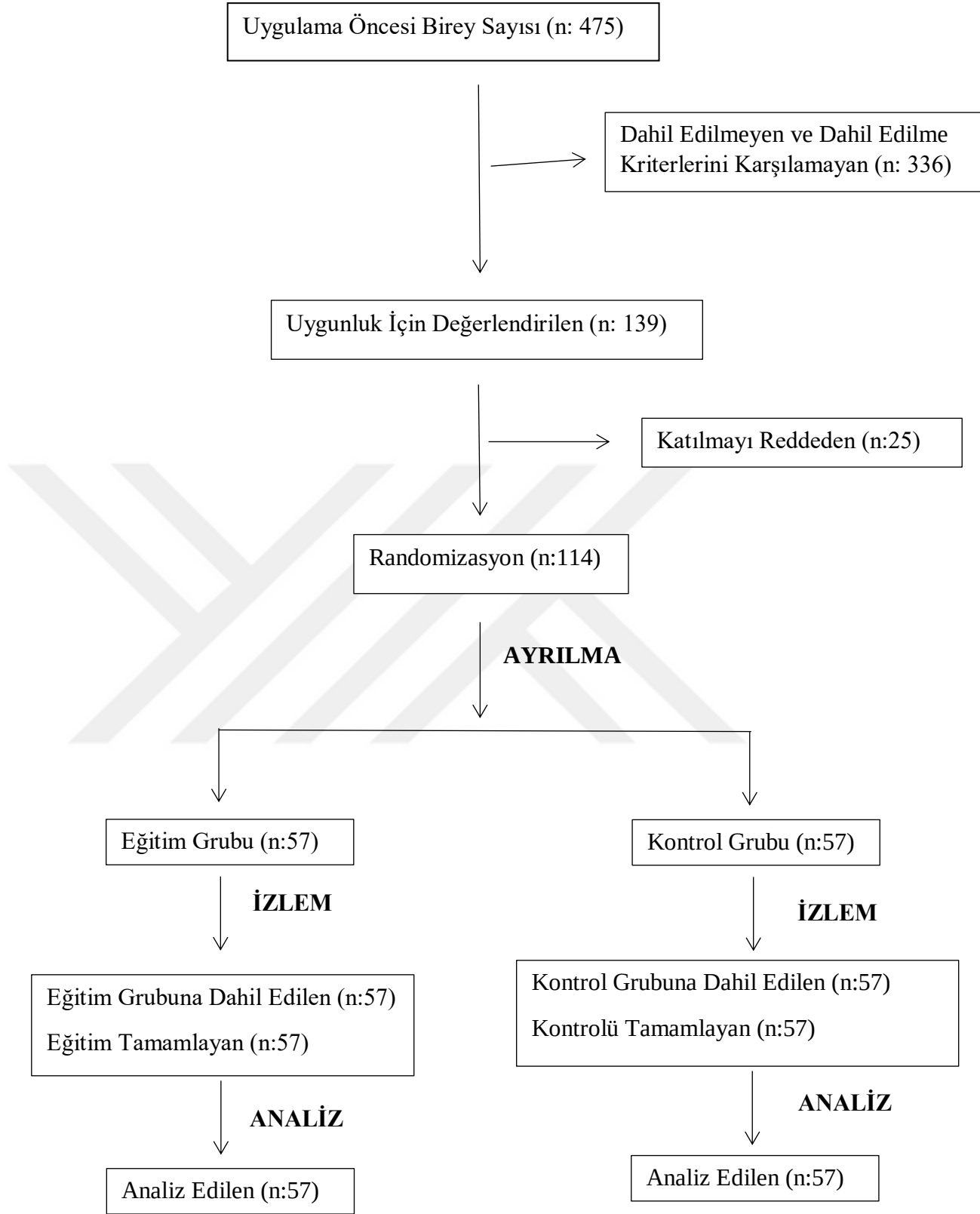
- 18 yaş ve üzeri olmak
- En az 6 ay önce hipertansiyon tanısı almış olmak
- En az ilkokul mezunu olmak
- Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun olmak (psikiyatrik, işitme, görme engeli olmayan)
- Sözel iletişime açık olmak
- Cep telefonuna sahip olmak
- Daha önce planlı olarak hipertansiyona yönelik bir sağlık eğitimi almamış olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek

3.6. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- 18 yaş altı hipertansiyon tanılı olmak
- 6 aydan daha az süre önce hipertansiyon tanısı almış olmak
- En az ilkokul mezunu olmamak

- Fiziksel ve bilişsel sağlık düzeyleri araştırmada uygulanması planlanan formları cevaplamaya uygun olmamak (psikiyatrik, işitme, görme engeli olmayan)
- Sözel iletişime açık olmamak
- Cep telefonuna sahip olmamak
- Daha önce planlı olarak hipertansiyona yönelik bir sağlık eğitimi almış olmak
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemek
- Eğitimi yarıda kesmek





Şekil 3.1. Araştırmanın CONSORT (2018) diyagramına göre randomizasyon şeması.

3.7. Veri Toplama Araçları

Araştırma iki aşamada planlanmıştır. Araştırmanın birinci aşaması eğitim kitapçığının tasarımı ve kısa mesaj içeriklerinin belirlenmesinden ikinci aşama ise ön test ve son testten oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları Tablo 3.2. verildiği gibidir.

Tablo 3.2a. Veri toplama araçları

Veri Toplama Araçları	Birinci Aşama	İkinci Aşama	
	Eğitim Kitapçığı	Ön Test	Son Test
Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu	x		
DISCERN Ölçüm Aracı	x		
Kişisel Bilgi Formu		x	
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II		x	x

İki aşamada gerçekleştirilen araştırmanın birinci aşamasında ilk olarak eğitim kitapçığının tasarımı gerçekleştirilmiştir. Literatür taramaları doğrultusunda hazırlanan eğitim kitapçığının güvenilirliğinin ve bilgi kalitesinin değerlendirilmesi için “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu” ve “DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) ölçeği” kullanılarak uzman görüşüne başvurulmuştur.

Araştırmanın ikinci aşamasını eğitim ve kontrol gruplarına uygulanan ön test ve son test oluşturmaktadır. Araştırmaya ait verilerin toplanmasında, literatür taraması yapılarak hazırlanan, hastaların sosyo-demografik özelliklerini, hastalığa ilişkin özelliklerini sorgulayan “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 1) ile “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II” (SYBDÖ) (Ek 2) kullanılarak toplanmıştır.

3.7.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek 1)

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından ilgili literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur (Vatansever ve Ünsar, 2014; Kamran et al., 2015; Ergün Arslantaş vd., 2019; Oğuz vd., 2019). Kişisel Bilgi Formu, bireyin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sağlık sigortası türü, medeni durumu, tanı süresi, ailede hipertansiyon öyküsü, hipertansiyon komplikasyonları, reçete edilen antihipertansif ilaç sayısı, boy, kilo gibi kişisel ve sosyodemografik değişkenler hakkında bilgiler elde etmek için kullanılan toplam 15 sorudan oluşan bir formdur.

3.7.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek 2)

SYBDÖ II, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek, Walker ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir. Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmasını 2008 yılında Bahar ve ark. yapmıştır. Ölçek, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt gruba sahiptir. Alt gruplar, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçek maddelerinde alt boyutlara ilişkin şu sorulara yanıt verilmesi istenmektedir;

Beslenme, beslenme biçimi ve alışkanlıkları (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim kişinin kendini iyi ve tatminkar hissetmesi (6,12,18,24,30,36,42,48,52), sağlık sorumluluğu sağlık sorumluluğunu alabilme (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite egzersiz yapma durumu (4,10,16,22,28,34,40,46), kişilerarası ilişkiler yakın çevre ile iletişim kurabilme (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimi stresörleri tespit edebilme ve kontrol edebilme (5,11,17,23,29,35,41,47) durumlarını ölçmektedir (Bahar vd., 2008; Özakgöl vd., 2016; Çetiner ve Ulupınar, 2018). Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek

puan 208'dir. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği sağlıklı yaşam biçimi davranışının olumlu olduğunu gösterir. Ölçeğe ait Alpha güvenirlik katsayısı 0.94'dir. Ölçeğin alt faktörlerine ait Alpha coefficient reliability değeri ise 0.79-0.87 arasında değişmektedir. Araştırmamız sonucunda ölçeğin Alpha güvenirlik katsayısının 0,95 olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin kullanılmasında sorumlu yazardan elektronik posta yolu ile izin alınmıştır (Ek 3).

SYBDÖ II'nin araştırmamıza ait alt boyutların ön test Cronbach's Alpha değerleri Tablo 3.2b'de incelendiğinde;

Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanı 9 maddeden oluşmaktadır ve Cronbach's Alpha değeri 0.775 ile yüksek güvenirlikte olduğu saptanmıştır. Fiziksel aktivite alt boyutu puanı 8 madde içermektedir. Cronbach's Alpha değeri 0.867 ile yüksek güvenirliğe sahiptir. Beslenme alt boyutu puanı 9 maddeden meydana gelmekte olup Cronbach's Alpha değeri 0.458 ile düşük güvenirlikte olduğu belirlenmiştir. Manevi Gelişim alt boyutu puanı 9 madde içerir ve Cronbach's Alpha değeri 0.699 ile güvenilir olduğu anlaşılmıştır. Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu puanı 9 maddeden oluşur ve Cronbach's Alpha değeri 0.837 ile yüksek güvenirlikte olduğu sonucuna varılmıştır. Stres Yönetimi alt boyutu puanı 8 maddeden meydana gelmektedir ve Cronbach's Alpha değeri 0.756 ile yüksek güvenirlikte olduğu saptanmıştır. Ölçek toplamı 52 maddeden oluşmaktadır ve ön test Cronbach's Alpha değeri incelemesinde Cronbach's Alpha değeri 0.922 ile yüksek güvenirlikte olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.2b. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ön test güvenirlik analizi

	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Sağlık Sorumluluğu	9	0.775
Fiziksel Aktivite	8	0.867
Beslenme	9	0.458
Manevi Gelişim	9	0.699
Kişiler Arası İlişkiler	9	0.837
Stres Yönetimi	8	0.756
Toplam Puan	52	0.922

SYBDÖ II'nin araştırmamıza ait alt boyutların son test Cronbach's Alpha değerleri Tablo 3.2c'de incelendiğinde;

Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puanı 9 maddeden oluşur. Cronbach's Alpha değeri 0.82 ile yüksek güvenilirlikte olduğu saptanmıştır. Fiziksel Aktivite alt boyutu puanı 8 maddeden meydana gelir. Cronbach's Alpha değeri 0.843 ile yüksek güvenilirlikte olduğu belirlenmiştir. Beslenme alt boyutu puanında 9 madde yer alır. Cronbach's Alpha değeri 0.458 ile düşük güvenilirliktedir. Manevi Gelişim alt boyutu puanı 9 maddeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0.866 ile yüksek güvenilirlikte olduğu bulunmuştur. Kişiler Arası İlişkiler alt boyutu puanı 9 madde içerir ve Cronbach's Alpha değeri 0.845 ile yüksek güvenilirlikte olduğu anlaşılmıştır. Stres Yönetimi alt boyutu puanı 8 madde yer alır ve Cronbach's Alpha değeri 0.819 ile yüksek güvenilirlik elde edilmiştir. Ölçek toplamda 52 madde içerir. Son test ölçek Cronbach's Alpha değeri incelemesinde ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0.952 ile yüksek güvenilirlikte olduğu bulunmuştur.

Tablo 3.2c. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği son test güvenilirlik analizi

	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Sağlık Sorumluluğu	9	0.820
Fiziksel Aktivite	8	0.843
Beslenme	9	0.458
Manevi Gelişim	9	0.866
Kişiler Arası İlişkiler	9	0.845
Stres Yönetimi	8	0.819
Toplam Puan	52	0.952

3.7.3. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu (Ek 4)

Hazırlanan yazılı eğitim materyalinin okuryazarlık bakımından uygunluğunu değerlendirmek amaçlı olarak, yurt dışında Doak et al., ülkemizde Gökdoğan vd., Demir vd.nin araştırmalarında kullanmış oldukları “Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu” kullanılmıştır (Doak et al., 1994; Gökdoğan vd., 2003; Demir vd., 2008). Uzman görüşüne başvurulmuş alanındaki uzman kişilerle

(altı kişi) form eğitim materyali ile birlikte gönderilerek değerlendirme yapmaları istenmiştir (Ek 4).

Değerlendirme formu, içerik (4 madde), okur-yazarlık durumu (5 soru), resim, grafik, tablo, listeye (5 soru), plan ve tipine (8 soru), öğrenme ve motivasyona (3 soru), kültürel uygunluğuna (2 soru) olmak üzere altı bölüm ve 27 madde içermektedir. Maddeler uygunsa “evet” için “1 puan”, değilse “hayır” için “0 puan” olmak üzere 1-27 puan üzerinden hesaplanmaktadır. Formdan alınan puanın yüksekliği eğitim içeriğinin okunabilirlik oranının da yüksek olduğunu belirtmektedir. Eğitim kitapçığımızın Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formundan aldığı puan 24,66’dır.

3.7.4. Tüketici Sağlığı Bilgileri İçin Kalite Kriterleri (Quality Criteria for Consumer Health Information – DISCERN) (Ek 5)

Charnock et al. (1999) tarafından geliştirilmiş, sağlık problemleri ve bu problemlerin tedavi seçenekleri hakkında hazırlanan yazılı eğitim materyallerini kalite ve güvenilirlik yönünden değerlendirilmesini saptamak amacıyla geliştirilmiş bir araçtır. Ülkemizde Türkçe’ye uyarlamada geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını Gökdoğan ve arkadaşları yapmıştır (Gökdoğan vd., 2003). DISCERN değerlendirme tablosunda, hazırlanan eğitim materyalini içerik bakımından sorgulayan üç bölüm yer alır (Ek 5). Toplam 16 soru bulunmakta olup her soru 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır (Charnock et al., 1999; Küçükdeveci vd., 2000). Değerlendirme tablosunda yer alan 1-8. sorular, eğitim materyalindeki bilginin güvenilirliğini, 9-15. sorular eğitim materyalindeki bilginin kalitesini, 16. soruda ise hazırlanan eğitim materyalinin genel değerlendirmesini yapmaktadır. Değerlendirme tablosundaki her bir soruda “5 puan” materyalin uygunluğunu “1 puan” materyalin uygunsuzluğunu göstermektedir. Değerlendirme sonunda kılavuzdan 15- 75 arasında toplam puan elde edilmektedir. 16. maddede hazırlanan eğitim materyalinin genel değerlendirilmesi yapıldığından ayrı değerlendirmeye alınmaktadır. Toplam DISCERN skorundan eğitim materyalinin elde ettiği toplam puan “16 ile 26” skor değeri aralığı “çok zayıf”, “27 ile 38” skor değeri aralığı “zayıf”, “39 ile 50” skor aralığı “makul”, “51 ile 62” skor değeri aralığı

“iyi” ve “63” üzeri skor değerleri ise “mükemmel” kalite olarak nitelikte olduğunu ifade etmektedir (Charnock et al.,1999; Gökdoğan vd., 2003). Eğitim kitapçığımızın DISCERN formundan aldığı puan ise 76,33’tür.

3.7.5. Hasta Eğitim Materyali

Hipertansiyon Hasta Eğitim Kitapçığı (Ek 6)

Pender’in Sağlığı Geliştirme Modeli çerçevesinde, literatür taraması yapılarak eğitim kitapçığı hazırlanmıştır. Eğitim materyalinde, hipertansiyon yönetiminin etkili şekilde sağlanabilmesi için gerekli olan temel bilgilerden başlanarak aşamalı olarak bilgilendirmeler yer almıştır. Bu çerçevede, tansiyon nedir?, hipertansiyonun tanımı, hipertansiyon yönetimi (hipertansiyon tedavisi, evde kan basıncı ölçümü, ölçüm sonucunun okunması ve değerlendirilmesi, yaşam biçimi davranış değişiklikleri), beslenmede doğru yaklaşımların bilinmesi ve kullanılması, diyetle tuz kısıtlaması, alkol tüketiminin sınırlandırılması, sigaranın bırakılma, kilo kontrolünün sağlanması, fiziksel aktivite, stres ve kaygı yönetimi gibi konu başlıkları yer almıştır.

Kitapçık içeriğinin eğitim materyali olarak kullanımının değerlendirilmesinde, bir iç hastalıkları hemşireliği alanında yüksek lisans eğitimini tamamlamış bir hemşire, bir kardiyoloji uzmanı, dört İç Hastalıkları Hemşireliği ABD Öğretim Üyesi olmak üzere alanında uzman altı kişiden uzman görüşü alınmıştır (Ek 7) (Doak et al., 1996; Charnock et al., 1999; Demir vd. 2008). Güvenirlik ve kalite yönünden eğitim içeriğinin değerlendirilmesinde daha önce farklı çalışmalarda kullanılmış olan “Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu” ve DISCERN (Quality Criteria for Consumer Health Information) ölçeği kullanılmıştır.

Tablo 3.3. Uzman görüşüne başvuru sonrası uzmanlardan eğitim kitapçığının aldığı puan dağılımları

Değerlendirme Formları	Uzman 1 Puanı	Uzman 2 Puanı	Uzman 3 Puanı	Uzman 4 Puanı	Uzman 5 Puanı	Uzman 6 Puanı	Toplam Puan Ort.
Yazılı Materyallerin Uygunluğunun Değerlendirilmesi	23	22	27	25	25	26	24,66
DISCERN	72	71	78	80	79	78	76,33

Alan uzmanı değerlendirmeleri sonucu hazırlanan eğitim içeriğinin açık ve anlaşılır, tarafsız, konu ile ilgili gereken bilgileri kapsayan, içerik bilgi kalitesinin yüksek olduğu, hastalar için başucu rehberi niteliğinde bir kitapçık olma özelliği taşıdığı yönünde geri bildirimler yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmamızda sağlığı geliştirme modeli kullanılarak eğitim uygulaması gerçekleştirilmiştir. Eğitim uygulamasında bu modeli tercih etmemizin sebebi, modelin sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinmeyi etkileyen faktörleri belirlemede teorik çerçeve sağlaması, yaşam tarzı değişikliğine odaklı olması, daha kaliteli ve uzun bir hayat için bedensel ve ruhsal iyilik halini geliştirici yöntemlerin uygulanmasını sağlayan yaklaşımı benimsemiş olmasıdır. Ayrıca araştırmada kullanılan SYBDÖ II de sağlığı geliştirme modeli çerçevesinde geliştirilen bir ölçek olduğundan tercih edilmiştir.

3.8.1. Eğitim Grubuna Yapılan Uygulamalar

Eğitim grubuna alınan bireylerle yapılan ilk birebir görüşmede öntest kapsamında katılımcı bilgileri, literatür taraması doğrultusunda hazırlanmış olan hasta bilgi formuna kaydedilmiştir. Hipertansiyona ilişkin özyönetim davranışı düzeylerini

belirleyebilmek için ise SYBDÖ II kullanılmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından katılımcılara uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının doldurulmasının ardından eğitim grubuna dahil olan hastalar için eğitim süreci başlatılmıştır. Hastalardan alınan iletişim bilgileri doğrultusunda haftada 2- 3 kez olacak şekilde, sekiz hafta süre ile hastalara SMS bildirimleri gönderilmiştir. SMS hatırlatmalarının çalışmamıza fazla katkı sağlamasını beklemediğimizden davranış çıktısı ölçülmemiştir. Sadece eğitim süreci desteklenmeye çalışılmış, verilen eğitimin etkisi canlı tutmak hedeflenmiştir.

- 1) Eğitim grubunda bulunan katılımcılara rutin uygulanan tedavi ve bakım uygulamalarının yanında Pender'in sağlığı geliştirme modeli çerçevesinde tasarlanmış bir eğitim programı uygulanmıştır. Ayrıca eğitim sonunda Pender'in sağlığı geliştirme modeli çerçevesinde hazırlanmış eğitim kitapçığı hastalara renkli basımlı hali ile teslim edilmiştir. Burada sunulan sağlık eğitiminin kalıcılığının arttırılması amaçlanmıştır.
- 2) Eğitim programı, hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre şekillenmiş, bireyin yaşam tarzına ilişkin bilgiler alınmış, hipertansiyonu etkin yönetme durumu irdelenmiş, kendine olan özgüveni, hipertansiyona ilişkin yaşadığı sorunlar, özyeterlilik gösterememesinin önündeki engeller hakkında ve hipertansiyonda neden davranış değişikliği gerektiği konusunda konuşulmuş, hastanın soru sormasına uygun ortam hazırlanmış, hastada farkındalık yaratılmaya çalışılmıştır.
- 3) Eğitim sırasında konu kapsamına ve hastadan gelen sorular doğrultusunda günlük yaşamla özdeşleşen, edindiği bilgileri uygulamasına ve hayatında yer vermesine katkıda bulunabilecek örneklemeler yapılarak eğitim hedefine ulaşılmaya çalışılmıştır.
- 4) Eğitim ortalama bir saat sürmüştür. Dahiliye ve kardiyoloji polikliniklerinde eğitimler, poliklinikler bölümünde yer alan diyabet eğitim odasında poliklinik mesai saatleri içerisinde hekim muayenesi sonrası gerçekleştirilmiştir. Kliniklerde ise mesai saatleri içerisinde, herhangi bir takip, izlem veya beslenme saatinin olmadığı zaman dilimi seçilerek hasta odalarında birebir görüşmeler yapılarak eğitimler tamamlanmıştır. Eğitim tekniği olarak anlatım yöntemi ve soru-cevap yöntemi kullanılmıştır.
- 5) Eğitim sürecinden itibaren sekiz haftalık SMS bildirimi gönderilmiştir. SMS hatırlatmaları eğitim süreci ve eğitim kitapçığı ile örtüşen özellikte hazırlanarak

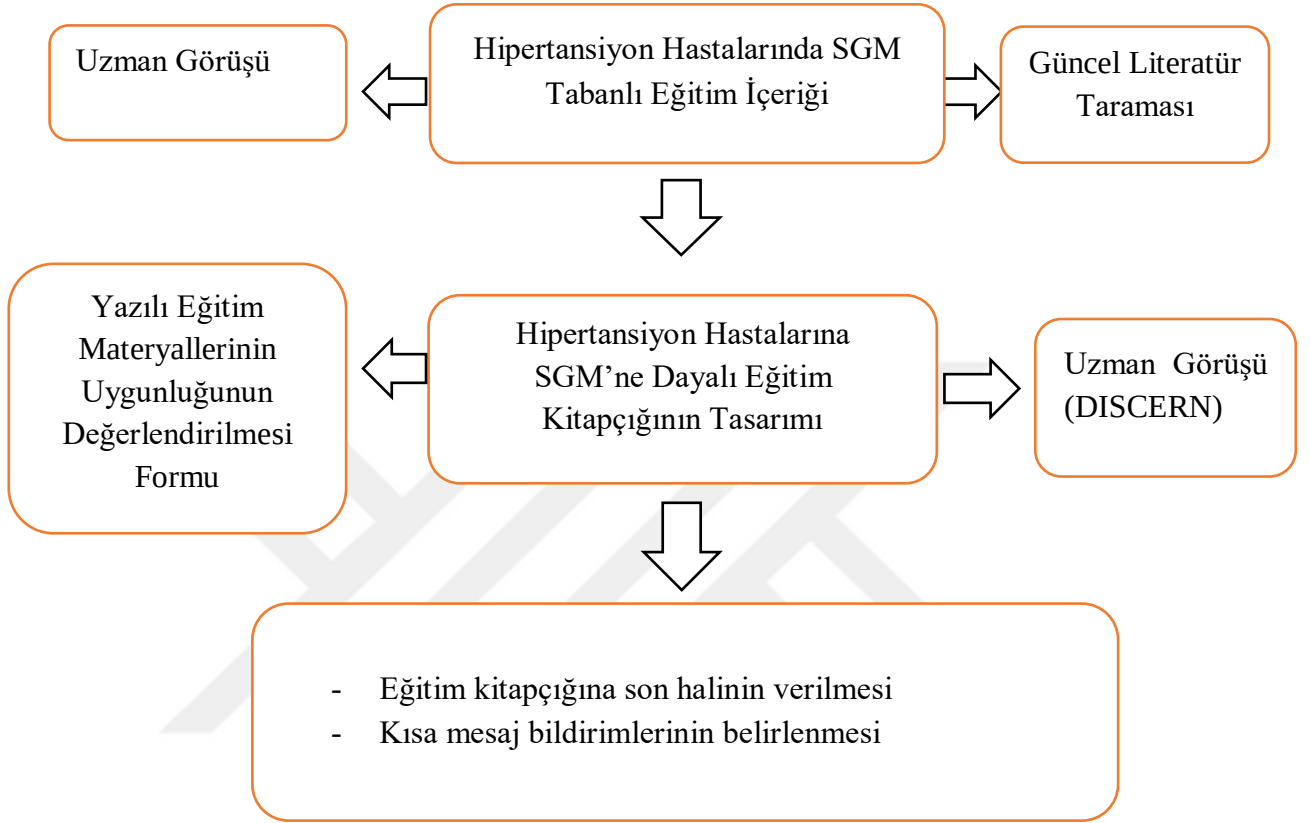
hastalara gönderilmiştir (Ek 11). Sekiz haftalık SMS bildirimi sonunda hastalarla yeniden iletişime geçilip Edremit Devlet Hastanesi Dahiliye ve Kardiyoloji Poliklinikleri'ne davet edilip randevu verilmiş ve SYBDÖ II tekrar uygulanmıştır.

3.8.2. Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar

Kontrol grubuna alınan bireylerle yapılan ilk birebir görüşmede öntest kapsamında katılımcı bilgileri, literatür taraması doğrultusunda hazırlanmış olan hasta bilgi formuna, hipertansiyona ilişkin özyönetim davranışı düzeyleri SYBDÖ II'ye araştırmacı tarafından kaydedilmiştir.

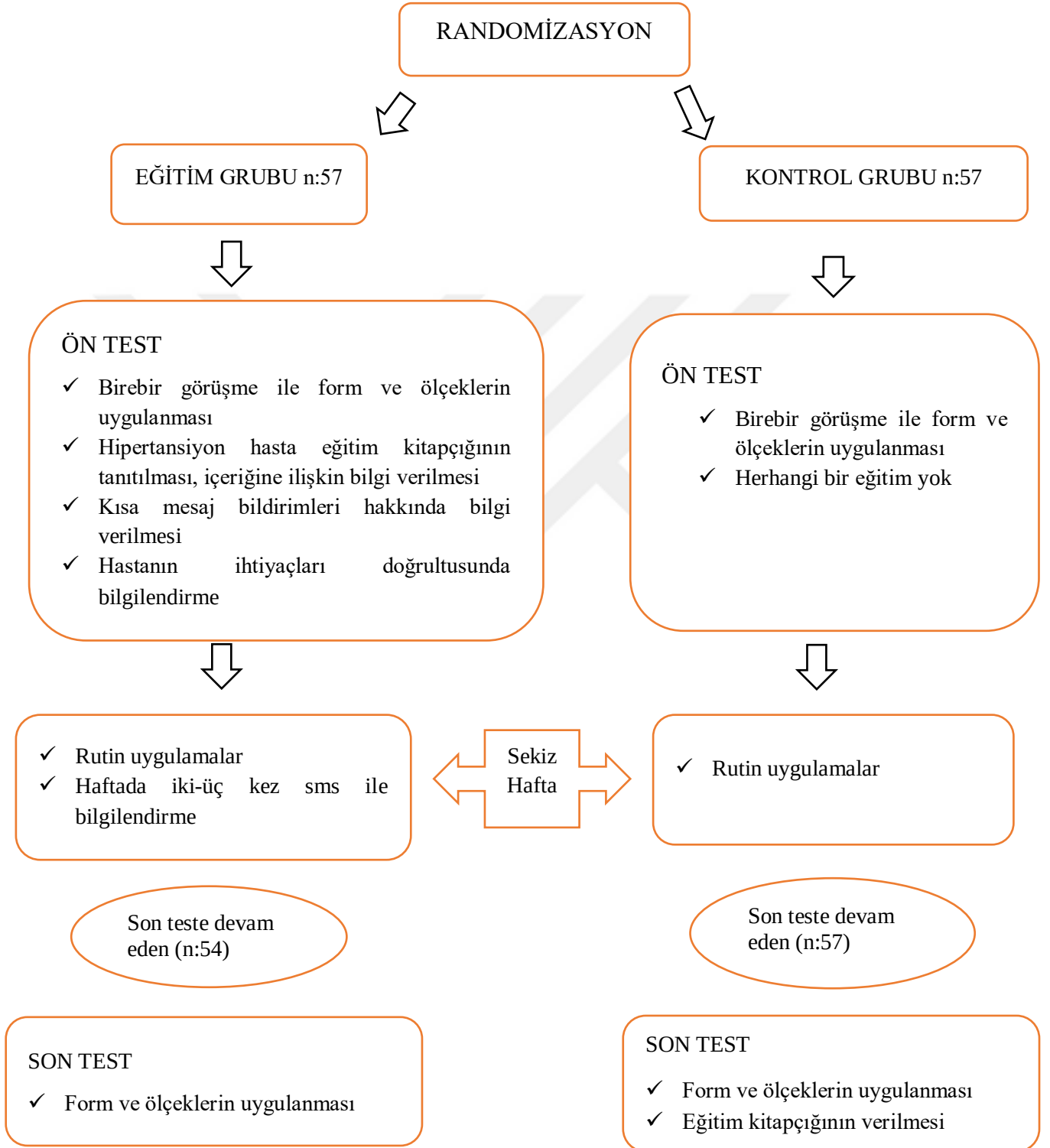
- 1) Kontrol grubundaki katılımcılara herhangi bir eğitim uygulanmamış, rutin takip ve izlemleri yapılmıştır.
- 2) Bir sonraki görüşme için telefonla randevu bilgisi verileceği bilgisi verilmiştir.
- 3) Kontrol grubunda bulunan katılımcılara araştırmacı tarafından sekiz hafta sonra Edremit Devlet Hastanesi Dahiliye ve Kardiyoloji Poliklinikleri'ne davet edilip randevu verilmiş ve hekim muayenesi sonrası SYBDÖ II tekrar uygulanmıştır. Randevuya gelen hastalara önce SYBDÖ II doldurtulmuş, sonra da bireyler arasında eşitlik ilkesini sağlamak adına eğitim grubuna verilen eğitim uygulaması kontrol grubuna da verilmiştir. Birebirolarak sürdürülen görüşmelerde, karşılıklı soru-cevap uygulamaları ile sorulan sorulara eğitim sonunda cevaplamalar yapılmıştır. Eğitim sonunda eğitim grubuna verilen kitapçık basılı olarak kontrol grubuna da dağıtılarak eğitim süreci sonlandırılmıştır.

BİRİNCİ AŞAMA-METADOLOJİK AŞAMA

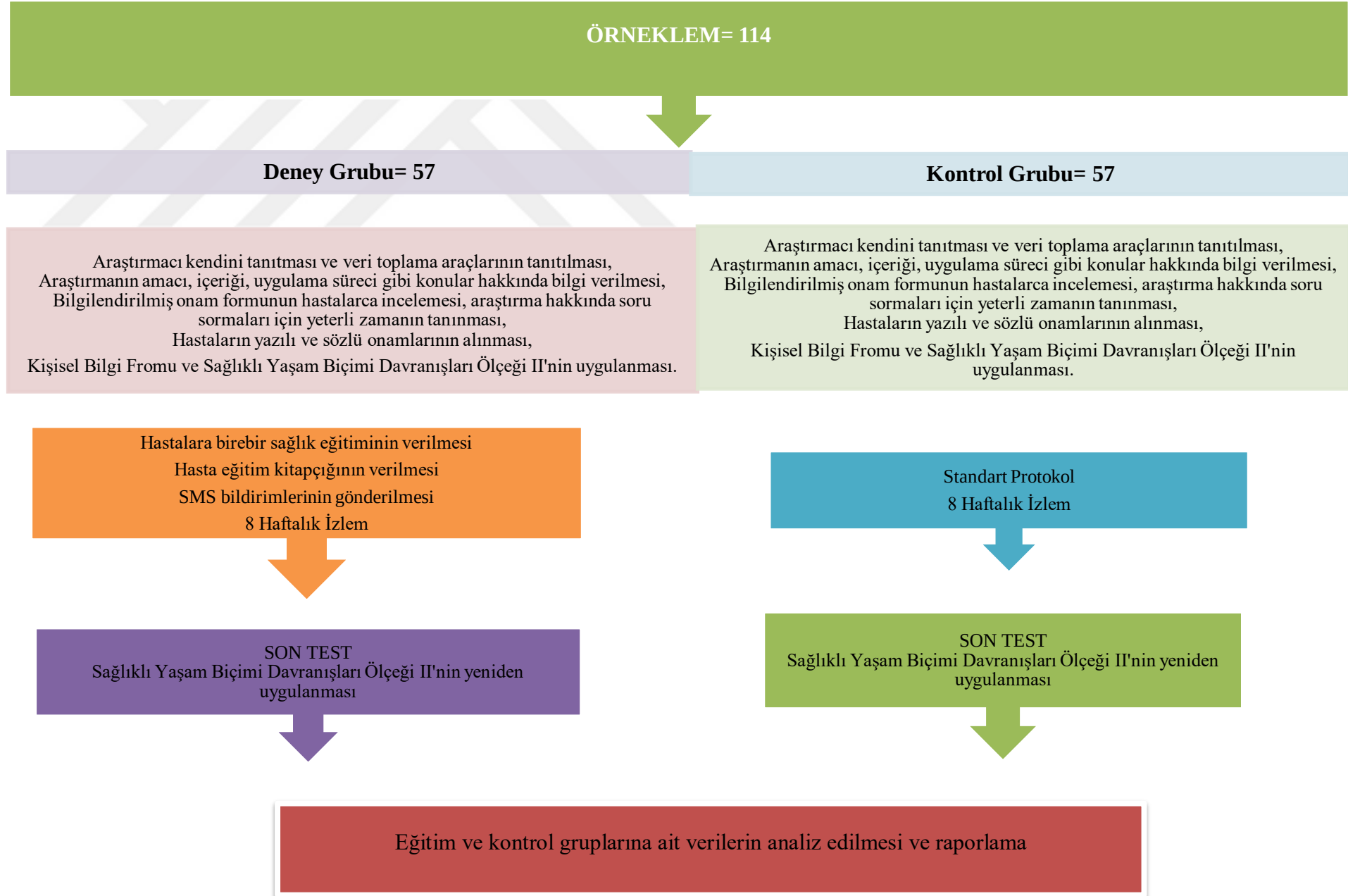


Şekil 3.2. Tez birinci aşama çalışma şeması

İKİNCİ AŞAMA-RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

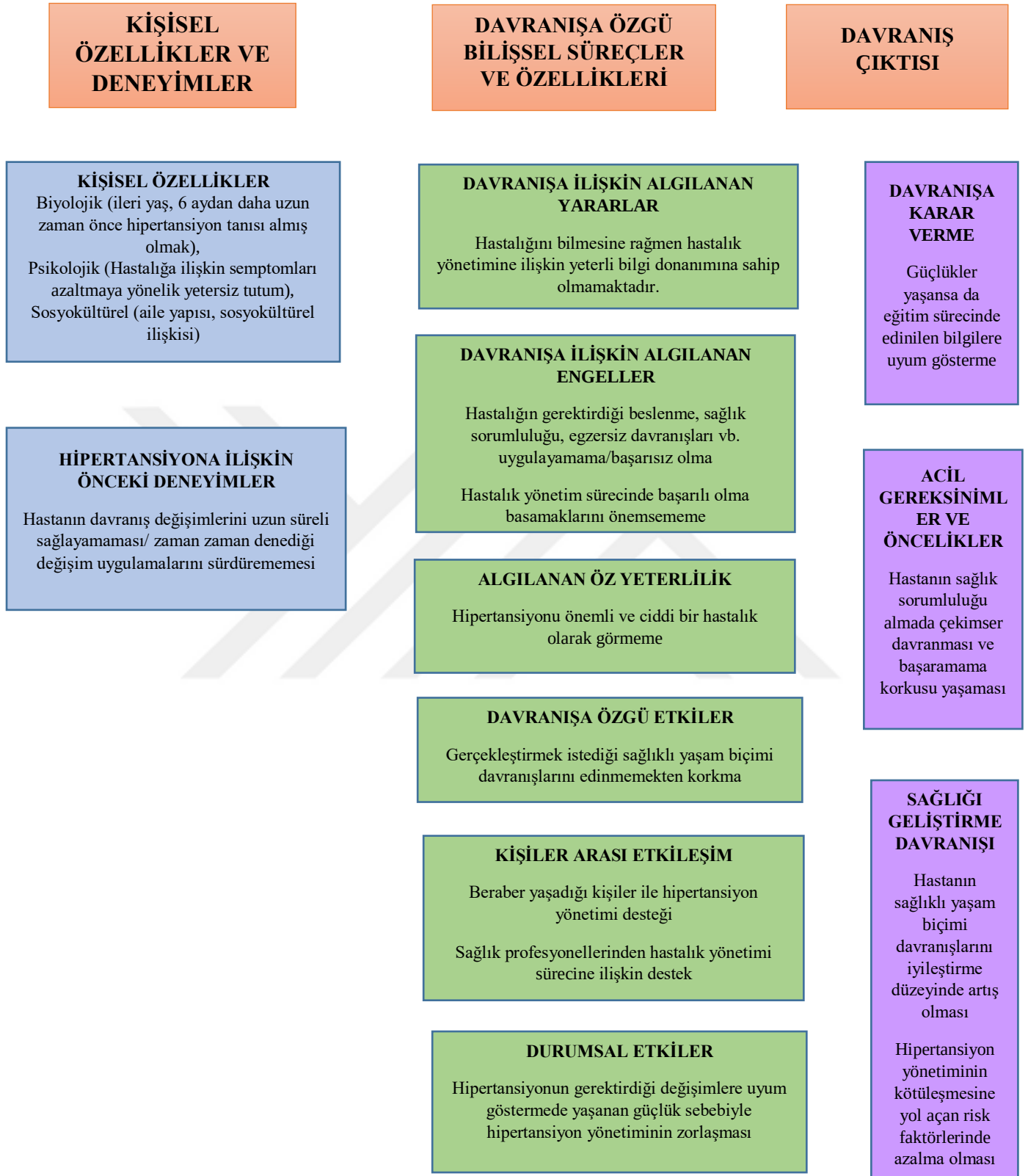


Şekil 3.3a. Tez ikinci aşama çalışma şeması



Şekil 3.3b. Araştırmanın uygulama şeması

PENDER'İN SAĞLIĞI GELİŞTİRME MODELİNE GÖRE HİPERTANSİYON



Şekil 3.3c. Pender'in sağlığı geliştirme modeline ait kavramların hipertansiyon tanısına uyarlanması

3.9.Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler IBM SPSS V23 ve RStudio ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. İkili gruplara göre normal dağılılan verilerin karşılaştırılmasında bağımsız iki örnek t testi kullanılmıştır. İkili gruplara göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Gruplara göre kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson's ki-kare ve Yates düzeltmeli ki-kare testi kullanılmıştır. İki zamana göre normal dağılmayan verilerin karşılaştırılmasında Wilcoxon testi kullanılmıştır. Grup ve zaman ana etkilerini ve etkileşimlerini incelemek için normal dağılmayan verilerde WRS2 paketi kullanılarak Robust iki yönlü varyans analizi kullanılmıştır ve çoklu karşılaştırmalar Bonferroni testi ile incelenmiştir. Analiz sonuçları nicel veriler için ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (minimum- maksimum) şeklinde ve kategorik veriler için ise frekans (yüzde) şeklinde sunulmuştur. Tüm istatistikler, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi" yapılmıştır (Tablo 3.4.).

Tablo 3.4. Araştırmada kullanılan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği u'nin güvenilirlik analizi sonuçları

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Alt Boyutları	Cronbach's Alpha Öntest	Cronbach's Alpha Son test
Sağlık Sorumluluğu	0.775	0.820
Fiziksel Aktivite	0.867	0.843
Beslenme	0.458	0.458
Manevi Gelişim	0.699	0.866
Kişiler Arası İlişkiler	0.837	0.845
Stres Yönetimi	0.756	0.819
Toplam Puan	0.922	0.952

Güvenilirlik analizi ölçeklerde yer alan ifadelerin kendi aralarında tutarlılık gösterip göstermediğini ve ifadelerin tümünün aynı konuyu ölçüp ölçmediğini test etmesi amacıyla yapılmıştır. Güvenilirlik analizi sonuçları incelendiğinde, ölçeklerin oldukça güvenilir olduğu görülmüştür.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın Balıkesir Edremit Devlet Hastanesi'nde ilgili tarihler arasında ve sadece Kardiyoloji ve Dahiliye Klinikleri ve Poliklinikleri'ne başvuran ve takip edilen hipertansiyon tanılı hastalarla yürütülmesi araştırmanın sınırlılıkları içerisinde yer almaktadır.

Araştırmanın sekiz haftalık bir sürede gerçekleştirilmiş olması da çalışmamızın sınırlılıklarındandır. Ancak buna rağmen analiz aşamasında zaman ana etkisi çerçevesinde bu durum değerlendirilmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişim meydana gelme durumu üç aylık, altı aylık ve bir yıllık olmak üzere daha uzun zaman dilimlerinde değerlendirilmektedir. Fakat çalışmamızda sekiz haftalık süre zarfında da değişim olabileceğini göstermek adına çalışmamızda izlem süresi sekiz hafta olarak belirlenmiştir. Bundan sonraki çalışmalarda da bu zaman dilimindeki değişimler dikkate alınabilir. Analiz sonuçları, uygulamış olduğumuz eğitimin sekiz haftalık uygulama süresinde de istatistiksel olarak anlamlı değişim oluşturduğunu göstermiştir.

3.11. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (2021/5937) etik kurul onayı ve yazılı izin alınmıştır (Ek 8). Araştırmanın yapıldığı yer olan Edremit Devlet Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (Ek 9). Araştırmaya katılan kişilere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onayları alınmıştır (Ek 10). Araştırmada kullanılan ölçekler için kullanım izni yazarlarından e-mail aracılığıyla alınmıştır (EK 3). Araştırma verilerinin toplanması esnasında bireylere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan bireylere bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1’de kontrol ve eğitim grubunun sosyodemografik özelliklerine ait karşılaştırmalar sunulmuştur. Kontrol grubunda bulunan hastaların %57.9’u, eğitim grubunda bulunan hastaların %47.4’ü 60 yaş üstüdür. Kontrol grubundaki hastaların ise %54.4’ü, eğitim grubundaki hastaların %57.9’u kadınlardan oluşmaktadır. Medeni durumlarına bakıldığında ise kontrol grubundakilerin yüzde %70.2’si, eğitim grubundakilerin %78.9’u evlidir. Kontrol grubunda bulunan hastaların %66.7’si, eğitim grubunda bulunan hastaların ise %57.9’u ilkokul mezunudur. Kontrol grubundaki hastaların %38.6’sı, eğitim grubundaki hastaların %49.1’i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %57.9’unda, eğitim grubundaki hastaların %71.9’unda ailede hipertansiyon geçmişi öyküsü vardır. Ailede hipertansiyon öyküsüne sahip en az bir kişinin varlığı kontrol grubunda %54.8, eğitim grubunda %46.3’dür. Kontrol grubundaki hastaların %50.9’u, eğitim grubundaki hastaların %59.6’sı en az on yıldır hipertansiyon hastasıdır. Kontrol grubundaki hastaların %94.7’sinde, eğitim grubundaki hastaların %98.2’sinde hipertansiyona bağlı gelişen başka hastalığı bulunmamaktadır. Reçeteli en az bir çeşit antihipertansif ilaç kullanma durumları kontrol grubunda yer alan hastalarda %77.2, eğitim grubundaki hastalarda ise %80.7’dir. Kontrol grubundaki hastaların hipertansiyon için düzenli kontrole gitmeme düzeyleri %70.2, eğitim grubundaki hastalarda ise %77.2’dir. Kontrol grubundaki hastaların %66.7’si, eğitim grubundaki hastaların %46.2’si hipertansiyon kontrollerini yaptırmak için yılda bir kez doktor kontrolüne gitmektedir. Kontrol grubundaki hastaların %63.2’sinde, eğitim grubundaki hastaların %56.1’inde varolan başka kronik hastalıklar söz konusudur. Eğitim ve kontrol gruplarına yöneltilen günlük tuz tüketimi sorusunda dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$). Hastaların günlük tuz tüketimlerine bakıldığında, kontrol grubundaki hastaların %17.5’i, eğitim grubundaki hastaların %3.5’i yemeklerinde tuz kullanmamaktadır. Yemeğine tuz eklemeyen önce yemeğin tadına bakma durumları kontrol grubunda %75.4, eğitim grubunda %61.4’tür. Yemeğin tadına bakmaksızın direkt tuz ekleme durumları ise kontrol grubunda %5.3, eğitim grubunda %14’tür. Kontrol grubundaki hastaların %1.8’i, eğitim grubundaki

hastaların %21.1'i tuz eklemeyen yemek yiyememektedir. Katılımcıların sosyal sağlık güvenceleri değerlendirildiğinde, kontrol grubundaki hastaların %61.4'ü, eğitim grubundaki hastaların ise %54.4'ü Sosyal Sigortalar Kurumu'ndan emekli olmuştur. Kontrol grubundaki hastaların %1.8'inin, eğitim grubundaki hastaların %1'inin sosyal sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

Sonuç olarak, günlük tuz tüketiminin değerlendirildiği soru hariç kontrol ve eğitim gruplarına ait sosyo-demografik özelliklerin birbirine benzer dağılımda olduğu görülmektedir ($p>0.05$). Bu durum da elde edilen sonuçların güvenilirliği artırması açısından önem arz etmektedir.



Tablo 4.1. Araştırma gruplarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması

	Kontrol		Eğitim		Toplam		Test ist.	p
	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)	Frekans (n)	Yüzde (%)		
Yaş Grubu								
≤60	24	42.1	30	52.6	54	47.4	1.267	0.260*
>60	33	57.9	27	47.4	60	52.6		
Cinsiyet								
Kadın	31	54.4	33	57.9	64	56.1	0.143	0.706*
Erkek	26	45.6	24	42.1	50	43.9		
Medeni Durum								
Evli	40	70.2	45	78.9	85	74.6	0.740	0.390**
Bekar/Dul	17	29.8	12	21.1	29	25.4		
Eğitim Durumu								
İlkokul	38	66.7	33	57.9	71	62.3	4.854	0.183*
Ortaokul	8	14	4	7	12	10.5		
Lise	5	8.8	12	21.1	17	14.9		
Yüksek Okul ve Üniversite	6	10.5	8	14	14	12.3		
Mesleki Durum								
Çalışmıyor	22	38.6	28	49.1	50	43.9	4.758	0.093*
Çalışıyor	9	15.8	14	24.6	23	20.2		
Emekli	26	45.6	15	26.3	41	36		
Ailede Hipertansiyon Geçmişi								
Evet	33	57.9	41	71.9	74	64.9	1.887	0.170**
Hayır	24	42.1	16	28.1	40	35.1		
Ailede Hipertansiyon Geçmişi Olan Bireylerin Ailesinde Hipertansiyon Olan Kişi Sayısı								
1	17	54.8	19	46.3	36	50	3.848	0.278*
2	10	32.3	16	39	26	36.1		
3	1	3.2	5	12.2	6	8.3		
4	3	9.7	1	2.4	4	5.6		
Hipertansiyon Süresi								
3 Yıldan Az	11	19.3	11	19.3	22	19.3	1.397	0.845*
3 Yıl	5	8.8	4	7	9	7.9		
5 Yıl	11	19.3	7	12.3	18	15.8		
5-10 Yıl Arası	1	1.8	1	1.8	2	1.8		
10 Yıldan fazla	29	50.9	34	59.6	63	55.3		
Hipertansiyona Bağlı Gelişen Ek Hastalık Varlığı								
Evet	3	5.3	1	1.8	4	3.5	----	---
Hayır	54	94.7	56	98.2	110	96.5		
Reçeteli Antihipertansif Sayısı								
1 Çeşit	44	77.2	46	80.7	90	78.9	1.088	0.580*
2-3 Çeşit	12	21.1	11	19.3	23	20.2		
4 Çeşit ve Daha Fazla	1	1.8	0	0	1	0.9		
Hipertansiyon İçin Düzenli Kontrole Gitme								
Evet	17	29.8	13	22.8	30	26.3	0.407	0.523**
Hayır	40	70.2	44	77.2	84	73.7		
Kontrole Gitme Sıklığı								
3 Ayda Bir	4	19	2	15.4	6	17.6	2.630	0.268*
6 Ayda Bir	3	14.3	5	38.5	8	23.5		
Yılda Bir	14	66.7	6	46.2	20	58.8		

Tablo 4.1. Araştırma gruplarının tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı ve karşılaştırılması (devamı)

Var olan Başka Kronik Hastalık								
Evet	36	63.2	32	56.1	68	59.6	0.328	0.567**
Hayır	21	36.8	25	43.9	46	40.4		
Günlük Tuz Tüketimi								
Yemeklerde tuz kullanmıyorum.	10	17.5a	2	3.5b	12	10.5	17.73 4	<0.001*
Yemeğin tadına bakar, öyle tuz eklerim.	43	75.4	35	61.4	78	68.4		
Yemeklerin tadına bakmadan direk tuz eklerim.	3	5.3	8	14	11	9.6		
Yemeğime tuz eklemeyen yemek yiyemem.	1	1.8a	12	21.1b	13	11.4		
Sağlık Sigortası Türü								
Emekli Sandığı	9	15.8	16	28.1	25	21.9	7.518	0.111*
SSK	35	61.4	31	54.4	66	57.9		
Bağkur	12	21.1	7	12.3	19	16.7		
Yeşilkart	0	0	3	5.3	3	2.6		
Sosyal Güvencesi Yok	1	1.8	0	0	1	0.9		

*Pearson's ki-kare testi. **Yates düzeltilmeli ki-kare testi. a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Tablo 4.2.'de kontrol ve eğitim gruplarının bazı parametrik değerleri karşılaştırılmıştır. Kontrol grubu kilo ortalama değeri 82, eğitim grubu kilo ortalama değeri 75 olarak hesaplanmıştır. Kilo ortalama değerleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.031$). Kontrol grubu sistolik kan basıncı ortalama değeri 140 mmHg, eğitim grubu sistolik kan basıncı ortalama değeri 130 mmHg olarak elde edilmiştir. Kontrol ve eğitim gruplarına göre sistolik kan basıncı ortalama değerleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0.001$). Kontrol grubu ve eğitim grubu diyastolik kan basıncı ortalama değeri aynı olup 80 mmHg olarak saptanmıştır. Kontrol ve eğitim gruplarına göre diyastolik kan basıncı dağılımları anlamlı bir farklılık göstermiştir ($p=0.001$). Kontrol ve eğitim gruplarında diğer özelliklerin dağılımları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2. Kontrol ve eğitim grubunun bazı parametrik değerlerin karşılaştırılması

	Kontrol		Eğitim		Toplam		Test İst.	p
	Ortalama $\pm$ s. sapma	Ortanca (min. - maks.)	Ortalama $\pm$ s. sapma	Ortanca (min. - maks.)	Ortalama $\pm$ s. sapma	Ortanca (min. - maks.)		
Yaş	62.68 $\pm$ 10.71	63 (35 - 92)	60.65 $\pm$ 11.89	60 (36 - 91)	61.67 $\pm$ 11.31	62 (35 - 92)	0.960	0.339**
Boy	1.64 $\pm$ 0.07	1.62(1.5 -1.78)	1.61 $\pm$ 0.07	1.6 (1.45-1.78)	1.63 $\pm$ 0.07	1.62 (1.45 -1.78)	1297.0	0.063*
Kilo	80.65 $\pm$ 11.73	82 (55 - 110)	76.46 $\pm$ 13.35	75 (52 - 124)	78.55 $\pm$ 12.69	79.5 (52 - 124)	1244.0	0.031*
BKI	30.06 $\pm$ 4.19	30.11 (21 - 42)	29.49 $\pm$ 5.19	28.76 (20 - 49)	29.78 $\pm$ 4.7	29.41 (20 - 49)	1419.5	0.245*
Sistolik Kan Basıncı	137.02 $\pm$ 12.67	140 (110 -180)	127.19 $\pm$ 12.78	130 (100 - 150)	132.11 $\pm$ 13.6	130 (100 - 180)	961.5	<0.001*
Diyastolik Kan Basıncı	84.56 $\pm$ 11.03	80 (60 - 100)	78.07 $\pm$ 8.95	80 (70 - 100)	81.32 $\pm$ 10.52	80 (60 - 100)	1042.5	0.001*

*Mann Whitney U testi. **Bağımsız iki örnek t testi

Tablo 4.3.'de kontrol ve eğitim gruplarının her birinin SYBDÖ II'nin alt boyutlarında ön test ve son testten elde edilen ölçek puan ortalama $\pm$ standart sapma ve ortancaları karşılaştırılmıştır. Ölçek alt boyutlarında kontrol ve eğitim grupları karşılaştırıldığında, kontrol grubu ön test sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı ortanca değeri 15, eğitim grubu ön test sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı ortanca değeri 12 olarak saptanmıştır. Bu durum, kontrol ve eğitim gruplarının ön test sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında anlamlı bir farklılık olduğunu göstermektedir ($p=0.006$). Kontrol grubu ön test fiziksel aktivite alt boyutu puanı ortanca değeri 10, eğitim grubu ön test fiziksel aktivite alt boyutu puanı ortanca değeri 8 olarak bulunmuştur. Kontrol ve eğitim gruplarına göre ön test fiziksel aktivite alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0.001$). Kontrol ve eğitim gruplarında SYBDÖ II'nin diğer alt boyutlarına ait ön test puan değerlerinin birbirine yakın olduğu tespit edilmiştir.

Ölçek alt boyutları son test verileri incelendiğinde, kontrol grubu sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı ortanca değeri 14, eğitim grubunda ise 16 olduğu bulunmuştur. Olgu gruplarında ulaşılan sonuçlara göre anlamlı bir etki oluşmadığı anlaşılmıştır ($p=0.107$). Kontrol grubu son test fiziksel aktivite alt boyutu puanı ortanca değeri 9, eğitim grubu son test fiziksel aktivite alt boyutu puanı ortanca değeri 11 olarak elde edilmiştir. Kontrol ve eğitim gruplarına göre son test fiziksel aktivite alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır

($p<0.001$). Kontrol grubu son test beslenme alt boyutu puanı ortanca değeri 22, eğitim grubu son test beslenme alt boyutu puanı ortanca değeri 25 olarak saptanmıştır. Kontrol ve eğitim gruplarının son test uygulamasında beslenme alt boyutu puanı ortanca değerleri karşılaştırıldığında yapılan eğitim çalışmasının istatistiksel olarak anlamlı bir etki oluşturduğu görülmüştür ($p<0.001$). Kontrol grubu son test manevi gelişim alt boyutu puanı ortanca değeri 19, eğitim grubu son test manevi gelişim alt boyutu puanı ortanca değeri 25 olarak hesaplanmıştır. Eğitim ve kontrol gruplarına göre son test manevi gelişim alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Kontrol grubu son test kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanı ortanca değeri 20, eğitim grubuna ait son test kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanı ortanca değeri de 20 olarak saptanmıştır. Kontrol ve eğitim gruplarının son test kişilerarası ilişkiler alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir ($p=0.455$). Kontrol grubu son test stres yönetimi alt boyutu puanı ortanca değeri 11, eğitim grubu son test stres yönetimi alt boyutu puanı ortanca değeri 14 olarak elde edilmiştir. Eğitim ve kontrol gruplarının son test stres yönetimi alt boyutu puanı ortanca değerleri arasında eğitim çalışmasının anlamlı bir farklılık oluşturduğu sonucuna varılmıştır ($p=0.006$). Kontrol grubu son test toplam puan ortanca değeri 98, eğitim grubu son test toplam puan ortanca değeri 113 olarak saptanmıştır. Kontrol ve eğitim gruplarına göre son test toplam puan ortanca değerleri arasında göze çarpan bir farklılık meydana geldiği görülmüştür ($p=0.001$).

Kontrol grubu ön test ve son test sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı farkı ortanca değeri 0 ve eğitim grubu ön test ve son test sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı farkı ortanca değeri -2 olarak hesaplanmıştır. Eğitim ve kontrol gruplarına göre ön test ve son test sağlık sorumluluğu alt boyutu puan farkı ortanca değerleri arasında eğitim uygulaması sonrası sağlık sorumluluğu alt boyutunda anlamlı bir farklılık meydana gelmiştir ($p<0.001$). Elde edilen analiz sonucuna göre, eğitim grubuna verilen eğitim ile hastaların sağlık sorumluluğunda olumlu yönde artış oluşturulduğu görülmektedir. Kontrol grubu ön test ve son test fiziksel aktivite alt boyutu puanı farkı ortanca değeri 0 ve eğitim grubu ön test ve son fiziksel aktivite alt boyutu puanı farkı ortanca değeri -2 olarak saptanmıştır. Kontrol ve eğitim gruplarına göre ön test ve son test fiziksel aktivite alt boyutu puanı farkı ortanca değerleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğu anlaşılmıştır ($p<0.001$). Eğitim grubuna verilen sağlık eğitimi ve danışmanlık hizmeti sonucunda, hastaların fiziksel aktivite düzeylerinde anlamlı bir ivme

kazanıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubu ön test ve son test beslenme alt boyutu puanı farkı ortanca değeri 0 ve eğitim grubu ön test ve son test beslenme alt boyutu puanı farkı ortanca değeri -2 olarak elde edilmiştir. Yapılan eğitim çalışmasının eğitim ve kontrol gruplarına ait ön test ve son test beslenme alt boyutu puanı farkı ortanca değerleri arasında istatistiki yönden anlamlı bir farklılık oluşturduğu bulunmuştur ($p=0.001$). Ulaşılan analiz sonuçlarına göre, yapılan eğitimin hastaların beslenme durumlarını yeniden gözden geçirmelerine olumlu yönde katkı sağladığı, beslenme alışkanlıklarını yeniden şekillendirmelerinde yol gösterici olduğu düşünülmektedir. Kontrol grubu ön test ve son test manevi gelişim alt boyutu puanı farkı ortanca değeri 1 ve eğitim grubu ön test ve son test manevi gelişim alt boyutu puanı farkı ortanca değeri -2 olarak hesaplanmıştır. Gruplara ait ön test ve son test manevi gelişim alt boyutu puanı farkı ortanca değerlerinin olumlu yönde bir farklılık oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Elde edilen sonuç, eğitim grubuna uygulanan eğitimin hastaların manevi gelişim alanlarını olumlu yönde geliştiren bir etki yarattığını göstermektedir. Kontrol grubu ön test ve son test stres yönetimi alt boyutu puanı farkı ortanca değeri 2 ve eğitim grubu ön test ve son test stres yönetimi alt boyutu puanı farkı ortanca değeri -1 olarak elde edilmiştir. Elde edilen sonuçlardan kontrol ve eğitim gruplarının ön test ve son test stres yönetimi alt boyutu puanı farkı ortanca değerlerinin anlamlı farklılık gösterdiği anlaşılmıştır ($p<0.001$). Eğitim sonrası hastaların stres ile başa çıkma becerilerinin iyileştiği, stres yaratan durumların yönetiminde daha etkili yollara başvurdıkları düşünülmektedir. Kontrol grubu ön test ve son test toplam puan farkı ortanca değeri -42 ve eğitim grubu ön test ve son test toplam puan farkı ortanca değeri -61 olarak belirlenmiştir. Bu sonuç, ön test ve son test toplam puan farkı ortanca değerleri arasında verilen eğitimin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğunu göstermektedir ($p<0.001$). Araştırma verilerinin tümünde analiz sonuçlarından elde edilen ortanca değer sonuçlarının eksi (-) değerinde hesaplanması, çalışma verilerinin normallik dağılımı incelendiğinde sola çarpık bir dağılım göstermesinin ve yapılan eğitim uygulamasının başarılı şekilde sonuçlandırıldığı bir kanıtı olarak yorumlanmaktadır. Eğitim ve kontrol gruplarında kişilerarası ilişkiler alt boyutuna ait ön test ve son test puan farkı ortanca değerleri arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.050$).

Tablo 4.3. Kontrol ve eğitim gruplarına göre SYBDÖ II'nin ön test-son test puan ortalama ve ortancaları ile ön test-son test puan farklarının karşılaştırılması

		Kontrol		Eğitim		Test İst.	p
		Ortalama $\pm$ s. sapma	Ortanca (min. - maks.)	Ortalama $\pm$ s. sapma	Ortanca (min. - maks.)		
Ön Test	Sağlık Sorumluluğu	15.58 $\pm$ 4.44	15 (9 - 30)	13.58 $\pm$ 3.41	12 (9 - 25)	1145	0.006*
	Fiziksel Aktivite	11.68 $\pm$ 5.02	10 (8 - 31)	9.04 $\pm$ 1.94	8 (8 - 20)	1055	0.001*
	Beslenme	22.02 $\pm$ 4.02	22 (14 - 31)	22.16 $\pm$ 2.73	23 (14 - 27)	-0.218	0.828**
	Manevi Gelişim	21.35 $\pm$ 4.25	21 (13 - 32)	22.61 $\pm$ 3.16	23 (17 - 30)	-1.802	0.074**
	Kişilerarası İlişkiler	20.35 $\pm$ 4.9	20 (12 - 34)	19.68 $\pm$ 4.27	20 (12 - 33)	1550.5	0.674*
	Stres Yönetimi	14.16 $\pm$ 4.33	13 (10 - 28)	12.67 $\pm$ 2.98	13 (8 - 27)	1353.5	0.122*
	Toplam Puan	61.4 $\pm$ 12.97	58 (45 - 103)	57.6 $\pm$ 8.18	57 (43 - 88)	1445	0.308*
Son Test	Sağlık Sorumluluğu	15.32 $\pm$ 4.8	14 (9 - 30)	16.07 $\pm$ 3.93	16 (9 - 23)	1291.5	0.107*
	Fiziksel Aktivite	10.39 $\pm$ 4.39	9 (8 - 29)	12 $\pm$ 3.26	11 (8 - 19)	873.5	<0.001*
	Beslenme	22.33 $\pm$ 3.38	22 (15 - 31)	24.62 $\pm$ 3.4	25 (17 - 32)	952	<0.001*
	Manevi Gelişim	19.54 $\pm$ 5.03	19 (11 - 35)	24.89 $\pm$ 4.62	25 (15 - 32)	669.5	<0.001*
	Kişilerarası İlişkiler	20.12 $\pm$ 4.79	20 (11 - 34)	20.76 $\pm$ 4.23	20 (11 - 31)	-0.75	0.455**
	Stres Yönetimi	11.95 $\pm$ 3.39	11 (7 - 22)	13.87 $\pm$ 3.88	14 (7 - 22)	1095	0.006*
	Toplam Puan	101.86 $\pm$ 21.23	98 (73 - 163)	114.45 $\pm$ 20.51	113 (74 - 161)	988	0.001*
Ön Test - Son Test (değişim durumu)	Sağlık Sorumluluğu	0.26 $\pm$ 2.56	0 (-6 - 6)	-2.69 $\pm$ 3.82	-2 (-11 - 5)	4.791	<0.001*
	Fiziksel Aktivite	1.3 $\pm$ 2.38	0 (-1 - 9)	-3.04 $\pm$ 2.84	-2 (-11 - 1)	239.5	<0.001*
	Beslenme	-0.32 $\pm$ 2.66	0 (-7 - 7)	-2.24 $\pm$ 3.33	-2 (-10 - 6)	992.5	0.001*
	Manevi Gelişim	1.81 $\pm$ 2.94	1 (-4 - 11)	-2.33 $\pm$ 3.74	-2 (-11 - 6)	603	<0.001*
	Kişilerarası İlişkiler	0.23 $\pm$ 2.66	0 (-5 - 8)	-1.16 $\pm$ 3.37	-1 (-9 - 6)	1237.5	0.053*
	Stres Yönetimi	2.21 $\pm$ 2.24	2 (-4 - 7)	-1.35 $\pm$ 3.41	-1 (-9 - 5)	639.5	<0.001*
	Toplam Puan	-40.46 $\pm$ 11.75	-42 (-68 - -15)	-57.13 $\pm$ 17.1	-61 (-88 - -26)	737.5	<0.001*

*Mann Whitney U testi. **Bağımsız iki örnek t testi

Tablo 4.4.'de kontrol ve eğitim gruplarında grup ve zamana göre SYBDÖ II'nin alt boyutları değerlendirildiğinde; en yüksek sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı ortanca değeri 17 olarak eğitim grubu son test sağlık sorumluluğu alt boyutu puanında elde edilmişken en düşük sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı ortanca değeri eğitim grubu ön test değerlendirmesinde 12 olarak elde edilmiştir. Gruplarda ön test sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ortancası 14, son test sağlık sorumluluğu alt boyutu toplam puanı ortancası 15 olarak hesaplanmıştır. Grup ana etkisi sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p=1.000$). Zaman ana etkisi sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı üzerine anlamlı etki yarattığı saptanmıştır ($p=0.011$). Grup ve Zaman etkileşimi sağlık sorumluluğu alt boyutu puanı üzerine anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir ($p<0.001$).

Tablo 4.4. Grup ve zamana göre sağlık sorumluluğu alt boyutu puanının karşılaştırılması

Zaman	Kontrol	Eğitim	Toplam	Grup	Zaman	Grup x Zaman
Ön Test	15 (9 - 30) ^{AB}	12 (9 - 25) ^A	14 (9 - 30)			
Son Test	14 (9 - 30) ^{AB}	17 (9 - 23) ^B	15 (9 - 30)	0.000; 1.000*	6.430; 0.011*	14.970; <0.001*
Toplam	15 (9 - 30)	14 (9 - 25)	14 (9 - 30)			

A-B: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.5'te kontrol ve eğitim gruplarının fiziksel aktivite alt boyutuna ait ortanca puan değerleri karşılaştırıldığında; en yüksek fiziksel aktivite alt boyutu puanı ortanca değeri 11 olarak eğitim grubu son test fiziksel aktivite alt boyutu puanında elde edilmişken en düşük fiziksel aktivite alt boyutu puanı ortanca değeri eğitim grubu ön test değerlendirmesinde 8 olarak bulunmuştur. Grup ana etkisi ($p=1.000$) ve zaman ana etkisi ($p=0.060$)'nin fiziksel aktivite alt boyutu puanı üzerine anlamlı bir etki oluşturmadığı görülmüştür. Ancak Grup ve Zaman etkileşiminin fiziksel aktivite alt boyutu puanı üzerinde anlamlı ilişki meydana getirdiği saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 4.5. Grup ve zamana göre fiziksel aktivite alt boyutu puanının karşılaştırılması

Zaman	Kontrol	Eğitim	Toplam	Grup	Zaman	Grup x Zaman
Ön Test	10 (8 - 31) ^{AB}	8 (8 - 20) ^C	9 (8 - 31)			
Son Test	9 (8 - 29) ^{AC}	11 (8 - 19) ^B	10 (8 - 29)	0.000; 1.000*	3.539; 0.060*	21.3831; <0.001*
Toplam	9 (8 - 31)	10 (8 - 20)	9 (8 - 31)			

*Robust iki yönlü varyans analizi A-C: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.6’da kontrol ve eğitim gruplarının beslenme alt boyutuna ait ortalama değerleri karşılaştırıldığında; en yüksek beslenme alt boyutu puanı ortalama değerini eğitim grubu son test uygulamasında 25 olarak hesaplanmış olup en düşük beslenme alt boyutu puanı ortalama değeri kontrol grubu ön test ve son test değerlendirmesinde 22 olarak saptanmıştır. Grup ana etkisi beslenme alt boyutu puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.002$). Zaman ana etkisi beslenme alt boyutu puanı üzerine bir etki oluşturmadığı görülmüştür ($p=0.125$). Grup ve Zaman etkileşiminin ise beslenme alt boyutu puanı üzerinde anlamlı bir etki meydana getirdiği belirlenmiştir ($p=0.036$).

Tablo 4.6. Grup ve zamana göre beslenme alt boyutu puanının karşılaştırılması

Zaman	Kontrol	Eğitim	Toplam	Grup	Zaman	Grup x Zaman
Ön Test	22 (14 -31) ^A	23 (14 - 27) ^A	22.5 (14 - 31)			
Son Test	22 (15 -31) ^A	25 (17 - 32) ^B	23 (15 - 32)	9.436; 0.002*	2.359; 0.125*	4.421; 0.036*
Toplam	22 (14 - 31)	24 (14 - 32)	23 (14 - 32)			

*Robust iki yönlü varyans analizi A-B: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.7’de kontrol ve eğitim grupları manevi gelişim alt boyutu ortalama puan değerleri grup ve zamana göre karşılaştırıldığında, en yüksek manevi gelişim alt boyutu puanı ortalama değeri 25 olarak eğitim grubuna ait son test uygulamasında elde edilmiştir. En düşük manevi gelişim puanı ortalama değeri kontrol grubu son testinde 19 olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubu manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 20, eğitim grubu manevi gelişim alt boyutu toplam puanı ortalama değeri 24 olarak belirlenmiştir. Grup ana etkisi manevi gelişim alt boyutu puanı üzerinde anlamlı bir etki oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Zaman ana etkisi ise manevi gelişim alt boyutu puanı üzerine istatistiksel yönden anlamlı etkisi bulunmamıştır ($p=1.000$). Grup ve Zaman etkileşimi değerlendirildiğinde ise, manevi gelişim alt boyutu puanı üzerinde anlamlı etki yarattığı görülmüştür ($p=0.018$).

Tablo 4.7. Grup ve zamana göre manevi gelişim alt boyutu puanının karşılaştırılması

Zaman	Kontrol	Eğitim	Toplam	Grup	Zaman	Grup x Zaman
Ön Test	21 (13 -32) ^{AB}	23 (17 - 30) ^B	22 (13 - 32)			
Son Test	19 (11 - 35) ^A	25 (15 - 32) ^C	22 (11 - 35)	19.750; <0.001*	0.000; 1.000*	5.631; 0.018*
Toplam	20 (11 - 35)	24 (15 - 32)	22 (11 - 35)			

*Robust iki yönlü varyans analizi A-C: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.8.'de kontrol ve eğitim grupları kişiler arası ilişkiler alt boyutu ortanca puan değerleri grup ve zamana göre karşılaştırıldığında, grup ana etkisi ve zaman ana etkisinin ayrı ayrı değerlendirmesi yapılmış, kişiler arası ilişkiler alt boyutu puanı üzerine her iki etki grubunun da anlamlı etki meydana getirmediği saptanmıştır (Grup ana etkisi $p=1.000$, Zaman ana etkisi $p=1.000$). Grup ve Zaman etkileşimi kişiler arası ilişkiler alt boyutu puanı üzerine etkisi istatistiki olarak anlamlı olmadığı anlaşılmıştır ($p=1.000$).

Tablo 4.8. Grup ve zamana göre kişiler arası ilişkiler alt boyutu puanının karşılaştırılması

Zaman	Kontrol	Eğitim	Toplam	Grup	Zaman	Grup x Zaman
Ön Test	20 (12 - 34)	20 (12 - 33)	20 (12 - 34)			
Son Test	20 (11 - 34)	20 (11 - 31)	20 (11 - 34)	0.000; 1.000*	0.000; 1.000*	0.000; 1.000*
Toplam	20 (11 - 34)	20 (11 - 33)	20 (11 - 34)			

*Robust iki yönlü varyans analizi

Tablo 4.9'da kontrol ve eğitim grupları stres yönetimi alt boyutu ortanca puan değerleri grup ve zamana göre karşılaştırıldığında, kontrol grubu stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ortanca değeri 12, eğitim grubu stres yönetimi alt boyutu toplam puanı ortanca değeri 13 olarak saptanmıştır. Grup ana etkisinin stres yönetimi alt boyutu puanı üzerinde anlamlı etki oluşturduğu görülmesine rağmen ($p=0.021$), Zaman ana etkisinin stres yönetimi alt boyutu puanı üzerine anlamlı etki oluşturmadığı ($p=0.443$) sonucuna varılmıştır. Ancak Grup ve Zaman etkileşimi değerlendirmesi yapıldığında, stres yönetimi alt boyutu puanında istatistiki yönden anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p=0.01$).

Tablo 4.9. Grup ve zamana göre stres yönetimi alt boyutu puanının karşılaştırılması

Zaman	Kontrol	Eğitim	Toplam	Grup	Zaman	Grup x Zaman
Ön Test	13 (10 - 28) ^{AB}	13 (8 - 27) ^{AB}	13 (8 - 28)			
Son Test	11 (7 - 22) ^A	14 (7 - 22) ^B	12 (7 - 22)	5.308; 0.021*	0.590; 0.443*	6.615; 0.010*
Toplam	12 (7 - 28)	13 (7 - 27)	12 (7 - 28)			

*Robust iki yönlü varyans analizi A-B: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

Tablo 4.10'da kontrol ve eğitim gruplarının SYBDÖ II'ye ait ölçek toplam puanlarının grup ve zaman etkisine göre ortanca puan değerleri karşılaştırıldığında; ön test toplam puan ortanca değeri 57, son test toplam puan ortanca değeri 104 olarak

hesaplanmıştır. En yüksek toplam ortalama puan değeri eğitim grubu son test toplam puanında 113 olarak saptanmışken, en düşük toplam ortalama puan değeri eğitim grubu ön test uygulamasında 57 olarak bulunmuştur. Kontrol grubu toplam puanı ortalama değeri 80, eğitim grubu toplam puanı ortalama değeri 73.5 olarak elde edilmiştir. Grup ana etkisinin toplam puan üzerinde anlamlı bir etki oluşturduğu anlaşılmıştır ($p=0.034$). Zaman ana etkisi toplam puanı da istatistiksel yönden anlamlı olduğu şeklinde değerlendirilmiştir ($p<0.001$). Grup ve Zaman etkileşimi toplam puanının anlamlı bir fark meydana getirdiği saptanmıştır ($p<0.001$). Elde edilen sonuçlar, yapılan eğitim çalışmasının yerinde bir uygulama olduğu, hastaların bu gibi eğitim ve izlem çalışmalarına daima ihtiyaç duyduklarını gösteren kanıt niteliğinde bilimsel veriler olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 4.10. Grup ve zamana göre ölçek toplam puanının karşılaştırılması

Zaman	Kontrol	Eğitim	Toplam	Grup	Zaman	Grup x Zaman
Ön Test	58 (45 - 103) ^A	57 (43 - 88) ^A	57 (43 - 103)			
Son Test	98 (73 - 163) ^B	113 (74 - 161) ^C	104 (73 - 163)	4.496; 0.034*	211.399; <0.001*	26.910; <0.001*
Toplam	80 (45 - 163)	73.5 (43 - 161)	79 (43 - 163)			

*Robust iki yönlü varyans analizi

A-C: Aynı harfe sahip etkileşimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır.

5.TARTIŞMA

Hipertansiyon yönetiminin iyileştirilmesi, kanıta dayalı hipertansiyon yönetimi kılavuzlarında ifade edilmektedir (Arıcı vd., 2015; Volpe et al., 2019; Unger et al., 2020; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2022) . Ancak tek başına bu bilgiler, bireylerde özyeterlilik ve özdenetim oluşturulmasının sağlanmasında, bireyin hipertansiyon yönetiminin iyileştirilmesinde, hipertansiyona bağlı mortalite ve morbidite oranlarının azaltılmasında yeterli olmamaktadır. Varolan kanıta dayalı bilgilerin hastanın düzeyine indirgenerek sunulması, hastanın birebir görüşmelerle izlem ve değerlendirmesinin yapılması, hastanın hipertansiyon yönetiminde etkin rol almasına teşvik edilmesi ve yaşam düzenlemeleri yoluyla hastalıkla barışık yaşamının sağlanmasında hasta eğitim programlarının payı da literatürde yadsınamayacak kadar önemli düzeyde yer tutmaktadır (Brown, 2017; Ekim, 2018; Günay ve Sivrikaya, 2020). Hasta sağlık eğitimi programlarını önplana alıp özyeterlilik desteği sağlayarak hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinme düzeylerini incelemeyi hedefleyen araştırmaya ait sonuçlar literatür bilgileri ile 3 başlık altında tartışılmıştır.

- 1- Hipertansiyon Hastalarının Sosyo-Demografik ve Bazı Parametrik Bulgularının Tartışılması
- 2- Hipertansiyon Hastalarında SYBDÖ II'ye Ait Ön Test - Son Test Puan Farklarının Tartışılması
- 3- Hipertansiyon Hastalarında SYBDÖ II'ye Ait Alt Boyutların Ön Test -Son Test Puanların Grup ve Zamana Göre Değişiminin Tartışılması

5.1. Hipertansiyon Hastalarının Sosyo-Demografik ve Bazı Parametrik Bulgularının Tartışılması

Kontrol ve eğitim gruplarına ait sosyo-demeografik özellikler Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Alanyazında hipertansiyonun genellikle ileri yaşlarda gelişen bir hastalık olduğu bildirilmektedir (Akın, 2017; Ünver, 2019). Çalışmamızda, sosyodemografik özellikleri incelenen toplam olguların %52.6'sı 60 yaş üzeridir. Araştırma grubunun yaş ortalaması 61.67 ± 11.31 yıl olarak hesaplanmıştır. Oğuz ve ark. (2019)'nın yetişkin hipertansiyon hastalarının diyet ve ilaç tedavisine uyum düzeylerini inceledikleri araştırmalarında yaş ortalaması 62.9 ± 1.15 yıl olarak ifade edilmiştir. Akan Deniz ve ark. (2020)'nin yetişkin hipertansiyon hastalarının bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumlarını değerlendirdikleri araştırmada ise yaş ortalaması 56.6 ± 9.6 yıl olarak bildirilmiştir.

Hipertansiyon tanısı alma durumu, cinsiyet faktöründe incelendiğinde kadınların hipertansiyon tanısını daha fazla aldığını söyleyebiliriz. Burada en önemli sebebin, ilerleyen yaşla birlikte görülen postmenopozal değişikliklere eşlik eden anormal yağ dağılımı ve buna bağlı görülen ateroskleroz, tuz tüketimine duyarlılık, kilo almaya yatkınlık ve obezitenin kadın popülasyonunda daha fazla görülmesi ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Araştırmaya katılan yetişkin hastaların %56.1'i kadın, %43.9'u erkektir. Giena ve ark. (2018) tarafından yetişkin hipertansiyon hastalarının sağlığı geliştiren davranışlarının irdelendiği çalışmada katılımcıların %58.9'u kadın, %41.1'i erkektir. Ergün Arslantaş ve ark. (2019)'nın yetişkin hipertansif hastaların hipertansiyona ilişkin tutum ve davranışlarını inceledikleri araştırmada olguların %55'i kadın, %45'i erkek bireylerden oluşmaktadır. Akan Deniz ve ark. (2020)'nin yürüttüğü araştırmada ise yetişkin olguların %50.3'ü kadın, %49.7'si erkek olarak saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan yetişkin hastaların %74.6'sı evlidir. Oğuz ve ark. (2019) tarafından yapılan araştırmada hastaların %82'si evlidir. Emre ve ark.(2020)'nin yürüttüğü yetişkin hipertansiyon hastalarında ilaç tedavisine uyumun yaşam kalitesine ve sağlık algısına etkisini araştırdıkları çalışmada katılımcıların %81.2'si evlidir.

Ayodapo ve ark. (2020) tarafından yapılan yetişkin hipertansif hastaların hasta eğitimi ve ilaç uyumu araştırmasında olgularının %83.1'inin evli olduğu bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarımız alanyazın ile benzerlik göstermekte olup hastaların çoğunluğunun evli olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan yetişkin hastaların eğitim durumları ele alındığında, hastaların %62.3'ü ilkokul mezunu, %12.3'ü en az yüksekokul düzeyinde eğitim almıştır. Giena ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada olgularının %37.2'si ilkokul, %14.1'i ise yüksekokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu ifade edilmiştir. Erci ve ark. (2018)'nin yetişkin hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumu ve yaşam kalitesine etki eden faktörleri inceledikleri çalışmada olguların %23.9'u ilkokul, %34.5'i üniversite düzeyinde eğitim almıştır. Emre ve ark. (2020)'nin çalışmasında yetişkin katılımcıların %62.4'ü ilkokul, %14.5'inin yüksekokul ve üzerinde eğitime sahip olduğu görülmüştür. Araştırma bulguları ve alanyazın bilgilerinde, düşük eğitim düzeyi ile hipertansiyon arasında doğrudan ilişki olduğu, eğitim düzeyi arttıkça hipertansiyona yakalanma oranının da azalabileceği bilinmektedir (Erci vd., 2018). Çünkü eğitim seviyesi azaldıkça hastaların ilaç tedavisini doğru uygulama, hastalık yönetimi hakkında kararlar alabilme, sağlık bilgilerini kavrama, değerlendirme, süreç yönetimi yetisinde de azalma görülmesi beklenen bir sonuçtur (Emre vd. 2020).

Hipertansiyon hastalarının fiziksel aktiviteden uzak, monoton hayat akışı içinde sedanter yaşam sürdürmesi, hipertansiyonun ortaya çıkışında kolaylaştırıcı rol oynadığı bilinmektedir. Araştırmamızdaki olguların %43.9'u herhangi bir işte çalışmamaktadır. Ergün Altıntaş ve ark. (2019)'nin yürüttüğü çalışmada bireylerin %61.5'inin çalışmadığı ifade edilmiştir. Akan Deniz ve ark. (2020)'nin araştırmasında katılımcıların %61.7'sinin çalışmadığı bildirilmiştir. Araştırma sonuçlarımız literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Aile öyküsünde hipertansiyon tanısı almış birey bulunmasının (genetik aktarım yolu ile), hipertansiyon gelişimine zemin hazırlayan/yatkınlığı arttıran etkili bir faktördür. Çalışmamızda aile geçmişinde hipertansiyon öyküsüne sahip olan birey varlığı sorgulanmış ve olguların %64.9'unun ailesinde hipertansiyon öyküsü olduğu, çalışmada yer alan hastaların %50'sinde ailesinde hipertansiyon tanısı almış en az yetişkin 1 kişi bulunduğu saptanmıştır. Şahin ve Biçer (2015) tarafından yetişkin

hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının irdelendiği araştırmada ailede hipertansiyon öyküsü varlığı %78.1 olarak bildirilmiştir. Oğuz ve ark. (2019)'nın yaptığı araştırmada yetişkin hastaların %55.2'sinde ailede hipertansiyon öyküsü bulunmaktadır. Emre ve ark. (2020)'nin araştırmasına katılan yetişkin hastaların % 71.8'inde ailede hipertansiyon tanısı alan birey olduğu ifade edilmiştir. Araştırma sonuçlarının literatür bilgileri ile örtüşmektedir.

Hipertansiyonun kronik bir hastalık olması, yavaş seyirli olması, vücutta meydana getirdiği değişimlerin uzun zaman içinde gerçekleşmesi sebebiyle tanı alan hastaların uzun süre hipertansiyonla yaşadıkları görülmektedir. Çalışmamızda hipertansiyonla yaşam süresi 10 yıl üstü olan hasta oranı %55.3'dür. Sevinç ve ark. (2019)'nın yetişkin hipertansiyon hastalarında polifarmasi ve etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmada ise 10 yıl üstü hastalık süresi %64.4 olarak bildirilmiştir. Erci ve ark. (2018)'nin çalışmasında ise bu oran %18.3 olarak saptanmıştır.

Çalışmamızda bir çeşit antihipertansif ilaç kullanım durumu %78.9 olarak tespit edilmiştir. Erci ve ark. (2018)'nin araştırmasında bu oran %58.4 olarak saptanmıştır. Aşiret ve Okatan (2019) tarafından yapılan yetişkin hipertansiyon hastalarının ilaç uyum düzeyleri ile spirüüel iyi oluşları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada bir çeşit antihipertansif ilaç kullanma durumu %86.4 olarak bildirilmiştir. Araştırmamızda hastaların %73.7'si hipertansiyon için düzenli doktor kontrolüne gitmemektedir. Akan Deniz ve ark. (2020)'nin araştırmasında olguların %57'si düzenli kontrollerini yaptırmadıkları görülmüştür. Araştırma grubundaki hastaların hipertansiyon için doktor kontrolüne gitme sıklığı %58.8 (yılda bir kez) olarak saptanmıştır. İşcan Ayyıldız ve Ergüney (2017)'in yetişkin hipertansiyon hastalarının yaşam doyumu ve bunları etkileyen faktörleri irdeledikleri çalışmalarında hastaların hipertansiyon için doktor kontrolüne gitme oranları %23.5 (yılda bir kez) olarak bildirilmiştir. Burada hastaların daha çok biten ilaçlarını reçeteletmek için doktora gittikleri düşünülmektedir. Araştırma sonucu ve alanyazın bilgisi doğrultusunda, hastaların hipertansiyon kontrolü için doktora başvurma sıklıklarının uzun zaman aralıkları ile gerçekleştiği görülmektedir. Elde edilen bu sonuçlar, hastaların hipertansiyona gösterdiği önem ve özenin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Bu duruma, tanı alan bireylerinin çoğunluğunun ileri yaşta olması, araştırmaya katılanlar arasında emekli birey sayısının fazla olması,

hipertansiyonun ciddi bir kronik hastalık olarak değerlendirilmemesi, alışlagelen yaşam alışkanlıklarının değiştirilmek istenmemesi veya bunun için gereken motivasyon ve desteğe sahip olunmaması, yetersiz özyeterliliğe sahip olunmasının yol açtığı düşünülmektedir. Bunların sonucu olarak da hastaların hipertansiyon özyönetiminin kötü olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamızda hipertansiyon dışında kronik bir hastalığa sahip olma durumu olgularda %59.6'dır. Sevinç ve ark. (2018) çalışmalarında bu oranı %50 olarak bildirmiştir. Akan Deniz ve ark. (2020) ise %76.7 olarak ifade etmişlerdir. Vücutta hipertansiyona eşlik eden başka kronik hastalık varlığı, hipertansiyonun kontrol altına alınmasının ve özyönetim oluşturulmasının önündeki önemli engellerden biri olarak değerlendirilmektedir.

Araştırmamızda hastaların görüşme sırasında beslenme düzeninde zaman zaman gereken hassasiyeti gösteremediklerini ifade etmelerine rağmen tuz tüketimi konusunda dikkatli davrandıkları görülmektedir. Ancak hastaların %11.4'ü tuz eklemeyen yemek yiyemediğini ifade etmiştir. Sevinç ve ark. (2018)'nin çalışmasında hastaların %27.8'inin diyetlerinde tuz kısıtlaması uygulamadıkları bildirilmiştir. Araştırma sonucumuzun düşük olması sebebiyle hastaların tuz tüketimi konusunda hassas davrandıkları düşünülmüştür. Hipertansiyon hastalarının hipertansiyon ile tuz tüketimi arasındaki ilişkiye dair farkındalığa sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Çalışmamıza katılan olguların %99.1'inin sosyal güvencesi (emekli sandığı, yeşilkart, bağkur vb.) bulunmaktadır. Erci ve ark. (2018)'nin araştırmasında yetişkin hastaların %97'si sosyal güvenceye sahiptir. Sevinç ve ark. (2019)'nin yürüttüğü çalışmada yetişkin olguları %98.1'inin herhangi bir grupta sosyal güvenceye sahip olduğu görülmektedir. Bu durum ülkemizde uygulanan sağlık politikası gereği her ferdin sosyal sağlık güvencesine sahip olmaya önem verdiğini göstermektedir. Bireylerin genç yaşlardayken sosyal güvence edinmeye yöneldikleri, yaşlanmayla beraber ortaya çıkacak sağlık sorunlarında sağlık harcamalarını bu sosyal güvenceler vasıtasıyla karşılamayı düşündükleri anlaşılmaktadır.

Araştırmamızda olguların beden kütle indeksi değeri $29.78 \pm 4.7 \text{ kg/m}^2$ olarak hesaplanmıştır. Beden kütle indeksi değerinden de anlaşılabacağı üzere hastalar beden

kütle indeksi sınıflamasına göre fazla kilolu/preobez olarak değerlendirilmektedir. Sarıkaya ve Kümet (2021) ise araştırma grubunun beden kütle indeksini 28.7 ± 3.6 kg/m² olarak bildirmişlerdir. Badır (2017), beden kütle indeksinin 27 kg/m² ve üzerinde olmasının kan basıncı yükselmesi ile ilişkili olduğunu ifade etmektedir. Preobez/obez kişilerin bir kilogram vermesinin kan basıncında 1.6-1.3 mmHg azalma sağlayabileceği, kilo kontrolü oluşturmaya egzersizin de eklenmesi halinde kan basıncında daha fazla düşüş elde edilebileceği bildirilmektedir. Ergün Arslantaş ve ark. (2019)'nın yürüttüğü araştırmada, BKİ değeri ile hipertansiyon kontrolü sağlamanın ilişkili olduğu, vücut yağ miktarı arttıkça kan basıncı düzeyi yükselmesinin de doğru orantılı olarak arttığı ifade edilmektedir. Vücut genelinde artan yağ doku sebebiyle hipertansiyonun kontrol altında tutulmasının zorlaşacağı düşünülmektedir (Cohen, 2017; Fantin et al., 2019).

Araştırma sonucuna göre bireylerin toplam sistolik kan basıncı ortalama değeri 132.11 ± 13.6 mmHg, diyastolik kan basıncı toplam ortalama değeri 81.32 ± 10.52 mmHg olarak hesaplanmıştır. Sistolik kan basıncı değeri uluslararası kılavuzlara göre yükselmiş/prehipertansiyon kan basıncı olarak, diyastolik kan basıncı ise normal/prehipertansiyon olarak değerlendirilmektedir. Bakan ve İnci (2021) çalışmalarında sistolik kan basıncı ortalama değerini 130.97 ± 16.08 mmHg, diyastolik kan basıncı ortalama değerini 72.23 ± 12.48 mmHg olarak bildirmişlerdir. Sarıkaya ve Kümet (2021) ise, sistolik kan basıncı ortalama değerini 141.0 ± 16.3 mmHg, diyastolik kan basıncı ortalama değerini 85.6 ± 10.8 mmHg olarak saptamıştır. Araştırma bulgularımıza göre, hastaların sistolik ve diyastolik kan basıncı ortalama değerlerinin antihipertansif ilaç kullanmalarına rağmen prehipertansiyon evresi değer aralıklarında olduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle, hastaların sadece ilaç tedavisi olarak hipertansiyonu uzun vadede kontrol altında tutamayacakları ve hastalıkla barışık yaşamalarının mümkün olmayacağı anlaşılmaktadır.

Yapılan tartışmalar sonucunda araştırma kapsamında değerlendirilen sosyodemografik özelliklerin alanyazın içerisinde yer alan kaynaklar ile uyumluluk gösteriyor olması, çalışma sonuçlarının güvenilirliği için önem arzettiği düşünülmektedir.

5.2. Hipertansiyon Hastalarında SYBDÖ II'ye Ait Ön Test - Son Test Puan Farklarının Tartışılması

Sağlıklı yaşam biçimi, sağlık üzerine etki oluşturan tüm davranış ve günlük aktivitelerin birey tarafından kontrol edilmesi, düzenlenmesi ve bireyin kendi sağlık düzeyine uygun davranış seçimleri yapmasıdır (Şahin ve Biçer, 2015). Hipertansiyon hastalarının da gereken bu davranış değişikliklerini oluşturmaları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ile mümkün olacaktır. Çalışmamızda yer alan eğitim ve kontrol grubu olgularımızın eğitim ve izlem süreci öncesi ve sonrasındaki durumlarına ait SYBDÖ II için ön test - son test puanların karşılaştırması Tablo 4.3.'te sunulmuştur.

Kontrol ve eğitim grupları arasında SYBDÖ II'nin ölçek puan ortalamalarına bakıldığında; yapılan karşılaştırma testi sonucuna göre SYBDÖ II ölçek toplam puanlarının ön test uygulamasında kontrol ve eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Tablo 4.3). Araştırma gruplarının benzer özellik göstermesi, sonuçların güvenilirliği bakımından önemli bir bulgudur.

Kontrol grubunda bireylerin SYBDÖ II ön test toplam ortalama puanı 61.4 ± 12.97 ve son test ortalama puan ise 101.86 ± 21.23 'dür. Eğitim grubundaki bireylerin SYBDÖ II ön test toplam ortalama puanı 57.6 ± 8.18 ve son test toplam ortalama puanı ise 114.45 ± 20.51 'dir. SYBDÖ II ön test puanları birbirine benzerdir. Ancak yapılan eğitim sonrasında grupların son test puanlarında farklılık meydana geldiği tespit edilmiştir. Eğitim grubunun ön test- son test puan ortalamaları arasında anlamlı fark çıkması; hipertansif bireylere uygulanan SGM temelli sağlık eğitimi uygulaması ve yazılı eğitim materyalinin basılı olarak verilmesi ile gönderilen SMS bildirimlerinin oluşturduğu etkiye bağlanmaktadır. Şahin ve Biçer (2015)'in yaptığı araştırmada hipertansiyon hastalarına verilen eğitimin kan basıncı düzeyinde anlamlı derecede azalmaya ve tedavi uyumunu iyileştirmeye pozitif etkisi olduğu ifade edilmektedir. Abd-Elaziz ve ark. (2021)'nin Sağlığı Geliştirme Modeli temelli diyet, egzersiz ve stres yönetimi gibi konuları içeren yetişkin endometriozisli kadınlara uyguladıkları eğitim programında, verilen eğitim ile yaşam tarzında oluşturulan etki incelenmiştir. Çalışmada eğitim grubuna ait ön test SYBDÖ II toplam puanı $85,95 \pm 10,06$, eğitim sonrası son test SYBDÖ II toplam puanı $168,52 \pm 10,33$ olarak

hesaplanmıştır. Verilen eğitim sonunda ölçek toplam puanının yükseldiği ve anlamlı bir fark yarattığı sonucuna ulaşılmıştır. Kontrol grubuna ait ön test ve son test SYBDÖ II toplam puanlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada eğitim grubuna uygulanan eğitimin sağlıklı yaşam davranışlarını arttırdığı belirtilmiştir. Siudak ve ark. (2016), Akut Koroner Sendromlar sonrası hastaların yaşam tarzı değişikliğine gitmeleri gerektiğini savunarak Akut Koroner Sendrom yaşayan hastalara bir eğitim programı uygulamışlardır. Dört haftalık eğitim sonunda hastaların sağlıklı beslenme, yiyecek hazırlama ve pişirme biçimi, fiziksel aktivite ve sigarayı bırakma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişimin anlamlı derecede yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir ($p<0,05$). Araştırmamıza ait bulgular da, yapılan eğitimin hipertansiyon yönetimine ve özyeterlilik oluşmasına olumlu yönde destek verdiğini, hipertansif bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinmelerinde iyileştirici etki oluşturduğunu göstermektedir. Hedef kitlenin ihtiyaçları, kişisel özellikleri ve sosyodemografik yapısı vb.nin göz önüne alındığı bir çerçevede, hipertansiyon yönetimi programları geliştirmenin önemi çalışma sonuçları ile bir kez daha vurgulamaktadır. İlgili programlarda beklenen hedeflere ulaşmada, multidisipliner anlayışla sağlık profesyoneli hemşirelerce danışmanlık hizmetlerinin sunulması, hemşirelik kuram ve modellerinin daha yaygın şekilde kullanılması, aralıklı sağlık eğitimi uygulamalarının tekrarlanması, etkili hasta takip ve izlem sisteminin oluşturulması ile sistematik şekilde hizmet sunulmasına ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Ulaşılan sonuçlar, literatür ile örtüşmekte olup araştırma hipotezi H₁ (Hipertansiyonlu bireylere Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyileştirilmesine etkisi vardır.)'i destekler niteliktedir.

5.3. Hipertansiyon Hastalarında SYBDÖ II'ye Ait Alt Boyutların Ön Test - Son Test Puanlarının Grup ve Zamana Göre Değişiminin Tartışılması

SYBDÖ II altı alt boyutta grup ve zamana göre değişimi incelendiğinde,

Olgular sağlık sorumluluğu alt boyutunda grup ve zaman ana etkisi çerçevesinde ele alındığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken,

uygulanan eğitim programı sonunda Grup x Zaman etkileşimine bağlı istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık meydana geldiği belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Kontrol ve eğitim grupları fiziksel aktivite alt boyutunda grup ve zaman ana etkisi bakımından ele alındığında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmazken, SGM temelli sağlık eğitimi uygulaması ve SMS bildirimleri ile sekiz hafta süreyle yapılan hatırlatmalara bağlı olarak Grup x Zaman etkileşiminde istatistiki yönden anlamlı bir farklılık oluşmuştur (Tablo 4.5).

Beslenme alt boyutunun yapılan eğitimler neticesinde grup ana etkisinde olumlu bir ivme meydana geldiği görülmüştür. Ayrıca Grup x Zaman etkileşimine bağlı anlamlı bir farklılık vardır (Tablo 4.6). Bu anlamlı fark, hipertansiyon özyönetiminin sağlanma ve sürdürülmesinde SGM rehberliğinde uygulanan eğitim programının, modeldeki davranışa özgü bilişsel süreçler ve etkileri ile hipertansiyona dair algılanan yararlar/engeller basamakları ile davranış değişikliği oluşmasında önemli olduğunu göstermektedir.

Manevi gelişim alt boyutunda yapılan analizlere göre, kontrol ve eğitim gruplarında grup ana etkisinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu, zaman ana etkisinin ise gruplar üzerinde anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir. Grup x Zaman etkileşiminin ise olgular üzerinde anlamlı etki yarattığı saptanmıştır (Tablo 4.7.). Gruplara bağlı gelişen bu farklılık, sunulan sağlık eğitimi uygulaması ve SMS gönderimi ile izlem yapılmasının bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Kişiler arası ilişkiler alt boyutunda, gruplarda grup ve zaman ana etkisi ile GrupxZaman etkileşimi istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Tablo 4.8.). Bu sonuca ulaşılmasında, hastaların sosyal ilişkilerinde dışa dönük olması, olguların çoğunun evli olması, görüşme sırasında hastaların hasta yakınlarından zaman zaman destek gördüklerini ifade etmiş olmalarının da etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Stres yönetimi alt boyutunun kontrol ve eğitim gruplarında grup ana etkisinde anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Burada hastalara uygulanan sağlık eğitimi programı ve yüzyüze eğitim sonunda verilen eğitim kitapçığı ile SMS bildirimi göndermenin olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir. Ancak zaman ana etkisi

istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır. Grup x Zaman etkileşiminin de istatistiksel yönden anlamlı bir ilişki oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 4.9.). Eğitim grubuna yapılan eğitim uygulamasının sonucu olarak hastaların stres yönetimi konusunda artık daha başarılı oldukları ifade edilebilir.

Kontrol ve eğitim gruplarına ait SYBDÖ II'ye ait ölçek toplam puanlarının grup ve zaman etkisi incelendiğinde iki etki grubunun da, kontrol ve eğitim grupları arasında anlamlı bir fark oluşturduğu görülmüştür. Bu farkın, sağlık eğitimi uygulaması sunulması, yazılı eğitim materyali verilmesi ve sekiz haftalık SMS hatırlatması gönderilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Grup x Zaman etkileşiminde de anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 4.10.).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hipertansif hastalara uygulanan sağlık eğitimi programının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar şöyledir;

1. Yaptığımız araştırmada, hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını edinmede yetersiz oldukları belirlenmiştir.
2. Hastaların %52.6'sı 60 yaşın üzerinde, %56.1'i kadın, %74.6'sı evli, %62.3'ü ilkokul mezunu, %64.9'unun aileden hipertansiyon öykülü, %55.3'ü 10 yıldan fazla süredir hipertansiyon hastası, %73.7'si düzenli olarak hipertansiyonu için doktor kontrolüne gitmemekte, %59.6'sının hipertansiyon dışında başka kronik hastalığı da bulunmaktadır.
3. Kontrol grubu SYBDÖ II ön test puan ortalaması 61.4 ± 12.97 , eğitim grubu SYBDÖ II ön test puan ortalaması 57.6 ± 8.18 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak kontrol grubu son test puan ortalaması 101.86 ± 21.23 , eğitim grubu son test puan ortalaması 114.45 ± 20.51 olarak hesaplanmıştır. Eğitim verilen grubun ölçek puan ortalamasının daha yüksek çıktığı saptanmıştır. Hipertansiyon hastalarının hastalık yönetim süreci becerisi kazanmada profesyonel desteğe ihtiyaç duyduğu anlaşılmıştır.
4. SYBDÖ II alt boyutları değerlendirildiğinde, kontrol ve eğitim gruplarının kişilerarası ilişkiler alt boyutu hariç diğer tüm alt boyutlarda Grup x Zaman etkileşiminin istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir. Bu durum, hipertansiyon hastalarına uygulanan eğitimlerin hipertansiyon yönetiminde etkili olduğunu göstermiştir.

5. Sağlığı geliştirme modeline dayalı sunulan sağlık eğitiminin hipertansif hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını iyileştirmede etkili olduğu görülmüştür.

6.2. Öneriler

Hipertansiyon hastalarının yeterli düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışları edinemedikleri bilinmektedir. Bununla birlikte bireysel olarak yaşam biçimini değiştirme ve yönlendirmede de güçlük çekmektedirler. Bu sonuçlar doğrultusunda;

1. Hastalarla yüzyüze birebir görüşmenin ön plana alındığı eğitimleri planlanması, sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında bilgi sahibi olmaları ve farkındalıklarının artırılması,
2. Hastaların hipertansiyonun önemi ve ciddiyeti konusunda bilinçlendirilmelerinde sağlığı geliştirme modelinin yararlı olduğu, özellikle yeni tanı almış hastalara sağlık eğitimi uygulanması modelden faydalanılabileceği,
3. Sağlığı geliştirme modeli çerçevesinde oluşturulan eğitim sürecinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyileştirilmesine olumlu etkisi olduğu çalışma sonuçlarından anlaşılmakla birlikte literatür bilgisinin yetersiz olduğu ve yeni çalışmalarla desteklenmesine ihtiyaç olduğu,
4. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma ile doğrudan ilişkili olan sağlığı geliştirme modeli'nin hipertansif hasta eğitimlerinde kullanımının tercih edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Abd-Elaziz Ibrahim, N., Abd-Elhasib El-Nafrawy, M., Abd-Elsalam Ramadan, S., & Mohamed Salama, A. (2021). Effect of application of Health Promotion Model on lifestyle of women with endometriosis. *Journal of Nursing Science Benha University*, 2(2), 154-169.
- Akan, D.D., Çaydam, Ö.D., Pakyüz, S.Ç. (2020). Hipertansiyon tanısı olan hastalarda bilgi düzeyi ve ilaç tedavisine uyumunun değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 241-249.
- Aker, B.E., Doğaner, Y.Ç., Aydoğan Ü. (2020). Türk hipertansiyon uzlaşi raporları: 2015'den 2019'a neler değişti? *Konuralp Tıp Dergisi*. 12: 326-333.
- Akgün. B.. Seda. G.E.N.Ç., ARICI. M. (2018). Tuz: gıdalardaki algısı. fonksiyonları ve kullanımının azaltılmasına yönelik stratejiler. *Akademik Gıda*. 16(3), 361-370.
- Akın, S. (2017). *Kardiyovasküler sistem hastalıkları ve bakım*. Durna Z (Editör). İç Hastalıkları Hemşireliği'nde. İstanbul: Akademi Yayınevi, s.179-190.
- Alpsoy, Ş. (2020). Exercise and Hypertension. *Adv Exp Med Biol*. 1228:153-167. doi: 10.1007/978-981-15-1792-1_10. PMID: 32342456.
- Altun, B. Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, U., Karatan, O., Turgan, C., et al. (2005). Prevalence. awareness. treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens*, 23:1817-23.
- Arıcı, M., Birdane, A., Güler, K., Yıldız, B.O., Altun, B., Ertürk, Ş., Aydoğdu, S., Özbakkaloğlu, M., Ersöz, H.Ö., Süleymanlar, G., Tükek, T., Tokgözoğlu, L., Erdem, Y. (2015). *Türk Hipertansiyon Uzlaşi Raporu. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*. 43(4). 402 - 409.
- Arslan, G., Yelkuvan, İ. (2021). Covid-19, hipertansiyon ve hemşirelik bakımında önemli üç başlık: Fiziksel egzersiz, yeterli dengeli beslenme, uyku. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12: 531-536.
- Aşiret, G.D., Okatan, C. (2019). Hipertansiyon hastalarının ilaç uyum düzeyleri ile spirütüel iyi oluşları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 10(23), 122-128.
- Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) Arteriyel Hipertansiyon Birliği. 2013 ESH/ESC arteriyel hipertansiyon kılavuzu. (2014). *Türk Kardiyoloji Derneği Arş.* Supply 4:1-72.
- Aydın, Z., Öztürk, S. (2014). Hipertansiyon tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Haseki Tıp Bülteni*. 251-255.
- Aydoğar, T.M., Yıldırım, G. (2021). Diyabet hastalarına sağlık inanç modeli doğrultusunda verilen eğitimin sağlık inancına. öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisi. *Lokman Hekim Dergisi*. 11: 73-82.
- Aygün, O., Yavuz, S., Aygün, K., Yıldırım, E. (2015). Besinlerin tuz içeriklerini bilme ile bu besinleri tüketme arasındaki uyumluluk: hipertansiyon hastalarında uyum daha mı fazla?. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 19(4):170-178
- Ayodapo, A.O., Elegbede, O.T., Omosanya, O.E., Monsudi, K.F. (2020). Patient education and medication adherence among hypertensives in a tertiary hospital, South Western Nigeria. *Ethiopian journal of health sciences*, 30(2), 243–250. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v30i2.12>
- Babae Beigi. MA.. Zibaenezhad. MJ.. Aghasadeghi. K.. Jokar. A.. Shekarforoush. S.. & Khazraei. H. (2014). The effect of educational programs on hypertension management. *International cardiovascular research journal*. 8(3). 94–98.

Badır, A. (2017). Hipertansiyon. Karadakovan A. Eti Aslan F (Editörler). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Ankara: Akademisyen Kitabevi, s.547-60.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği 11 'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1):1-12.

Bahar, Z., Açıl, D. (2014). Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 7(1): 59-67.

Bakan, G., İnci, F.H. (2021). Hipertansiyonlu hastalarda tedavi uyumu ve sağlık okuryazarlığı. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 12(28), 81-87.

Balcı, A.S. (2020). *Kısa mesaj gönderimi ve grup eğitiminin gebelerin gebelikte sağlık uygulamalarına etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi. İstanbul.

Başak O. 2017. Hipertansiyon epidemiyolojisi, kılavuzlar ve tanısal süreç. (2017). Yalçın M. editör. Birinci basamakta hipertansiyona yaklaşım özel sayısı. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Özel Konular*, 8(6):416-424

Bayram, F., Demir, Ö., Sabuncu, T., Eren, M.A., Gedik, A.V., Çorapçıoğlu, D., Kaya, A. (2021). "Prevalence and awareness of hypertension in seven distinct geographic regions of turkey: The SEMT HT Study". *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*. vol.25. no.1. 1-10.

Bitigen, A., Nazlıel, B., Togay Işıkyay, C., Yapar Eyi, E., Tengiz, İ., Ateş, K.,... & Ulukavak Çiftçi, T. (2020). *Hipertansiyon klinik protokolü. T.C. sağlık bakanlığı sağlık hizmetleri genel müdürlüğü araştırma*. Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı. Ankara.

Blom, K., Baker, B., How, M., Dai, M., Irvine, J., Abbey, S., Abramson, B. L., Myers, M.G., Kiss, A., Perkins, N.J., Tobe, S.W. (2014). Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the HARMONY randomized controlled trial. *American journal of hypertension*. 27(1), 122–129. <https://doi.org/10.1093/ajh/hpt134>

Borghi, C., Bragagni, A. (2022). Caffè, ipertensione e malattie cardiovascolari: nuove acquisizioni [New evidence on coffee consumption, hypertension and cardiovascular diseases]. *Giornale italiano di cardiologia* (2006). 23(5). 323–327. <https://doi.org/10.1714/3796.37814>

Brown, V.M. (2017). Managing patients with hypertension in nurse-led clinics, *Nursing*, 47(4), 16–19. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000513619.81056.60>

Burke, L.E., Ma, J., Azar, K.M., Bennett, G.G., Peterson, E.D., Zheng, Y., Riley, W., Stephens, J., Shah, S.H., Suffoletto, B., Turan, T.N., Spring, B., Steinberger, J., Quinn, C.C., American Heart Association Publications Committee of the Council on Epidemiology and Prevention, Behavior Change Committee of the Council on Cardiometabolic Health, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Functional Genomics and Translational Biology, Council on Quality of Care and Outcomes Research, and Stroke Council (2015). Current science on consumer use of mobile health for cardiovascular disease prevention: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 132(12), 1157–1213. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000232>

Charnock, D., Shepperd, S., Needham, G., Gann, R. (1999). DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of epidemiology and community health*, 53(2), 105–111. <https://doi.org/10.1136/jech.53.2.105>

Chobufo, M.D., Gayam, V., Soluny, J., Rahman, E.U., Enoru, S., Foryoung, J.B., Agbor, V.N., Dufresne, A., Nfor, T. (2020). Prevalence and control rates of hypertension in the USA: 2017-2018. *International Journal of Cardiology. Hypertension*. 6, 100044. <https://doi.org/10.1016/j.ijchy.2020.100044>

Cohen, J.B. (2017). Hypertension in obesity and the impact of weight loss. *Current cardiology reports*. 19(10). 98. <https://doi.org/10.1007/s11886-017-0912-4>

- Çalık, A., Kapucu, S. (2017). Diyabetli hastalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme: pender'in sağlığı geliştirme modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 4(2), 62-75.
- Çetiner, H., Ulupınar, S. (2018). Sağlık profesyoneli olan ve olmayan hastane çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 27(1):1-10.
- Çöven, Ç. (2013). *Sağlığı geliştirme modeli. hemşirelikte kavram, kurum ve model örnekleri*. Editörler: Ocakçı. A.F., Alpar. Ş.E. İstanbul: İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti.
- Demir, F., Ozsaker, E., İlce, A.O. (2008). The quality and suitability of written educational materials for patients*. *Journal of clinical nursing*, 17(2), 259–265. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02044.x>
- Desai, A.N. (2020). High blood pressure. *JAMA*. 324(12), 1254–1255. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11289>
- Doak, C., Doak, L., Miller, K., Wilder, L. Suitability Assessment of Materials (SAM), Washington, D.C. (1999). American Public Health Association. Erişim yeri: <http://aspiruslibrary.org/literacy/sam.pdf>, Erişim Tarihi: 12.07.2018
- Doğan, N., Toprak, D., Demir, S. (2012). Hypertension prevalence and risk factors among adult population in Afyonkarahisar region: a cross-sectional research. *The Anatolian Journal of Cardiology*. 12(1), 47–52. <https://doi.org/10.5152/akd.2012.009>
- Dou, K., Yu, P., Deng, N., Liu, F., Guan, Y., Li, Z., Ji, Y., Du, N., L, X., Duan, H. (2017). Patients' acceptance of smartphone health technology for chronic disease management: a theoretical model and empirical test. *JMIR mHealth and uHealth*, 5(12). e177. <https://doi.org/10.2196/mhealth.7886>
- Drevenhorn, E., Bengtson, A., Nyberg, P., Kjellgren, KI. (2015). Assessment of hypertensive patients' self-care agency after counseling training of nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 27(11), 624–630. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12222>
- Duruk, N., Kalaycı, F. (2021). Hemşirelik öğrencilerinin kan basıncı ölçümü hakkındaki bilgileri uygulamalarını etkiler mi? *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4: 18–25.
- Ekim, M. (2018). Hipertansiyon tedavisinde beslenmenin ve yaşam tarzı değişikliklerinin önemi. *Bozok Tıp Dergisi*, 8(2): 80-5.
- Emre, N., Edirne, T., Özşahin, A., Çoban, N., Barışkan, Y.A. (2020). Hipertansiyon hastalarında ilaç tedavisine uyumun yaşam kalitesi ve sağlık algısıyla ilişkisi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14:436-442.
- Enç, N. (2014). *İç Hastalıkları Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd.Şti.. İstanbul.
- Erci, B., Elibol, M., Aktürk, Ü. (2018). Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumunu ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26(2), 79-92.
- Erciyes, Y., Çınar, P.S. (2014). Hipertansiyonlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. *Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 6: 46-57.
- Erdem, Y., Akpolat, T., Derici, Ü., Şengül, Ş., Ertürk, Ş., Ulusoy, Ş., Arıcı, M. (2017). Dietary sources of high sodium intake in Turkey: SALTURK II. *Nutrients*, 9(9), 933.
- Erem, C., Hacıhasanoğlu, A., Kocak, M., Değer, O., Topbaş, M. (2009). Prevalence of prehypertension and hypertension and associated risk factors among Turkish adults: Trabzon Hypertension Study. *Journal of public health (Oxford, England)*. 31(1), 47–58. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdn078>
- Ergün Arslantaş, E., Sevinç, N., Çetinkaya, F., Günay, O., Aykut, M. (2019). Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları. *Ege Tıp Dergisi*, 58(4): 319-329.

Ershad Sarabi, R., Sadoughi, F., Jamshidi Orak, R., Bahaadinbeigy, K. (2016). The effectiveness of mobile phone text messaging in improving medication adherence for patients with chronic diseases: a systematic review. *Iranian Red Crescent medical journal*. 18(5), e25183. <https://doi.org/10.5812/ircmj.25183>

ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu. (2013). https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA_42_80_1_72.pdf Son erişim tarihi: 19.06.2022

Estrada, M. (2016.). University Students' Involvement in a Health Promoting Lifestyle: Influencing Factors of the Health Promotion Model. *Electronic Theses & Dissertations*. 232. <https://digitalcommons.pittstate.edu/etd/232>

Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F., Gómez-Gracia, E., Ruiz-Gutiérrez, V., Fiol, M., Lapetra, J., Lamuela-Raventós, R. M., Serra-Majem, L., Pintó, X., Basora, J., Muñoz, M.A., Sorlí, J.V., Martínez, J.A., Martínez-González, M.A. (2018). Retraction and republication: primary prevention of cardiovascular disease with a mediterranean diet. *N Engl J Med* 2013;368:1279-90. *The New England journal of medicine*, 378(25), 2441–2442. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1806491>

Evans, D., Coutsaftiki, D., ve Fathers, C.P. (2017). Health promotion and public health for nursing students. *Third Edition. India: SAGE Publications*.

Fantin, F., Giani, A., Zoico, E., Rossi, A.P., Mazzali, G., Zamboni, M. (2019). Weight loss and hypertension in obese subjects. *Nutrients*. 11(7), 1667. <https://doi.org/10.3390/nu11071667>

Filippou, C., Tatakis, F., Polyzos, D., Manta, E., Thomopoulos, C., Nihoyannopoulos, P., Tousoulis, D., Tsioufis, K. (2022). Overview of salt restriction in the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) and the Mediterranean diet for blood pressure reduction. *Reviews in cardiovascular medicine*, 23(1). 36. <https://doi.org/10.31083/j.rcm2301036>

Gandapur, Y.K.S., Kelli, H.M., Misra, S., Urrea, B., Blaha, M.J., Graham, G., et al. (2015). The role of mHealth for improving medication adherence in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*, 2:237–44

Gao, Q., Xu, L., & Cai, J. 2021. New drug targets for hypertension: A literature review. *Biochimica et biophysica acta. Molecular basis of disease*. 1867(3). 166037. <https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2020.166037>

Georgiopoulos, G., Kollia, Z., Katsi, V., Oikonomou, D., Tsioufis, C., Tousoulis, D. (2018). Nurse's contribution to alleviate non-adherence to hypertension treatment. *Current hypertension reports*. 20(8). 65. <https://doi.org/10.1007/s11906-018-0862-2>

Giena, V.P., Thongpat, S., Nitirat, P. (2018). Predictors of health-promoting behaviour among older adults with hypertension in Indonesia. *International journal of nursing sciences*, 5(2), 201–205. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.04.002>

Go, A.S. Mozaffarian, D., Roger, V.L. Benjamin, E.J., Berry, J.D., Borden, W.B. et al. (2013). Heart disease and stroke statistics--2013 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 127(1):e6-e245.

Gorbani, F., Mahmoodi, H., Sarbakhsh, P., Shaghghi, A. (2020). Predictive performance of Pender's health promotion model for hypertension control in Iranian patients. *Vascular Health and Risk Management*, 16, 299–305. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S258458>

Goudarzi, H., Barati, M., Bashirian, S., Moeini, B. (2020). Determinants of medication adherence among hypertensive patients using the Pender's health promotion model. *Journal of education and health promotion*, 9, 89. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_687_19

- Göçmen Baykara, Z., Çalışkan, N., Öztürk, D., Karadağ, A. (2019). Hemşirelikte teori ve model kullanımı: Nitel bir çalışma. *Çukurova Medical Journal* 44:281-289 <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cumj/issue/36346/562393>
- Gökdoğan, F., Kır, E., Özcan, A., Cerit, B., Yıldırım, Y., Akbal, S. (2003). Eğitim kitapçıkları güvenilir mi? 2. *Uluslararası & IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı*, Antalya, 517-521.
- Greyling, A., Ras, R.T., Zock, P.L., Lorenz, M., Hopman, M.T., Thijssen, D.H., Draijer, R. (2014). The effect of black tea on blood pressure: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *PloS one*. 9(7), e103247. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0103247>
- Grillo, A., Salvi, L., Coruzzi, P., Salvi, P., Parati, G. (2019). Sodium intake and hypertension. *Nutrients*, 11(9), 1970. <https://doi.org/10.3390/nu11091970>
- Günay, İ., Sivrikaya, S.K. (2020). Hipertansiyon hastalarında hasta eğitiminin önemi ve hemşirenin sorumlulukları. *Dişabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi*, 12 (2), 42-46.
- Günnar, S., Saatçi, E. (2017). Hasta eğitimi. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, 8(2). 107-110.
- Gür, G., Sunal, N. (2019). Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6 (2) . 210-219 . DOI: 10.17681/hsp.420313
- Harrison, D.G., Coffman, T.M., Wilcox, C.S. (2021). Hipertansiyonun patofizyolojisi. *Dolaşım Araştırması*, 128: 847–863.
- He, F.J., Li, J., Macgregor, G.A. (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, 346, f1325. <https://doi.org/10.1136/bmj.f1325>
- Heydari, A., Khorashadizadeh, F. (2014). Pender's health promotion model in medical research. *J.PMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 64(9). 1067–1074.
- Huang, L., Trieu, K., Yoshimura, S., Neal, B., Woodward, M., Campbell, N.R.C., Li, Q., Lackland, D.T., Leung, A.A., Anderson, CAM, MacGregor, G.A., He, F.J. (2020). Effect of dose and duration of reduction in dietary sodium on blood pressure levels: systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*, Feb 24;368:m315. doi: 10.1136/bmj.m315. PMID: 32094151; PMCID: PMC7190039.
- Ide, N., Ajenikoko, A., Steele, L., Cohn, J.J., Curtis, C., Frieden, T.R., Cobb, L.K. (2020). Priority actions to advance population sodium reduction. *Nutrients*, Aug 22;12(9):2543. doi: 10.3390/nu12092543. <https://www.mdpi.com/resolver?pii=nu12092543>
- İşcan Ayyıldız, N. & Ergüney, S. (2017). Hipertansiyon hastalarında yaşam doyumu ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33 (3), 21-31. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/eghehemsire/issue/33737/322090>
- James, P.A., Oparil, S., Carter, B.L. et al. (2014). evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC 8). *JAMA*, 311:507-20.
- Juraschek, S.P., Miller, E.R., Weaver, C.M., ve Appel, L.J. (2017). Sodyum azaltma ve DASH diyetinin temel kan basıncına ilişkin etkileri. *Amerikan Kardiyoloji Koleji Dergisi*, 70 (23), 2841–2848. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.10.011>
- Kacaroglu Vicdan, A., Gülseven Karabacak, B. (2014). Hemşirelik modellerinden: roy adaptasyon modeli. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5, 4: 255-259.

- Kamran, A., Azadbakht, L., Sharifirad, G., Mahaki, B., Mohebi, S. (2015). The Relationship Between Blood Pressure and The Structures of Pender's Health Promotion Model in Rural Hypertensive Patients. *Journal of Education and Health Promotion*, 4, 29. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.154124>
- Kannisto, K.A., Koivunen, M.H., Välimäki, M.A. (2014). Use of mobile phone text message reminders in health care services: a narrative literature review. *Journal of medical Internet research*. 16(10).e222.
- Kaya, A., Gedik, V.T., Bayram, F., Bahçeci, M., Sabuncu, T., Tuzcu, A., ve ark. Hipertansiyon, obezite ve lipid metabolizması hekim için tanı ve tedavi rehberi. *Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği* 2009;9-49.
- Kaya, A., Tutar Güven, Ş., İşler Dalgıç, A. (2018). Sağlığı geliştirme modeline göre verilen eğitimin türkiye'deki hemşirelik araştırmalarında kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 15(3),195 - 201. 10.5222/HEAD.2018.195
- Kes, D. (2018). Kan basıncı kontrolünü sağlamada kısa mesaj servisi (sms) kullanımı: literatür taraması. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 9(18):20–28.
- Kılıç, T. (2017). e-Sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6 (3), 203-217. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/31206/368271>
- Kılıçkap, M., Barçın, C., Göksülük, H., Karaaslan, D., Özer, N., Kayıkçıoğlu, M., Ural, D., Yılmaz, B.M., Abacı, A., Arıcı, M., Altun, B., Tokgözoğlu, L., Şahin, M. (2018). Türkiye'de hipertansiyon sıklığı ve kan basıncı verileri: Kardiyovasküler risk faktörlerine yönelik epidemiyolojik çalışmaların sistematik derleme. meta-analiz ve meta-regresyonu. *Türk Kardiyoloji Derneği*, 46: 525-545.
- Kolcu, M., Ergün, A. (2016). Yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 234-241.
- Küçükdeveci, A.A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B., Arasil, T. (2000). Adaptation of the modified barthel index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scand J Rehabil Med.*, 32(2):87-92
- Lamarche, L., Tejpal, A., Mangin, D. (2018). Self-efficacy for medication management: A systematic review of instruments. *Patient Preference and Adherence*. 12: 1279–1287.
- Lari, H., Tahmasebi, R., Noroozi, A. (2018). Effect of electronic education based on health promotion model on physical activity in diabetic patients. *Diabetes and Metabolic Syndrome Clinical Research and Reviews*, 1:45–50.
- Li, G., Zhang, Y., Thabane, L., Mbuagbaw, L., Liu, A., Levine, M.A., Holbrook, A. (2015). Effect of green tea supplementation on blood pressure among overweight and obese adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of hypertension*. 33(2), 243–254. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000000426>
- Liu, M.Y., Li, N., Li, W.A., Khan, H. (2017). Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurological research*, 39(6), 573–580. <https://doi.org/10.1080/01616412.2017.1317904>
- Lloyd-Sherlock, P., Beard, J., Minicuci, N., Ebrahim, S., ve Chatterji, S. (2014). Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control. *International Journal of Epidemiology*. 43(1). 116–128. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt215>
- Ma, Y., He, F.J., Sun, Q., Yuan, C., Kieneker, L.M., Curhan, G.C. et al. (2021). 24-hour urinary sodium and potassium excretion and cardiovascular risk. *The New England journal of medicine*, 386(3), 252–263. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2109794>
- Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redon, J., Zanchetti, A., Bohm, M., et al. (2013). 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management

of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*, 34(28):2159-219.

McKenna, H., Pajnikhar, M., Murphy, F. (2019) Fundamentals of Nursing Models, Theories and Practice. Çeviren: Bahçecik, A.N., Alpar, Ş.E. *Hemşirelik Kuramları Modelleri ve Uygulama Esasları*. Akademisyen Kitabevi. Baskı Sayısı: 2. İstanbul, s:1-23.

Mert, K., Kadioğlu, H., Aksayan, S. (2018). Validity and Reliability of The Self-Efficacy Scale-Child's Form. *Kocaeli Medical Journal*, 7:135-9.

Michalakeas, C., Katsi, V., Soulaïdopoulos, S., Dilaveris, P., Vrachatis, D., Lekakis, I., Vlachopoulos, C., Tsioufis, K., Tousoulis, D. (2020.) Mobile phones and applications in the management of patients with arterial hypertension. *American Journal of Cardiovascular Disease*. 10(4). 419–431.

Mills, K.T., Bundy, J.D., Kelly, T.N., Reed, J.E., Kearney, P.M., Reynolds, K. et al. (2016). Global disparities of hypertension prevalence and control: A Systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation*, 134(6):441-50.

Murdaugh, C.L., Parsons, M.A., Pender, N.J. (2019). Health promotion in nursing practice. Eight Edition. *United States of America: Pearson Education*.

Nascimento, B.R., Brant, L.C.C., Yadgir, S. et al. (2020). Trends in prevalence, mortality, and morbidity associated with high systolic blood pressure in brazil from 1990 to 2017: estimates from the “global burden of disease 2017” (gbd 2017) study. *Popul Health Metrics* 18, 17. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00218-z>

Oğuz, S., Yanmış, S., Yılmaz, B., Atman, R. (2019). Hipertansiyon hastalarının ilaç ve diyet tedavisine uyum düzeyleri. *Turk J Cardiovase Nurs*. 10(21). 1-7.

Omboni, S. (2020). Smoking and hypertension: what is behind the mask?. *Journal of hypertension*. 38(6). 1029–1030. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002423>

Onal, A. E., Erbil, S., Özel, S., Açıkşarı, K., Tumerdem Y. (2004). The prevalence of and risk factors for hypertension in adults living in Istanbul. *Blood pressure*, 13(1), 31–36. <https://doi.org/10.1080/08037050410025762>

Onat, A., Şenocak, M., Örnek, E., Gözükar, Y., Yurdum-Avcı, G., Karaaslan, Y. et al. Türkiye’de erişkinlerde kalp hastalığı ve risk faktörleri sıklığı taraması: 5. Hipertansiyon ve sigara içimi. *Türk Kardiyol Dern Arş*. 1991;19:169-77.

Özakgöl, A.A., Aştı, T.A., Ataç, M., Mercan, K. (2016). Lise son sınıf öğrencileri sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahipler mi? - do senior high school students have health-promoting lifestyles?. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 24(1): 16-23.

Özkan, Ö.P., Büyükuşal, S.K., Yiğit, Z., Yusuf, İ., Şakar, F.Ş., Ersü, D.Ö. (2019). Kardiyovasküler hastalık tanısı almış hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 22-31.

Özpancar, N. (2016). Evidence-based care practices in hypertension. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(Supp: 1). 2-11.

Park, C.H., Kim, H.W., Joo, Y.S., Park, J.T., Chang, T.I., Yoo, T.H., Park, S.K., Chae, D.W., Chung, W., Kim, Y.S., Oh, K.H., Kang, S.W., Han, S.H., on the behalf of the KNOW-CKD (Korean Cohort Study for Outcomes in Patients With Chronic Kidney Disease) Investigators. (2022). Association Between Systolic Blood Pressure Variability and Major Adverse Cardiovascular Events in Korean Patients With Chronic Kidney Disease: Findings From KNOW-CKD. *Journal of the American Heart Association*. e025513. Advance online publication. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.025513>

Peacock, E., Krousel-Wood, M. (2017). Antihipertansif tedaviye uyum. *Kuzey Amerika Tıp Klinikleri*, 101 (1), 229–245. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2016.08.005>

- Pender, NJ. Murdaugh CL. Parsons MA. 2015. Individual Models to Promote Health Behavior. In: Health Promotion in Nursing Practice. 7st ed. United States of America. Pearson Education. p: 27-56.
- Pender NJ. Murdaugh CL. Parsons MA. Toward a definiton of health. Health promotion in nursing practice. 7. Baskı. New Jersey: Pearson Education. Inc. Baskı. 2015:6-23.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2011). *The Health Promotion Model Manual*. Health Promotion in Nursing Practice (6th Edition). Boston. MA: Pearson.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. (2002). *Health Promotion in Nursing Practice*. Fourth Edition, New Jersey.
- Piette, J.D., List, J., Rana, G.K., Townsend, W., Striplin, D., Heisler, M. (2015). Mobile Health Devices as Tools for Worldwide Cardiovascular Risk Reduction and Disease Management. *Circulation*, 132(21):2012-27.
- Polegato, B.F., Paiva, S. (2018). Hypertension and exercise: A search for mechanisms. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 111(2), 180–181. <https://doi.org/10.5935/abc.20180146>
- Pulvirenti, M., McMillan, J., Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centred care and self management. *Health Expect*, 17, 303–310.
- R, Core Team. (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.1) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org> . (R packages retrieved from MRAN snapshot 2022-01-01)
- Rector, C. (2018). *Community and public health nursing promoting the public's health 9th edition*, Wolters Kluwer.
- Rust, P., Ekmekçioglu, C. (2017). Impact of salt intake on the pathogenesis and treatment of hypertension. *Advances in experimental medicine and biology*, 956, 61–84. https://doi.org/10.1007/5584_2016_147
- Sakraida ,T.J. (2014). *Health Promotion Model*, In: Alligood MR. ed. *Nursing Theorists and Their Work*. 8st ed. Missouri, Mosby, p: 396-416.
- Salari, S., Pilevarzadeh, M., Daneshi, F., Ahmadidarrehshima, S. (2017). Examining the health-promoting lifestyle and its related factors among the nursing students of jiroft university of medical sciences. *Executive Editor*, 8(1), 342-346.
- Santulli, G. (2013). Epidemiology of cardiovascular disease in the 21st century: updated numbers and updated facts. *JCvD*, 1:1–2.
- Sarıkaya, R., Kümet,Ö. (2021). Hipertansiyon süresi ile sol ventrikül kas kitlesi indeksi arasındaki ilişkiye cinsiyetin etkisi. *Van Tıp Dergisi* 28(4): 562-568, 2021 DOI: 10.5505/vtd.2021. 26235
- Sevinç, S. (2022). Hipertansiyon ve kanıta dayalı bakım. Gün M. editör. *Kardiyovasküler Hastalıklar ve Güncel Kanıta Dayalı Bakım Uygulamaları*. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Klinikleri, p.17-24.
- Sevinç, Ö., Adalı, M.K., Til, A., Çimen, Y.K. (2019). Pamukkale üniversitesi hastanesi kardiyoloji polikliniğine başvuran hipertansiyon hastalarında polifarmasi ve etkileyen faktörler. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 12(1), 93-100.
- Sharman, J.E., La Gerche, A., Coombes, J.S. (2015). Exercise and cardiovascular risk in patients with hypertension. *Am J Hypertension*, Feb;28(2):147-58. doi: 10.1093/ajh/hpu191. Epub 2014 Oct 10. PMID: 25305061.
- Shaw, L.J., Goyal, A., Mehta, C., Xie, J., Phillips, L., Kelkar, A. (2018). 10-year resource utilization and costs for cardiovascular care. *J Am Coll Cardiol* 71(10):1078–1089.

Shayesteh, H., Mirzaei, A., Sayehmiri, K., Qorbani, M., Mansourian, M. (2016). Effect of education intervention on lifestyle of patients with hypertension among the rural population of lorestan province. *Journal of Lifestyle Medicine*, 6(2), 58–63. <https://doi.org/10.15280/jlm.2016.6.2.58>

Siudak, Z., Pers, M., Dusza, K., Franczak, I., Zegzda, A., Bechta, M., Kwiatkowska, A., Knutelska, A., Zemla, B., Kubiak, A., Zarzycka, M., Kudelko-Blacha, N., Koźmińska, P., Oleksy, M., & Dudek, D. (2016). The efficacy of an education-based secondary outpatient prevention programme after acute coronary syndrome hospitalisations and treatment in Poland. *The Patient Club initiative. Kardiologia polska*, 74(2), 185–191. <https://doi.org/10.5603/KP.a2015.0225>

Smith, J. D., Fu, E., Kobayashi, M.A. (2020). Prevention and management of childhood obesity and its psychological and health comorbidities. *Annual review of clinical psychology*, 16, 351–378. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-100219-060201>

Soltani, S., Arablou, T., Jayedi A., Salehi-Abargouei, A. (2020). Adherence to the dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet in relation to all-cause and cause-specific mortality: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Nutrition journal*, 19(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-00554-8>

Sungur, C., Kar, A., Kıran, Ş., Macit, M. (2019). Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi: klinik sağlık hizmeti alan hastalar üzerinde bir araştırma. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (15), 43-52 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bsbd/issue/43873/425512>

Şahin. N., Döner Güner, P., Dirican, E., Yengil, E., Özer, C. (2018). Birinci basamağa başvuran bireylerde hipertansiyon risk faktörleri. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 9(35): 128-135.

Şahin, Z.A., Biçer, N. (2015). Hipertansiyon hastalarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *MN Kardiyoloji*, 22(4). 80-85.

Şengül, Ş., Akpolat, T., Erdem, Y., et al. (2016). On behalf of the turkish society of hypertension and renal diseases. Changes in hypertension prevalence. awareness. treatment. and control rates in Turkey from 2003 to 2012. *Journal of Hypertension*, 34:1208-17.

Şişman, N.Y., (2017). Nola J. Pender: sağlığı geliştirme modeli. *Hemşirelik teorileri ve modelleri*. Editörler: Karadağ. A., Çalışkan. N., Baykara. Z.G. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hipertansiyon Klinik Protokolü. (2020). Türkiye.

Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38132.hipertansiyonkp20200723pdf.pdf?0>
Erişim Tarihi: 01.07.2022

Tam, H.L., Wong, E., Cheung, K. (2020). Effectiveness of educational interventions on adherence to lifestyle modifications among hypertensive patients: an integrative review. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2513. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072513>

Taşlı, H., Sağır, R.S. (2021). Obezitenin belirlenmesinde kullanılan beden kitle indeksi, bel çevresi, bel-kalça oranı metotlarının karşılaştırılması. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1). 138-150.

The jamovi project (2022). *Jamovi*, (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org> .

Türk Kardiyoloji Derneği (TKD). *Kan basıncının ölçümü ve klinik değerlendirme*. 2017.https://www.tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_3575c.htm?wbnum=1105. Erişim tarihi: 01.07.2022.

Türk Kardiyoloji Derneği. *Kalp Yetmezliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu* 2007.

https://file.tkd.org.tr/kilavuzlar/ulusal/2007_kalp_yetersizligi_akut_koroner_sendromlarda_hipertansiyon_hemşirelik_bakim_kilavuzu.pdf Son erişim tarihi: 10 Haziran 2022

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA). (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Yayın No:1132. Ankara

Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği. *Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu 2022*. <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf>
Son erişim tarihi: 19 Kasım 2022

Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması: *Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri (2017)*. https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf
Son erişim tarihi: 27 Kasım 2022

Türkiye İstatistik Kurumu. *Ölüm Nedeni İstatistikleri (2019)*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> Son erişim tarihi: 11 Haziran 2022

Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., Ramirez, A., Schlaich, M., Stergiou, G. S., Tomaszewski, M., Wainford, R. D., Williams, B., & Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Journal of hypertension*, 38(6), 982–1004. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002453>

Uzdil, Z., Kaya, P.S. (2018). DASH diyeti ve sağlık üzerine etkileri. *J Tradit Complem Med*. 1(3):141-5.

Ünver, V. (2019). Hipertansiyon ve bakım yönetimi. *Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği*. Editör: Özer. S. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri Medikal Sağlık ve Yayıncılık Ltd. Şti.

Vargas, G., Cajita, M.I., Whitehouse, E., Han, H.R. (2017). Use of Short messaging service for hypertension management: a systematic review. *The Journal of cardiovascular nursing*, 32(3), 260–270. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000336>

Vatansever, Ö., Ünsar, S. (2014). Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum/öz etkililik düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 5(8): 61-67.

Ventola, C.L. (2014). Mobile devices and apps for health care professionals: uses and benefits. *P&T*, 39(5): 356-364.

Verloo, H., Chiolero, A., Kiszio, B., Kampel, T., Santschi, V. (2017). Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: a systematic review. *Age and ageing*, 46(5), 747–754. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx076>

Volpe, M., Gallo, G., Battistoni, A., Tocci, G. (2019). Highlights of ESC/ESH 2018 Guidelines on the management of hypertension: what every doctor should know. *High blood pressure & cardiovascular prevention : the official journal of the Italian Society of Hypertension*, 26(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s40292-018-00297-y>

Walker, S.N., Sechrist, K.R., Pender, N.J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36(2), 76-80.

Warren-Findlow, J., Seymour R. B., Brunner Huber, L.R. (2012). The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among african american adults. *J Community Health*, 37, 15-24.

Weber, M.A., Schiffrin, E.L., White, W.B., Mann, S., Lindholm, L.H., Kenerson, J.G., Flack, J.M., Carter, B.L., Materson, B.J., Ram, V., Cohen, D.L., Cadet, J.C., Charles, R., Taler, S., Kountz, D., Townsend, R.R., Chalmers, J., Ramirez, A.J., Bakris, G.L., Wang, J.W., Schutte, A.E., Bisognano, J.D., Touyz, R.M., Sica, D., Harrap, S.M. (2014). Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community a statement by the American society of hypertension and the International Society of Hypertension. *The Journal of Clinical Hypertension*, 16(1): 14-26.

Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, Jr. D.E., Collins, K.J., Dennison Himmelfarb, C. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults a report of the american college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines. *Hypertension* 71(6):e13–e115.

Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E., Jr, Collins, K.J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S.M., Gidding, S., Jamerson, K.A., Jones, D.W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith, S.C., Jr, Spencer, C.C., Stafford, R.S., Taler, S.J., Thomas, R.J., Williams, K.A., Sr, Williamson, J.D., ... Wright, J.T., Jr. (2018). 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the american college of cardiology/american heart association task force on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 71(19), e127–e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>

WHO. (2016). New horizons for health through mobile Technologies. Global Observatory for eHealth series-Volume 3 mHealth. 3.07.2022 tarihinde www.who.int/goe/publications/ehealth_series_vol3/en/ ağ adresinden erişildi.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D.L., Coca, A., Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S.E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G.Y.H., McManus, R., Narkiewicz, K., Ruschitzka, F., Schmieder, R.E., Shlyakhto, E., Tsioufis, C., Aboyans, V., Desormais, I. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33): 3021-3104.

World Health Organization <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension> 2021 Erişim Tarihi: 27.11.2022

World Health Organization. (2014). *What is raised blood pressure (hypertension)?*. <http://www.who.int/features/qa/82/en/>. Erişim Tarihi: 15.06.2022

World Health Organization. (WHO 2021). *Salt reduction*. 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salt-reduction>

World Health Organization. 2021. *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> Son erişim tarihi: 09 Haziran 2022

Yıldırım, N., Durna, Z. (2021). Hipertansiyonda hemşirenin rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 4(3):305-315.

Yin, X., Liu, H., Webster, J., Trieu, K., Huffman, M.D., Miranda, J.J., Marklund, M., Wu, J.H.Y., Cobb, L.K., Li, K.C., Pearson, S.A., Neal, B., Tian, M. (2021). Availability, formulation, labeling, and price of low-sodium salt worldwide: environmental scan. *JMIR public health and surveillance*, 7(7). e27423. <https://doi.org/10.2196/27423>

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	İlknur GÜNAY
Eğitim	
Lise	Balıkesir Adnan Menderes Lisesi (Yabancı Dil Ağırlıklı Program) 2007
Lisans	Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksek Okulu 2007-2009 Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu (2009-2011)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	Orta derecede (YÖKDİL: 52.25, Mart 2023)
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
Kuruluş Adı	

EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1.Cinsiyet: Kadın() Erkek()

2.Yaş:

3.Medeni Hal: Evli() Bekar/Dul()

4.Eğitim Durumu: İlkokul() Ortaokul() Lise() Yüksekokul ve üstü()

5.Mesleki Durum: Çalışmıyor() Çalışıyor() Emekli()

6. Ailede Hipertansiyon Geçmişi:

Evet(Hipertansiyonu olan ailede kaç kişi var?)

.....

Hayır()

7.Hipertansiyon Süresi :

3 yıldan az() 3 yıl() 5yıl() 10 yıl veya 10 yıldan fazla()

8.Hipertansiyona bağlı gelişen ek rahatsızlığınız var mı?

Evet (Kaç tane hipertansiyon komplikasyonunuz var ?) _____

Hayır()

9.Reçeteli antihipertansif ilaç sayısı: 1() 2-3 çeşit() 4 çeşit ya da fazlası()

10. Hastalığınız için düzenli kontrole gidiyor musunuz?

Evet() Ne sıklıkta? 3 ayda bir() 6 ayda bir() Yılda bir()

Hayır()

11. Varolan başka bir kronik hastalığınız var mı?

Evet (hastalığın adı) Hayır()

12.Sağlık sigortası türü :

13. Günlük tuz tüketimi:

()Yemeklerde tuz kullanmıyorum.

() Yemeğin tadına bakar, öyle tuz eklerim.

() Yemeklerin tadına bakmadan direk tuz eklerim.

() Yemeğime tuz eklemeyen yemek yiyemem.

14. Boy:

Kilo:

BKİ:

15. Kan Basıncı:

EK 2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	Hiç bir zam an	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK 3: Ölçek İzinleri

sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II

Gelen Kutusu X



İlknur Günay

Alıcı: aysebeser ▼

18 Eyl 2020 22:21 (2 gün önce)



Değerli Ayşe Hocam,

Ben Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelik ABD'da yüksek lisans öğrencisi İlknur Günay. Danışman hocam Sibel Karaca Sivrikaya ile yürüteceğimiz tez çalışmamda, siz ve kıymetli hocalarımızın geçerlik ve güvenirliğini yaptığı sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nden faydalanarak çalışmamızı gerçekleştirmek istiyoruz. Ölçeğin kullanımına ilişkin onayınızı bize bildirirseniz çok seviniriz. Hemşire camiasına daha nice kıymetli kazanımlarınızın olacağı sağlıklı günler diliyorum. Sevgi ve saygılarımla... 🌸



Ayşe Beşer

Alıcı: ben ▼

19 Eyl 2020 14:21 (1 gün önce)



Sevgili İlknur çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz kolaylıklar dilerim

Değerli Ayşe Hocam,

Veri Sınıflandırma Tipi: Kurum İçi / Internal



- home
- about this site
- background to discern
- general instructions
- discern instrument
- quick reference guide
- list of terms
- original discern project
- good practice

The DISCERN Instrument

Organisations are authorised to reproduce The DISCERN Instrument without permission, provided it is used in accordance with the instructions contained in this website to ensure that its methodology is uniform.

Please read the **General Instructions** before using DISCERN. Click the 'Rating this question' links for additional guidance on each question.

The DISCERN instrument and the handbook are available as a **PDF document** for good quality print copies. To view this you will need to have Acrobat Reader installed.



Once you have completed the installation, return to this page to view the **Discern PDF**.

EK 4: Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

	Evet 1 puan	Hayır 0 puan
A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kağıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?		

25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		



EK 5: Eğitim Kitapçığının Güvenirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi–DISCERN

BÖLÜM 1: Bu Kitapçık Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (1. soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.)

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Ne hakkında?
- Hangi konuları kapsıyor (ve hangi konuları kapsamıyor)?
- Kimler için yararlı olur?

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşılamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta;

- Okuyucunun sorabileceği soruların yer alıp almadığı,
- Taburculuk ile ilgili önerilerin gerçekçi ya da uygun olup olmadığı.

4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgileri sunarken bunların bir araştırma bulgusu ya da uzman görüşü gibi kaynaklara dayandırılıp dayandırılmadığına bakın.
- Bibliyografi/ kaynak listesi, alıntı yapılan organizasyon ya da uzmanların adresleri gibi kaynakları kontrol anlamında gözden geçirin.

Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır. Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan başlıca bilgi kaynaklarının tarihine bakın.
- Kitapçığın baskı tarihine bakın
- Kitapçığın tarihine bakın (telif hakkı)

6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanılamasının olması

Dikkatli olunmalı eğer;

- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Durum ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi ve öneri elde etmede diğer örgütlere ilişkin ayrıntılar ve daha fazla okuma için öneriler açısından bakın.

8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında uzman görüşlerindeki farklılıkları ya da bilgi eksikleri yönünden yazılan bilgilere bakın.
- Eğitim kitapçığında sunulan bilginin herkesi aynı şekilde, etkilediğinden söz edilmesine dikkat edin (özel bir bakım gereksiniminin başarı oranının %100 olduğunun belirtilmesi gibi).

BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim kitapçığında sunulan bilgiler taburculuk eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Taburculuk gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Bu kitapçıktaki bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilginin kontrol edilmesi, tekrarların önlenmesi, kısa ve uzun süren durumlara ilişkin yararları yer alabilir.

11. Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinin kullanılması, kısa ve uzun süreli etkilerine ilişkin riskler yer alabilir.

12. Bu kitapçıktaki bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında sunulan bilgilerin/ uygulamaların ertelenmesi (uygulanmadan durumun nasıl geliştiğini izleme gibi) ya da tamamen vazgeçilmesi durumunda risk ve yararların tanımına bakın.

13. Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin günlük aktiviteler üzerine etkilerini tanımlayıp tanımlamadığına bakın.
- Eğitim kitapçığındaki bilgilerin aile, arkadaş ve bakım verenlere etkilerinin tanımlanmasına bakın.

14. Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

- Eğitim kitapçığında sunulan taburculuk bilgilerinden hangi durumda yararlanacaklarının tanımlanmasına bakın.
- Eğitim kitapçığının daha fazla araştırmak ya da düşünmek için alternatifleri ortaya koyup koymadığına bakın.

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?

HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Eğitim kitapçığında taburculuk ile ilgili konularda aile, arkadaş, doktor ya da diğer sağlık elemanları ile tartışılacak konuların belirlenip belirlenmediğine bakın.

BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendirin.

Düşük Ciddi/Aşırı eksikleri var		Orta Önemli Eksiklikleri var		Yüksek Çok az ancak ciddi değil
1	2	3	4	5

HİPERTANSİYON HASTA EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Bu
kitapçık

“Hipertansiyon Hastalarının Sağlığı Geliştirme Modeline Temellendirilmiş Eğitim Programı Kapsamında Aldıkları Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi” isimli tez çalışmasının bir parçası olarak hazırlanmıştır.

Hazırlayan: İlknur GÜNAY

Danışman: Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA

ÖNSÖZ

Bu eğitim kitapçığı,

Hipertansiyon'un tedavi, diyet-beslenme şekli, kilo kontrolü, fiziksel egzersiz, kendi kendine izlem, hipertansiyonun vücutta oluşturduğu diğer sağlık sorunları ve bunların oluşmasını önlemeye yönelik yapmanız gereken bakım işlemlerini ve önerilen yaşam ilkelerini içermektedir. Bu kitapçıkta yer alan bilgiler etkili bir hipertansiyon yönetiminde öğrenmeniz gereken temel bilgileri içerdiğinden temel başvuru niteliğindedir.

Sağlıklı Günlere Kapı Açın.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	I
İÇİNDEKİLER	II
1. TANSİYON NEDİR?	4
2. HİPERTANSİYON NEDİR?	5
3. KAN BASINCI ÖLÇÜM DEĞERLERİ	7
4. HİPERTANSİYON BELİRTİLERİ	7
5.HİPERTANSİYONA BAĞLI GELİŞEBİLECEK KOMPLİKASYONLAR.....	9
6. HİPERTANSİYON YÖNETİMİ	14
Hipertansiyonda İlaç Tedavisi	14
Tansiyon İlacı Kullanırken Dikkat Edilmesi	
Gerekenler.....	15
Hipertansiyonda Tıbbi Beslenme Tedavisi	17
Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Yenilikler	17
Öğünlerde Tuz Kullanımı	29
Öğün	
Planlaması.....	32
Fiziksel Aktivite	35
7. YAŞAM ŞEKLİ DEĞİŞİKLİKLERİ	40
Alkol Tüketimi	41
Sigara Kullanımı	42
Kilo Kontrolü	44
Stres ve Kaygı Durumlarında Rahatlama Yöntemleri	50
Evde Kan Basıncı Ölçümü	53
KAYNAKLAR	62

TANSİYON (KAN BASINCI)

Kalbin kanı pompalarken atardamarların duvarında oluşturduğu basınçtır.

BÜYÜK TANSİYON

Kalbin, kanı vücuda göndermek için pompalarken atardamar duvarında oluşturduğu basınç.

KÜÇÜK TANSİYON

Kalbin, vücuda kan pompalamaya ara verdiği dönemdeki atardamar duvarında oluşan basınç.

HİPERTANSİYON NEDİR?



İki farklı günde oturur pozisyonda ölçülen tansiyonda, büyük tansiyonun 140, küçük tansiyonun ise 90 mmHg'nin üzerinde çıkması durumunda kişiye **HİPERTANSİYON** tanısı konulur.

HİPERTANSİYONUN TANIMI

Büyük ve küçük atardamarlarda meydana gelen daralmalar sonucu kanın damar duvarına yaptığı basıncın artmasıyla gelişen bir hastalıktır.

HİPERTANSİYON

Hipertansiyon 40'lı yaşlardan itibaren sık görülmeye başlayan ömür boyu süren bir hastalıktır.

Görülme sıklığı yaşla birlikte artış gösterir. Genellikle nedeni belli değildir.

Bu gruptaki bireylerde kan basıncı yükselmesinde aileden gelen genetik yatkınlık, sigara, alkol kullanımı, stresli yaşam, fazla kilolu olma (obezite), tüketilen tuz miktarı gibi çevresel faktörler etkilidir.

Kan basıncı kontrolünün sağlanmasında bu bireyler tansiyon düşürücü (antihipertansif) ilaçlara ihtiyaç duyarlar.

Bunun yanında beslenmenin düzenlenmesi, egzersiz yapma, sigara ve alkolün bırakılması gibi çeşitli yaşam biçimi düzenlemelerine giderek kan basıncının kontrol altına alınmasını kolaylaştırabilirler.



KAN BASINCI ÖLÇÜM DEĞERLERİ

Normal değerlerin sırasıyla büyük tansiyon için 90 ile 139 mmHg, küçük tansiyon için 60 ile 89 mmHg arasında seyretmesi gerekir. Bu değerler normal kan basıncı/tansiyon değerleridir.

HİPERTANSİYON BELİRTİLERİ

Uzun sürede gelişen bir hastalık olduğundan hipertansiyon gizli seyreder, birey tarafından kolayca anlaşılmaz.



Hipertansiyon Belirtileri



Baş dönmesi,
Baş ağrısı



Göğüs
ağrısı



Burun kanaması



Bulanık ve çift görme



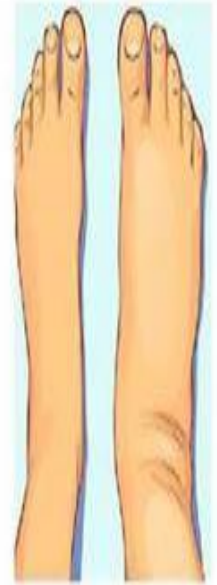
Nefes
darlığı



Halsizlik, yorgunluk



Sık idrara çıkma



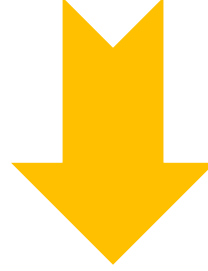
Ayak ve bacaklarda
şişlik

HİPERTANSİYONA BAĞLI GELİŞEBİLECEK KOMPLİKASYONLAR

Bir damar hastalığı olan hipertansiyon vücudun birçok doku ve organını etkileyerek buralarda çeşitli sorunların gelişmesine ve hayati risk oluşturan durumların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir.

Özellikle de kan damarı açısından zengin olan göz, beyin, böbrek ve kalp hipertansiyonun en çok etkilendiği organların başında gelmektedir.

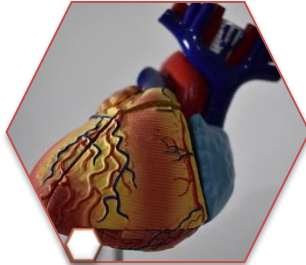
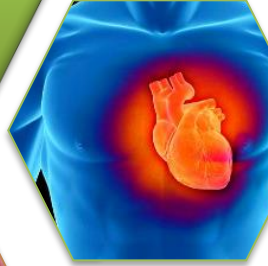
HİPERTANSİYON



**BÖBREK
YETMEZLİĞİ**



**KALP
KRİZİ**



**KALP
YETMEZLİĞİ**



FELÇ



ÖLÜM



Kalp üzerine etkisini kalbi besleyen damarlar ve kalp dokusuna verdiği zararlarla gerçekleştirir. Kalbi besleyen damarlarda yüksek seyreden tansiyon, kalp kasının kalınlaşmasına yol açar. İlerleyen zamanda bu durum kalp krizi, kalp yetmezliği gibi sağlık sorunlarına yol açar.



Beyin damarlarının etkilenmesi sonucu damar yapısı değişen beyinde damarlarda daralma, inme (felç), beyin kanamaları gelişebilir.



Yüksek seyreden tansiyon gözü besleyen damarların daralmasına, zaman içinde damar duvarında kalınlaşmaya yol açar. Ayrıca göz içinde ödem oluşmasına, göz içi kanamaların meydana gelmesine, görme kayıplarına sebep olabilir.



Yüksek seyreden tansiyon, böbreklerin işlevlerini yerine getirememelerine, böbrekte büyüme oluşmasına, böbrek damarlarının etkilenmesi sonucu da böbrek yetmezliği gelişmesine yol açabilir.

HİPERTANSİYON KRİZİ

- Hipertansiyonun en önemli akut komplikasyonlarından biri olup hastalarının sık sık acil servise başvurmasını gerektiren bir durumdur.



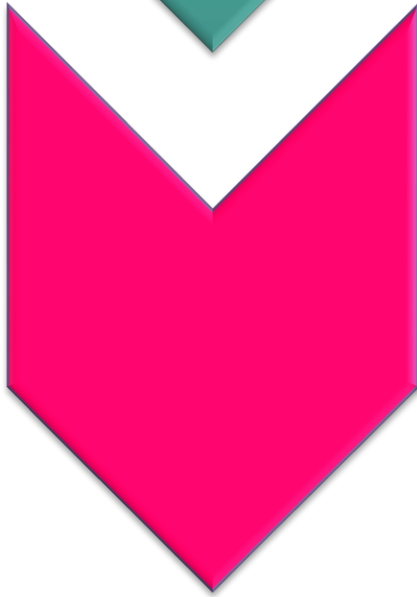
Hipertansif kriz, genellikle 120 mmHg'nin üzerindeki küçük tansiyon değerleri ile tanımlanan şiddetli ve ani kan basıncı yükselmesi ile karakterizedir.



- Hastada baş ağrısı, görme bozuklukları, atipik göğüs ağrısı, nefes darlığı, akut psikolojik stres, anksiyete veya panik sendromu gibi ağrılı veya duygusal olaylar sırasında kan basıncının geçici olarak yükselmesi ile seyreder.



- **Kan basıncı söz konusu belirtiler olduğunda mutlaka kan basıncı ölçülmelidir. Yüksek ölçüm sonucu varlığında mutlaka hastaneye başvurulmalıdır.**



- Hastanede ölçülen hastanın tansiyon değerlerine göre, oral ilaç kullanılarak kan basıncının kademeli olarak düşürülebileceği gibi, kan basıncında daha hızlı bir düşüş için intravenöz (serum takma) tedavisi de uygulanabilir.

HİPERTANSİYON YÖNETİMİ



1-HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Hipertansiyonda tedavi, ilaç tedavisi ve sağlıklı yaşam biçimi alışkanlıklarının kazandırılması ile mümkündür. İlaç tedavisi, tansiyon ilacı kullanımını içerirken, sağlıklı yaşam şekli davranışları ilaç tedavisi dışındaki her şeyi kapsar. Yaşam biçiminde değişime giden birey, kendi bakımını kendisi gerçekleştirebiliyor, hastalık yönetiminde aktif görev alıyor demektir.



İLAÇ TEDAVİ ÖNERİLERİNE UYMA

Tansiyon İlaçlarının Kullanımı



İlaç tedavisinin uygulanmasında amaç; Tansiyon değerlerinin 140/90 mmHg altında tutulmasını sağlamak, göz, böbrek gibi hayati önemdeki organların hasarını önlemek veya geriletmektir.



*****Tansiyon ilaçlarınızı kullanırken dikkat etmeniz**

gereken hususlar:

- ♥ Reçete edilen ilaçlarınızı her gün doktorunuzun önerdiği öğünde ve dozda alınız.
- ♥ İlacınızı, etkili tansiyonu kontrolü sağlaması için her gün aynı saatte almaya özen gösteriniz.
- ♥ Birden fazla tansiyon ilacı kullanıyorsanız ilacınızı aldığınız saatte doğru ilaç ve doğru ilaç dozunu aldığınızdan emin olunuz.
- ♥ Başka rahatsızlıklarınız sebebiyle kullandığınız ilaçlarınız varsa hekiminizi bilgilendiriniz.

- ♥ Doktorunuzun belirttiği ilaç yan etkileri yönünden kendinizi takip ediniz.
- ♥ Yan etki gelişmesi halinde en kısa sürede hekiminizle görüşünüz.
- ♥ İlaç dozunuz ile ilgili kendiniz herhangi bir değişiklik yapmayınız.
- ♥ Günlük almanız gereken dozu unuttuğunuzda bir sonraki doz saatinde almanız gereken dozu alınız. Çift doz almayınız.
- ♥ Kullandığınız ilaçların mutlaka son kullanma tarihlerini kontrol ediniz.
- ♥ Ev dışında olduğunuz durumlarda mutlaka yanınızda ilaçlarınızı ve hasta tanıtım kartınızı bulundurunuz.

HASTA TANITIM KARTI NEDİR?

Herhangi bir sağlık sorunu yaşadığınızda sizden bilgi alamayan sağlık personelinin, hipertansiyon hastası olduğunuzu bilmesi, tedavi uygulamaları sırasında bu durumu gözönüne alması için bilgilendirici niteliktenmli bir karttır.

- ♥ İlaç tedavisine uyum sağlamada yaşadığınız tüm sorunları hekiminizle paylaşınız ve destek isteyiniz.
- ♥ Doktorunuzun önerdiği tarihlerde mutlaka kontrollerinize gidiniz.
- ♥ Birlikte yaşadığınız aile bireylerinde tedavi sürecinize uyumunuzda size destek olmalarını isteyiniz.

**Doktorunuzun önerilerine uyum göstermeniz,
hipertansiyonun kontrol altına alınmasında ve
yaşamınızı sorunsuz sürdürmenizde size
yardımcı olacaktır.**



***Beslenme Alışkanlıkları İle İlgili Yenilikler**

Öncelikle beslenme alışkanlıklarınız ile ilgili hekim veya hemşirenizle bilgi paylaşımında bulununuz.

Size sunulan beslenme önerilerinin sizin durumunuza özgü olarak oluşturulduğunu unutmayınız. Bu nedenle diyet önerilerinizi diğer hipertansiyonlu bireylerin uyguladıkları diyet önerileri ile kıyaslamayınız ve kendi diyetinizi başkalarına önermeyiniz.

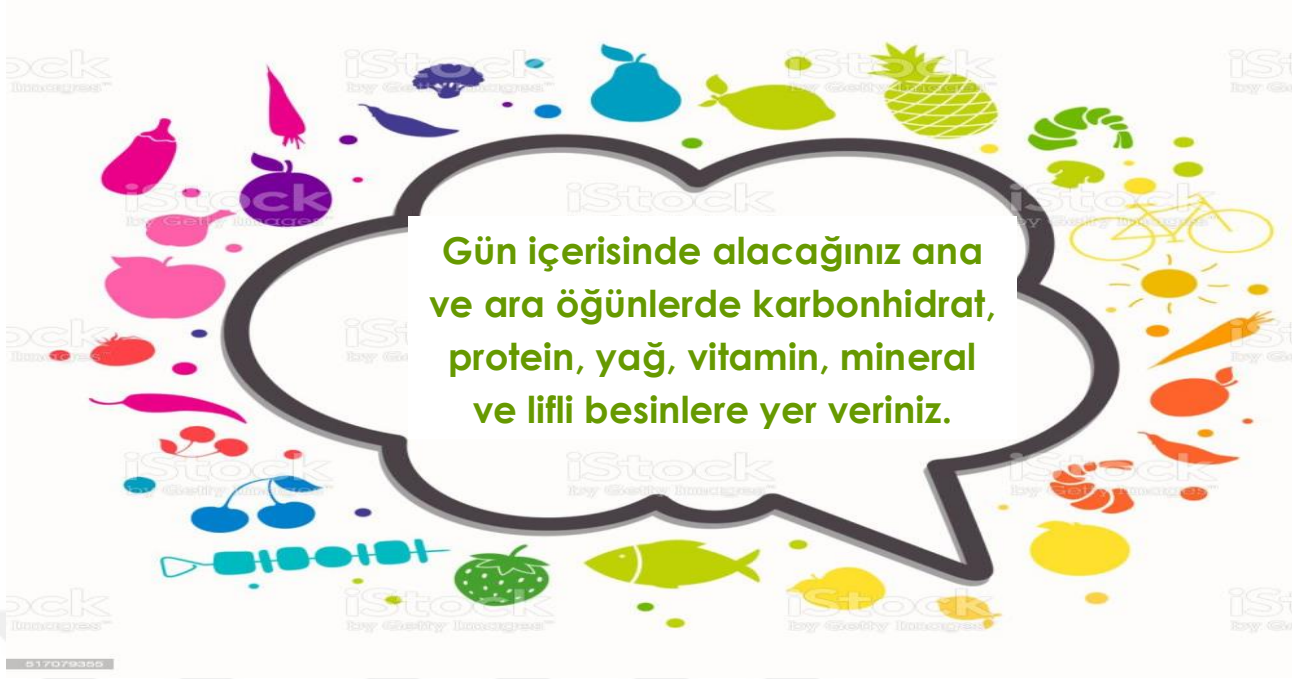


Diyetisyeninizin yapacağı düzenlemelerle diyetinizi sürdürünüz. Diyetisyen kontrol zamanlarına uyunuz.

Kendiniz diyetinizde değişiklik yapmayınız.



Beslenmenizde sebze ve meyvelere ağırlıklı olarak yer veriniz.



Gün içerisinde alacağınız ana ve ara öğünlerde karbonhidrat, protein, yağ, vitamin, mineral ve lifli besinlere yer veriniz.



Karbonhidrat tercihinizi tam buğday ekmeği, kepekli ekmek, mısır, kuru fasulye, nohut, bulgur, patates gibi nişasta içeriği olanlardan yana kullanınız.

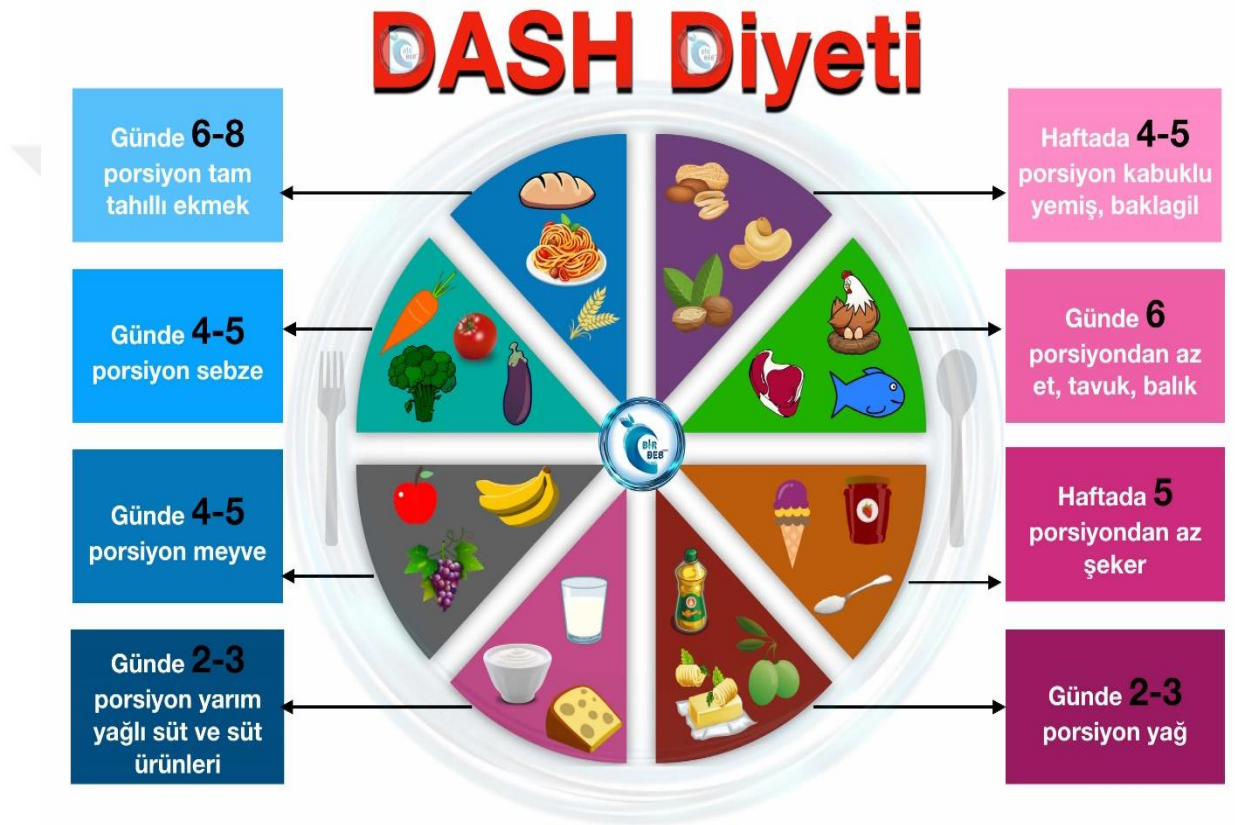


Şekerlemeler, ikolata, hazır meyve suları, meşrubatlar, şekerli kurabiyeler, pasta ve tatlı gibi rafine şeker içeriğı yoğun, kilo alımınıza yol açacak, kan şekerinizi hızlı yükseltecek yiyecek ve içeceklerin tüketiminden kaçınınız.



DASH diyeti (Dietary Approaches to Stop Hypertension – Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Diyet Yaklaşımları) olarak adlandırılan Akdeniz diyetinin hipertansiyonu olan bireylerde tüketimi teşvik edilen besin gruplarından zengin, miktarı kısıtlanan besin gruplarından fakir içerikteki bir diyet yaklaşımıdır ve hipertansiyon tedavisinde kullanılabilmektedir. Bunun için diyetisyeninize danışmanız yeterli olacaktır.

Sebze ve meyveden zengin, yağ içeriği bakımından fakir bir DASH diyet programına düzenli uyum göstermeniz halinde tansiyonunuzda 8- 14 mmHg azalma sağlayabilirsiniz.



DASH Diyetine Göre Besin Grupları İçin Önerilen Porsiyon Miktarları

Besin Grubu	Günlük önerilen porsiyon miktarı
Tahıllar	6-8 porsiyon (Bir porsiyonda ½ bardak haşlanmış pirinç veya makarna; 1 dilim tam buğday ekmeği)
Et (yağsız), tavuk, balık ve yumurta	≤6 (Bir porsiyonda 30 gram pişmiş yağsız kırmızı et, balık, tavuk, hindi, 1 adet yumurta)
Sebzeler	4-5 porsiyon (Bir porsiyonda 6 yemek kaşığı dolusu pişmiş sebze; 1 bardak çiğ yeşil yapraklı sebzeler)
Meyveler	4-5 porsiyon (Bir porsiyonda 1 orta boy meyve, ½ bardak doğranmış meyve, 100 gr taze meyve ya da 120 ml taze meyve suyu)
Düşük yağlı veya yağsız süt ürünleri	2-3 porsiyon (Bir porsiyonda 1 bardak yağsız süt, 1 bardak az yağlı yoğurt, 1 bardak kefir, 2 bardak ev yapımı ayran, 30 gr beyaz peynir ya da 40 gr lor peynir)
Yağlar	2-3 porsiyon (Bir porsiyon için 1 tatlı kaşığı ayçiçek yağı, zeytinyağı veya mısırözü yağı, 1 tatlı kaşığı yumuşak margarin veya tereyağı)
Sodyum	2300mg (1 çay kaşığı)
	Haftalık Önerilen Porsiyon Miktarları
Kabuklu yemişler, kuru baklagiller	4-5 porsiyon (Bir porsiyonda 3 adet bütün ceviz ve 8 adet badem gibi)
Tatlılar	≤4 porsiyon (Bir porsiyonuna 1 yemek kaşığı şeker, reçel ya da marmelat, 1 çay bardağı şerbet veya 1 su bardağı limonata)



Taze sebze ve meyve, kuru baklagil, düşük yağlı süt ürünleri, tam tahıllı ürünler, balık ve doymamış yağlardan zengin bir beslenme alışkanlığı tercih ediniz.

Diyetinizde süt ve süt ürünlerine yer vererek vücudunuzun ihtiyacını karşılamanın yanında kemik yapınızın da güçlenmesini sağlayabilirsiniz.

Vücudumuzun yenilenmesinde önemli görevi olan proteinlere tabağınızda yer veriniz. Protein ihtiyacınızı balık, tavuk, yumurta, süt ve süt ürünleri ve kuru baklagiller (mercimek, kuru fasulye, nohut vb.) tüketerek karşılayabilirsiniz.



Haftada en az iki kez balık (somon, ringa, ton balığı gibi) tüketmeye özen gösteriniz.

Yemeklerde zeytinyağı, fındık yağı, soya yağı gibi doymamış yağları tercih ediniz. Margarin, tereyağı gibi katı yağların tüketiminden kaçınınız.



Yemeklerinizde mümkün olduğunca az yağ kullanınız. Kızartma veya işlenmiş aşırı yağ içeren yüksek besinlerden uzak durunuz.

Kırmızı et, tereyağı, dondurma, karides gibi doymuş yağ ve kolesterol içeriği yüksek gıdaların tüketimini kısıtlayınız.

Vücudunuzun günlük tuz ihtiyacı 3 gr kadardır (yarım çay kaşığı kadar). Diyetinizde yapacağınız sodyum kısıtlaması ile tansiyonunuzun kontrol altına alınabilirliğine ciddi katkıda bulunmuş olursunuz. Sodyumdan kısıtlı diyet ile tansiyon ilacınızın etkinliği artar. Tuz alımını kısıtlamada dikkat etmeniz gereken bir diğer konu, işlenmiş gıdalardır.

Bu gıdalar yoğun miktarda tuz içerdiklerinden bu besinlerin tüketiminden kaçınınız (hazır çorba, dondurularak hazırlanmış besinler, turşu vb.).

Öğünlerde yiyeceklerinize fazladan tuz ilavesi yapmayınız. Sofranızda tuzluk bulundurmayınız.

Yemek ve salatalarınıza baharat, limon suyu vb. ekleyerek lezzetlendirebilirsiniz.

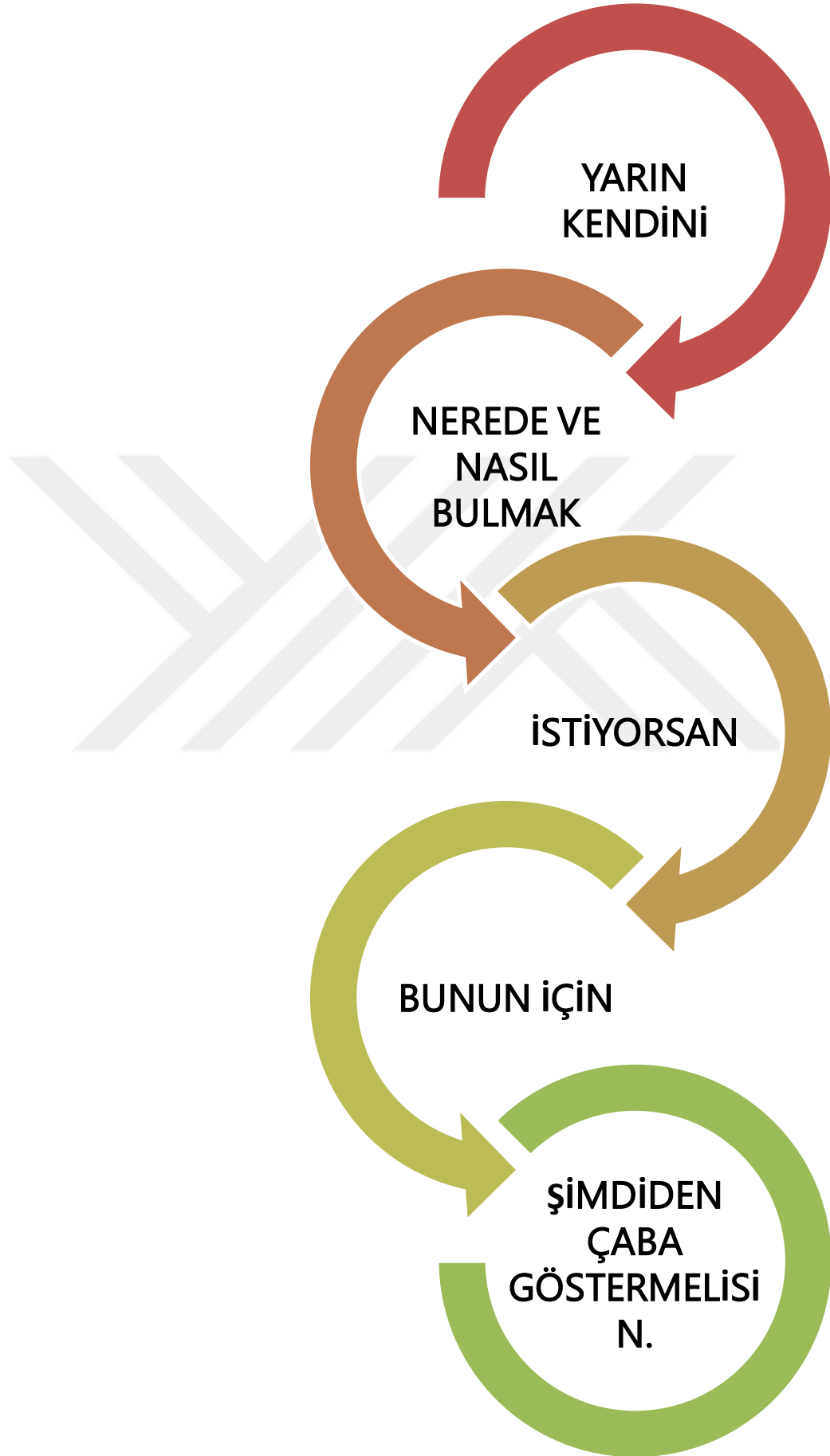
Tansiyonunuzun kontrol altına alınmasına yardımcı olan ve insülin duyarlılığını arttıran potasyum minerali, birçok taze sebze ve meyvede(portakal, muz, incir, hurma, domates, kayısı, kuru üzüm, patates vb.) bulunur. Ana ve ara öğünlerinizde sebze ve meyvelere bolca yer verebilirsiniz.

Lif içeriği yüksek olan marul, maydanoz gibi sebzelerle, elma, portakal, kavun gibi meyvelerin günlük tüketimi ile ihtiyacınız olan lif miktarını karşılayabilirsiniz. Lifli besinlerin tüketimi ile tansiyonunuzun düşmesini destekleyici ve günlük potasyum ihtiyacınızın karşılanmasını sağlayıcı davranışta bulunmuş olursunuz.

Sarımsak, yeşil çay ve narenciye ürünleri hipertansiyon tedavisinde kullanılan başlıca bitkisel ürünlerdir. Sarımsak; çorbalar, güveçler, makarnalar ve cacık gibi birçok gıda da yaygın olarak kullanılan bir bitkidir. Ancak, piyasada satılan dozajı ve etki süreleri belli olmayan sarımsak veya diğer fabrikasyon bitkisel ürünlerin hipertansiyon tedavisinde yeri yoktur.

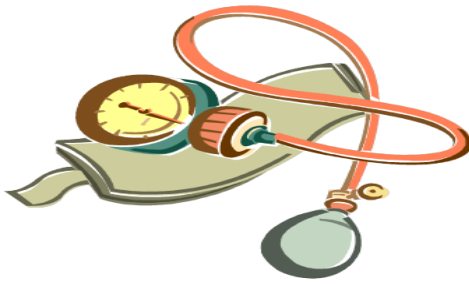
Yeşil çay, insanlarda kanda **“Kötü (LDL)” kolesterolü** azaltmak ve **“İyi (HDL)” kolesterolü** arttırmak suretiyle damar sertliğini önleyici özelliği vardır. Bu sayede kan kolesterolü kontrolü sağlanarak kan basıncının düşmesine yardımcı olabilir. Ancak günde 2-3 fincandan daha fazla tüketmeyiniz.







Portakal, mandalina gibi narenciyeler içerdikleri C vitamini, potasyum, folat, lif gibi besin öğeleri ile tansiyonunuzun kontrol altına alınmasına destek olabilirsiniz. Narenciye ürünleri de diğer bitkisel ürünler gibi işlenmeden taze meyve olarak yenilmelidir.



Tansiyonu yükselten ve/veya kontrolünü zorlaştıran bazı bitkisel ürünler bulunmaktadır.

***İdrar söktürücü özelliği olan (meyan kökü, ardıç meyvesi, su teresi, sarı kantaron otu gibi) bitkiler kesinlikle tüketilmemelidir. Bu bitkisel ürünler aşırı idrar çıkışına yol

açarak sıvı kaybına neden olduğundan tüketiminden kaçınınız.

***Bitkisel ürünlerin fabrikasyon hale getirilerek internet ortamında satılması maalesef yaygınlaşmıştır. Bu ürünlerin birçoğunun içeriğinde sağlığa zararlı çeşitli maddeler tespit edilmiştir. Bu sahte ürünlerin içinde bonzai gibi uyuşturucu özelliği olan maddelerin bile olması mümkündür. Bu nedenle internet ortamında satılan bitkisel ürünler kesinlikle kullanılmamalıdır.

***Kafeinin tansiyon yükseltici özelliğinden dolayı günlük kahve ve kafeinden zengin ürünlerin tüketimini sınırlandırınız. Kafeinsiz içecekler tercih ediniz.

***Vücudumuzun günlük işlevlerini yerine getirmede su temel gereksinimlerden biridir. Günlük su tüketiminizi gün içine yayarak en az 6-8 bardak tüketiniz.



Her Gün Gösterdiğin Küçük
abalar Sana Daha Sağlıklı Bir
Yaşam Olarak Geri Dönecek...

*Öğünlerde Tuz Kullanım

Tuz, insan vücuduna alındığında beden sağlığı üzerinde ciddi etkilerin bulunmaktadır.



Özellikle de fazla miktarlarda alınan tuzun tansiyon, böbrekler, mide, bağışıklık sistemi, kalp ve kan damarları gibi birçok organda hasarlar meydana getirdiği bilinmektedir.



Tuz, sadece yemeklere koyulan tuz değildir.

Yediğiniz ekmek, kraker, her türlü işlenmiş ve paketlenmiş gıdalarda ürünün içinde raf ömrünün uzatılması için bolca bulunmaktadır.

Tansiyonunuzun yükselmesinde, yemeklerinizde almış olduğunuz tuz miktarının etkili olabileceğini gösteren birçok araştırma bulunmaktadır.

- ☀️ Günlük tuz ihtiyacınız yaklaşık bir çay kaşığı kadardır.
- ☀️ Yediğiniz ekmekte dahi günlük ihtiyacınızı karşılayacak düzeyde tuz bulunduğundan öğünlerinizde ilave tuz tüketiminden kaçınınız.
- ☀️ İlerleyen yaşla beraber dilde tat algılayan hücrelerde azalma meydana gelir. Bu nedenle yediğiniz yiyeceklerdeki tuz miktarını algılamakta zorlanabilirsiniz. Bu yüzden ölçülü tuz tüketimini tercih ediniz.
- ☀️ Tuz tüketiminizde dikkatli davranmanız tansiyon ilaçlarınızın etkili olmasını, tansiyonunuzun kontrol altında olmasını sağlayacağını unutmayınız.

- ☀ Yemeklerde kullandığınız salçaların (özellikle ev yapımı olanlar) tuz içeriği yüksek olduğundan ilave tuz kullanmayınız.
- ☀ Yemek saatlerinde sofraya tuzluk koyma alışkanlığına son vererek tuz kullanımınızı sınırlandırabilirsiniz.
- ☀ Yemeklerinizde sarımsak, nar ekşisi, baharatlar kullanarak tuzun eksikliğini hissetmeyebilirsiniz.
- ☀ Tuz içeriği yüksek olan her çeşit abur cubur türü atıştırmalıkları (kraker, bisküvi, cips, gibi) yaşamınızdan olabildiğince çıkarmayı deneyiniz.
- ☀ İşlenmiş et (şalam, sucuk, sosis vb.), turşu, fastfood türü hızlı atıştırmalıkların tuz içerikleri fazla olduğundan öğünlerinizde yer vermeyiniz.



*Öğünlerin Planlanması



✂ Öğünlerinizi üç ana ve üç ara öğün şeklinde planlayınız. Ana ve ara öğün içerikleriniz ve porsiyon büyüklüğünüz günlük ihtiyacınıza göre değişkenlik göstereceğinden diyetisyeninizden destek isteyiniz.

✂ Öğünlerinizi düzenli olarak aynı saatlerde almaya özen gösteriniz.

✂ Öğün atlamayınız.

✂ Kilo sorununuz varsa diyetisyeninizle görüşerek size uygun olan bir beslenme programı hazırlamasını

isteyiniz. Aç kalarak zayıflayamayacağınızı
unutmayınız.



TABAĞIMDA RENK;



HAYATIMDA HAREKET...

Besin Piramidi

Tüketicilerin Bilmesi Gerekenler

Yüksek yağ, şeker ve tuz içeren yiyecekler

Sağlık Riski Yüksek!

Yağlar

Az Miktarda

Kırmızı et, kümes hayvanları, balık yumurta, fasulye ve fındık

Günde 2 Porsiyon

Süt, Peynir ve Yoğurt

Günde 3 Porsiyon
Çocuk ve Ergenlerde 3 porsiyona eklenir

Kepekli tahıl ve ekmekler, patates, makarna ve pirinç

Günde 3-5 Porsiyon
Ergen çocuklarda 7 porsiyona kadar eklenir

Sebze ve Meyveler

Günde 5-7 Porsiyon



3-Fiziksel Aktivite

Düzenli egzersizin ne gibi faydaları vardır?

- ♥ Kalp hastalığı ve diğer kronik hastalıklara yakalanma riskini azaltır.
- ♥ Kendinizi enerjik hissetmenizi sağlar, stresinizi azaltır.
- ♥ Kilo vermeye yardımcı olur.
- ♥ Kasları ve kemikleri güçlendirir.
- ♥ Yaşam kalitesini artırır.



Egzersiz yaparken dikkat edilmesi gerekenler:

- Egzersiz çalışmalarına başlamadan önce hekiminize yapabileceğiniz aktivitelerle ilgili danışınız.
- Yapacağınız egzersize uygun kıyafet tercih ediniz.

- Egzersiz öncesi ve sonrası tansiyon ölçümünüzü yapınız.
- Egzersizlerinizi aynı saatlerde yapmaya özen gösteriniz.
- Düzenli olarak gerçekleştireceğiniz egzersiz uygulamaları ile tansiyonunuzu kontrol altına alabilirsiniz.
- Koşu, yürüme, yüzme, tenis, bisiklet sürme, voleybol, aerobik egzersizler yapabileceğiniz sporlar arasındadır. İlgi alanınıza göre seçim yapabilirsiniz.
- Haftada en az 3-4 kez 30-45 dakikalık zaman dilimini kapsayan egzersizler planlayabilirsiniz.
- Gün aşırı en az 30 dakika süre ile yapacağınız hızlı tempolu yürüyüşlerle tansiyonunuzu 4-9 mmHg düşürebilirsiniz.
- Egzersizlerini kendinizi zorlamadan kademeli olarak süresini uzatarak planlayınız.
- Kuvvetlendirme egzersizleri, direnç uygulayarak kasların kuvvetini ve dayanıklılığını arttırmaya yarayan egzersizlerdir. Ağırlık kaldırma gibi kuvvetlendirme

egzersizleri hipertansiyonu olan bireylere önerilmemektedir.

Egzersiz şiddeti metabolik eşdeğer (MET) ile ifade edilir. Bir MET, istirahatteki enerji tüketimine denk düşen yoğunluk birimidir. Üç MET fiziksel aktivite, hareket etmeden oturma esnasında harcanan enerjinin üç katı kadar enerji harcamaktır. Aşağıda sıkça yapılan fiziksel aktivitelerin MET değerleri yer almaktadır.



Egzersiz uygulamalarınız için pratik öneriler:



Asansör kullanmak yerine merdivenlerden inip çıkınız. İşyerinize giderken araba ile gitmek yerine yürüyünüz veya otobüsten bir veya iki durak önce ininiz.

İşyerine geldiğinizde arabanızı park yerinin en uzak bölgesine park ediniz.

Sizinle birlikte egzersiz yapacak birini bulunuz. Bu sayede daha istekli egzersiz yapabilirsiniz.

Egzersiz sırasında aşağıdaki uyarı belirtilerinden birini hissettiğinizde, hemen egzersizi bırakınız ve doktorunuza başvurunuz:

- ! Göğüs ağrısı veya rahatsızlık
- ! Baş dönmesi veya bayılma,
- ! Kol veya çenenizde ağrı,
- ! Ciddi nefes alamama hissi,
- ! Düzensiz kalp atımı,
- ! Aşırı yorgunluk.





Cesaretini
Topla

Bugün
Değişime
Başla!!!



4-YAŞAM ŞEKLİ DEĞİŞİKLİKLERİ

Yaşam şeklinde değişiklik oluşturulması sizi tansiyon ilacı kullanımından kurtarmaz. Ancak;

- Hipertansiyonun vücudunuza verdiği zararı azaltabilir.
- İlaç sayınızda ve dozunuzda artışı engelleyebilir.
- Tedavi sürecinizi etkin şekilde yöneten bir birey olma özelliğini size kazandırabilir.



**Yaşam şekli değişikliği
önerilerinin ilaç tedavisi
kadar önemli olduğunu
unutmayınız.**

*Alkol Tüketimi

Alkol kullanımı kullandığınız ilacın etkisini azaltarak inme(felç) geçirmenize yol açabileceğinden tüketimi en az seviyede tutunuz.

Alkol tüketimini günlük 60 ml (su bardağının çeyreği - $\frac{1}{4}$) viski, 300 ml (1 su bardağı + $\frac{1}{4}$ su bardağı) şarap ya da 720 ml (3 su bardağı) birayla sınırlandırınız.



Hafta boyunca alkol alınmayan gün sayısının artırılması ve aşırı içki tüketiminden kaçınılması tansiyonunuzu kontrol altında tutmanıza yardımcı olacaktır.

Bilimsel çalışmalar, alkol tüketimini azaltmanız halinde büyük tansiyonunuzda 3,3 mmHg, küçük tansiyonunuzda 2 mmHg 'lık bir düşüş gözlenebileceği bildirilmektedir.

*Sigara Kullanımı

İçilen her bir sigara kısa süreli tansiyon yükselmesine sebep olduğundan tansiyonda ani dalgalanmaların oluşmasına, kontrolün zorlaşmasına ve ilaçların etkinliğinin azalmasına yol açtığından sigara kullanımını sonlandırınız.

Öncelikle sigarayı bırakma konusunda kararlı olun.

Kendinize zaman verin, aceleci davranmayın.

Sigara içmekten kendinizi uzak tutmak için kendinize yeni meşguliyetler bulun (sakız çiğnemek, yürüyüş yapmak, su içmek, derin nefes alıp vermek, sigara içen arkadaşlarla daha az görüşmek gibi.).

Sigarayı aklınıza getiren veya içmeyi tetikleyen uyarılardan kurtulun. Örneğin, cebinizde çakmak/ kibrit bulundurmayın, evde/ işyerinde bulunan küllükleri kaldırın.

Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde vakit geçirmeye çalışın.

Sigarayı içmediğiniz gün istediğiniz gibi geçmeyebilir. Ancak **önemli olanın gün içinde tek bir sigara dahi içmemektir.**

Vücutta oluşan nikotin bağımlılığını sigara içmeden kontrol altına almak için beslenmenize bazı besinleri ilave edebilirsiniz. Örneğin, muz, domates, patlıcan, süt gibi besinler sigara bırakma sürecinizde size yardımcı olabilecek besinler arasında yer alır. Canınız sigara çektiğinde bu sağlıklı besinleri güvenle tüketebilirsiniz.

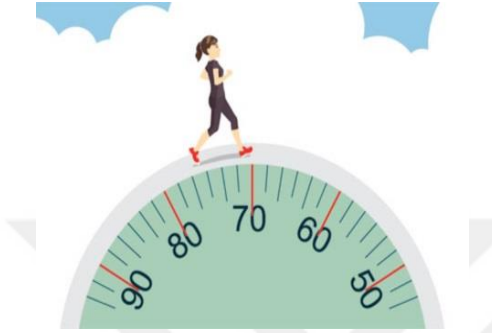
Aileniz veya arkadaş çevreniz ile sigarayı bırakmayı planladığınızı ve onlardan bu konuda destek istediğinizi açıkça ifade ediniz.

Sigarayı bırakmada ve bireysel başatmede yeterli güce sahip değilseniz veya denemelerinizde başarısız olduysanız, sigara bıraktırma polikliniklerinden ücretsiz olarak faydalanabilirsiniz.



*Kilo Kontrolü

İdeal vücut ağırlığınız üzerindeki kilo ile yüksek tansiyon arasında yakın bir ilişki söz konusudur.



Yüksek tansiyon ve fazla kilonun bir arada olması şeker hastalığı, kalp damar hastalıkları gibi çeşitli hastalıklara yol açabileceğinden istendik vücut ağırlığını kazanmanız önemlidir.



Kilo verme sürecinizi diyetin yanında egzersizlerle desteklemeniz gerekmektedir. Oluşan kilo kaybı, ilaç çeşitliliğinizin ve ilaç dozunuzun da azalmasına katkı sağlayabilmektedir. Ayrıca tansiyon ilacınızın etkinliğinde artış görülmesine de katkıda bulunmaktadır.

Beden kütle indeksinizi hesaplayarak boy ve kilonuzun orantılı olup olmadığını hesaplayabilirsiniz. Gördüğünüz sonuç sizi egzersiz yapmanız konusunda da teşvik edici olacaktır.



Boyunuzu metre cinsinden ölçüp kilonuzu kilogram cinsinden tartıp yukarıdaki formüldeki yerlere yazarak hesapladığınızda elde ettiğiniz sonuç ile aŗaęıdaki tablo üzerindeki değerleri karŗılaŗtırarak doğru beden kütle indeksinize ulaŗabilirsiniz.

Sınıflandırma	BKİ (kg/m ²)
Zayıf	<18.50
Ağır	< 16.00
Orta	16.00-16.99
Hafif	17.00-18.49
Normal	18.50-24.99
Hafif Şişman (kilolu)	? 25.00
Şişmanlık öncesi	25.00-29.99
Şişman	? 30.00
I. Derece Şişman	30.00-34.99
II. Derece Şişman	35.00-39.99
III. Derece Şişman	? 40.00

Hipertansiyon ile aşırı kilo arasında yakın bir ilişki vardır.

Vücut kütle indeksinde erkeklerde 2,1 kg/m², kadınlarda 2,7 kg/m² azalma sağlanması durumunda ortalama altı ay içerisinde tansiyonda yaklaşık 2,2 mmHg'lık bir düşüş sağlandığı yapılan araştırmalarda saptanmıştır.

Beden kütle indeksi sonucunuzun yanı sıra bel ve kalça çevrenizin genişliği de sağlığınız ve diğer kronik hastalıklar açısından da kendinizi değerlendirmenizi ve gerekli yaşam şekli düzenlemelerine gitmeniz konusunda size yol gösterici olacaktır.

Bir mezura yardımıyla bel çevrenizi ve kalça çevrenizi ölçünüz.

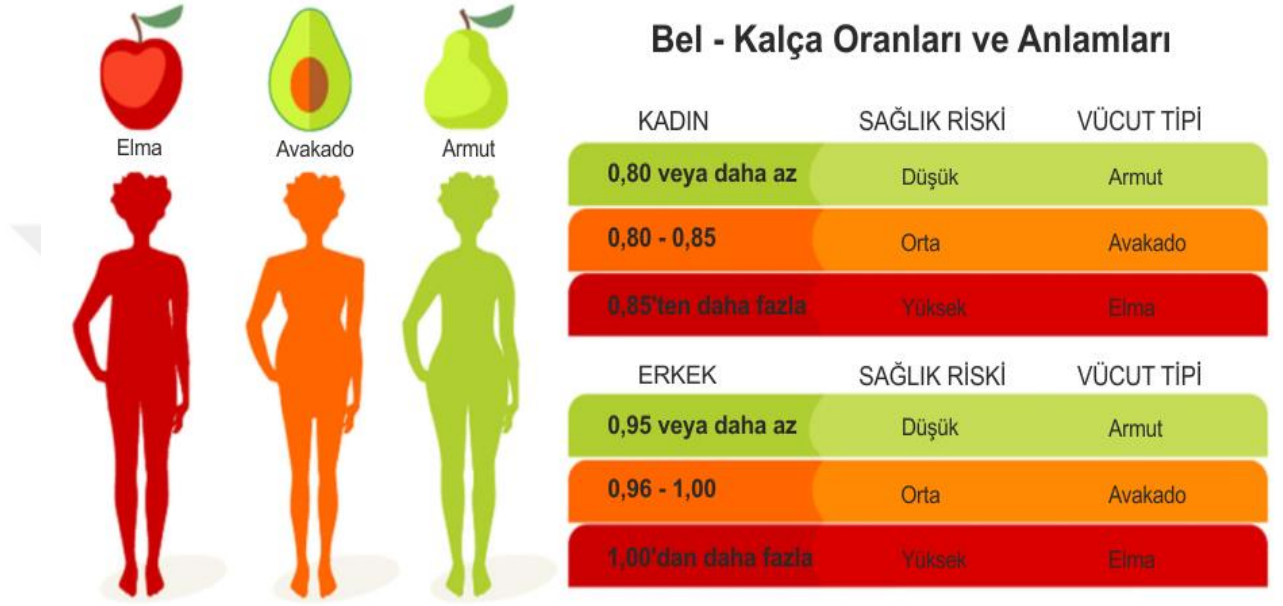


Ölçüm sonuçlarınızı not alınız ve aşağıdaki formüle yerleştirerek bel-kalça oranınızın normal değerlerde olup olmadığını öğrenebilir ve böylece hangi vücut tipine sahip olduğunuzu öğrenebilirsiniz.

Tek başına bel çevresi ölçümünün **erkeklerde 94 cm, kadınlarda 80 cm** ve üzerinde olması hastalık riskinin artmasına neden olmaktadır.

$$\frac{\text{Bel çevresi ölçüm sonucu}}{\text{Kalça çevresi ölçüm sonucu}} = \text{Bel - Kalça oranınız}$$

Kalça oranınız



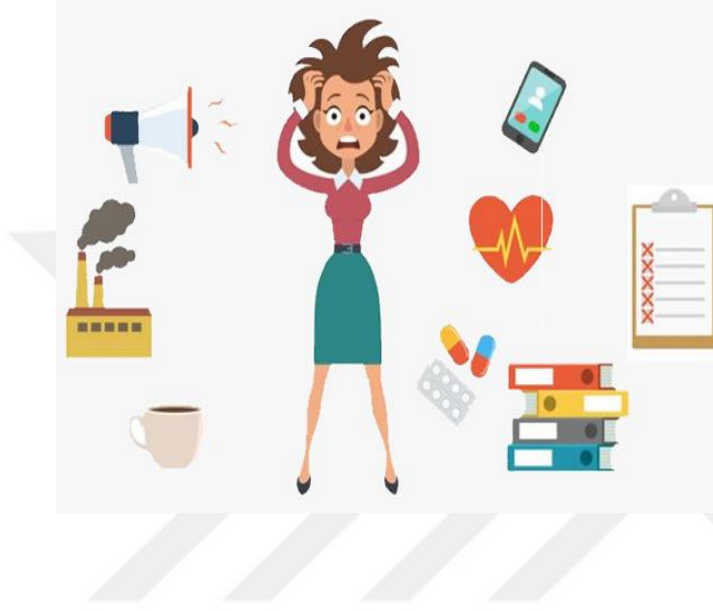
Yağın karın bölgesinde ve iç organlarda toplanması insülin direncine yol açmaktadır. İnsülin direnci ise obezitenin (aşırı kilolu olma hali) yol açtığı Tip 2 Diyabet, hipertansiyon, dislipidemi ve koroner arter hastalıkları arasındaki ilişkiyi sağlayan en önemli faktördür.

VÜCUT AĞIRLIĞINIZI DENGEDEN TUTUNUZ.





*Stres ve Kaygı Durumlarında Rahatlama Yöntemleri



Stres, insan fizyolojisine zarar veren etmenler ve bu etmenlere karşı bedende meydana gelen istenmeyen değişiklikler olarak tanımlanabilir.

Öncelikle stresin yaşamın ayrılmaz bir parçası olduğunu kabulleniniz.

Sizde stres yaratan durumları günlük işlerinizden başlayarak belirleyiniz. Günlük işlerinizi öncelik ve aciliyet durumlarına göre sıralayınız. Gerekirse bu sıralamayı yazılı hale getirip görebileceğiniz bir yere asınız.

Stres yaşadığınız durumlarda ortam değişikliği yaparak, yürüyüş yaparak, açık havaya çıkarak ve derin nefes alma-

verme egzersizleri yaparak vücudunuzun strese olan tepkisini kontrol altına alabilirsiniz.

Sizde stres yaratan durumları günlük tutup yazıya dökmek de sizde rahatlama sağlayabilir.

Aile üyeleri arasında iş bölümü yaparak yükünüzü hafifletiniz. Zaman planlamaları oluşturunuz.



Stresinizi kontrol altına almanız sağlığını geliştirmenizi, yaşamı daha kaliteli sürdürmenizi sağlayacaktır.



Strese uyum sağlamada veya stresle başa çıkmada şu yolları deneyebilirsiniz:

Bireysel olarak stresi azaltmada, spor, solunum egzersizi, meditasyon, gevşeme (relaxation) egzersizleri, beslenme ve diyet değişiklikleri, sosyal, kültürel ve sportif etkinliklere katılma, masaj, dua ve ibadet, zaman yönetimi gibi tekniklerden kendinize en uygun olanı deneyerek faydalanabilirsiniz.

Meditasyon, sessiz bir ortamda oturarak nefes alıp verme, kalp atımı gibi vücut fonksiyonlarına veya bir nesneye odaklanma şeklinde yapılır. Günde 2 kez 15-20 dakikalık periyotlar halinde yapılarak strese bağlı gelişen belirtiler kontrol altına alınabilir.



Müzik de stres yönetiminde sıklıkla kullanılmaktadır. Sevdiğiniz müzikleri dinleyerek stresten uzak kalabilirsiniz.

Bir diğer stresle baş etmede önemli yeri olan faktör ise sosyal destektir.



Sosyal destek, stresin oluşumunu önlemede ve var olan stresin birey tarafından yönetiminde zorlanıldığı durumlarda destekleyici olduğundan stresin azaltılmasında önemli role sahiptir. Bu nedenle stres yaşadığınız süreçte ailenizden, arkadaşlarınızdan ve yakınlarınızdan destek isteyebilirsiniz.

Masaj gevşemenin ve stresi azaltmanın etkili bir yoludur. Kas gerilimini ve buna bağlı yaşanan ağrıyı azaltarak kan dolaşımını artırır ve gevşemenizi, kendinizi iyi hissetmenizi sağlar.

Solunum egzersizi ve gevşeme teknikleri de stres yönetiminde faydası bulunan aktivitelerdendir. Nefes alma, damarları genişletme, kan ve beraberinde oksijenin vücudun ulaşılabilir en uzak noktalarına kadar ulaşmasını sağladığından, doğru teknikle yapılan solunum egzersizi, bireyde mevcut olan stres tepkisini bozmakta ve başetmeyi kolaylaştırmaktadır.



***Evde Tansiyon Ölçümü**

Evde tansiyon takibi bireyin yüksek tansiyonun kontrol altına alınmasına, hedef değerlerine ulaşmasına yardımcı olduğu için tedavinin de bir parçasıdır; bu nedenle tavsiye edilmektedir.

♪ Evde yaptığınız tansiyon ölçümlerini kaydetmeniz tedavi sürecinize aktif katılmanızı sağlar. Doktorunuzun tedavinizi doğru planlamasında da yol gösterici olacağınız unutmayınız.

♪ Evde tansiyon takibinin sağlıklı olması için doğru ölçen bir alete sahip olmak ve doğru ölçme yöntemini bilmek gereklidir.

♪ Tansiyon, sabah ve akşam saatlerinde olmak üzere her seferinde en az ikişer kez ölçülmelidir.

♪ Evde tansiyon ölçümü en az beş dakika dinlendikten sonra yapılmalı ve ölçümden önceki 30 dakika içinde bir şeyler yenmemeli, sigara, kahve, kola gibi kafeinli içecekler içilmemeli, egzersiz yapılmamalıdır.

♪ Koldan tüm giysiler çıkarılmış olmalı veya kolu sıkmayan bir giysi tercih edilmelidir.

♪ Sırt dayanmalı veya desteklenmelidir.

♪ Tansiyon ölçmeye başlamadan hemen önce atardamar (dirseğe yakın) elle hissedilmeli, manşet (ölçme bandı) atardamarın 2-3 cm üzerine yerleştirilmeli, manşetten çıkan hortumun hizası atardamarın üzerinde olmalıdır.

♪ Avuç açık olmalı ve yukarı bakmalı, yumruk yapılmamalıdır.

♪ Ayaklar yerle temas halinde rahat bir şekilde uzatılmalı, bacak bacak üstüne atılmamalıdır.

♪ Ölçüm sırasında kolunuzu dayayacak kolluklu bir koltuk tercih edilmelidir. Bir sandalyede oturarak kolun masaya dayanması de bir alternatiftir.

♪ İstirahat etmeye başlamadan önce alet yakına getirilmeli, tansiyon takip formu ve kalem hazırlanmalıdır.

♪ Ortamın gürültüsüz ve sıcaklığının uygun olmasına dikkat edilmelidir.

♪ Ölçüm yapılmadan önce idrara veya büyük abdeste sıkışık olmamaya da dikkat edilmelidir.

♪ Tekrarlayan ölçümlerde manşetin içindeki hava tamamen boşaltılmalıdır. Bir dakika arayla iki ölçüm alınarak bu iki ölçümün ortalaması kaydedilmelidir. Ölçüm değerleri hemen kaydedilmelidir, hatta aletin hafızası varsa doktora giderken tansiyon ölçüm aleti de götürülmelidir.

♪ Tansiyon ölçümünde kullanılacak otomatik tansiyon ölçüm cihazının koldan ölçüm yapan cihaz olması önemlidir.

Bilekten ölçüm yapan cihazlar evde tansiyon takibinde önerilmemektedir.

🎵 En az beş gün sabah ve akşam yapılan tansiyon ölçümlerinde, ortalama büyük tansiyonun 135 mmHg veya küçük tansiyonun 85 mmHg üzerinde olması durumunda hipertansiyon tanısı konur.

Özet olarak tansiyonu doğru ölçmek için;

- 👉 Oturun, sırtınızı arkaya dayayın.
- 👉 Konuşmayın.
- 👉 Kalp seviyesinde kolun ortasına manşeti yerleştirin.
- 👉 Kolunuzu destekleyin.
- 👉 Bacak bacak üstüne atmayın.
- 👉 Ayaklarınızı yere düz basın.
- 👉 Evde tansiyon takibinde önemli olan, tansiyonun genel seyri olup arada sırada olan yükselmeler genellikle sorun çıkarmaz, moralinizin bozulmasına gerek yoktur. Sık yükseliyorsa veya aşırı yükseliyorsa doktorunuzla görüşünüz.

Tansiyon nasıl ölçülür?

1 Sabah
akşam
tansiyon
ölçümü
yapın



2 En az
yarım
saat önce
hiçbir şey
yemeyin.
Çay,
kahve,
sigara,
ilaç dahil
içmeyin



3

5 dakika dinlendikten
sonra ölçüm yapınız



Sandalyede
dik oturulmalı
ayaklar yere
değmeli



10 Kolun
sıvanmış
olması



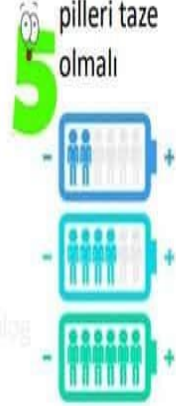
Manşet sol
kol içi dirsek
kırımına 2
parmak
uzaktan
bağlanmalıdır

8 Tansiyon
ölçerin
manşeti size
uygun olmalı



6 Dar elbiselerden
kurtulun

5 Tansiyon
ölçerin
pilleri taze
olmalı



4 Tuvalet
ihtiyacı
giderilmeli



7 Oda ne soğuk
nede sıcak
olmalı



12 Ölçüm sırasında
sessiz ve hareketsiz
durulmalı



13 Ölçümü 3
kere
tekrarlayın





TANSİYONUNUZU
GÜNDE EN AZ İKİ
KEZ ÖLÇÜNÜZ.

ÖLÇÜM
SONUCUNUZU
MUTLAKA
KAYDEDİNİZ.

TANSİYON TAKİP KARTI

Ad Soyad: Doğum Tarihi:

	Tarih		Büyük Tansiyon	Küçük Tansiyon	Nabız
1.Gün	/...../.....	Sabah			
		Akşam			
2.Gün	/...../.....	Sabah			
		Akşam			
3.Gün	/...../.....	Sabah			
		Akşam			
4.Gün	/...../.....	Sabah			
		Akşam			
5.Gün	/...../.....	Sabah			
		Akşam			
6.Gün	/...../.....	Sabah			
		Akşam			
7.Gün	/...../.....	Sabah			
		Akşam			

Eğer sağlık kuruluşundan taburcu oluyorsanız, ya da evde tansiyon tedavisi görüyorsanız evde şu öneriler doğrultusunda yaşam şeklinizi gözden geçirip gerekli düzenlemelere gidiniz:

✱✱ Hipertansiyonda hastalık yönetimi hakkında gereksinimleriniz doğrultusunda sağlık personeli ile iletişime geçiniz.

✱✱ Evde düzenli tansiyon ölçümü yapabilme, ölçüm sonucunun kaydetme ve değerlendirme konusunda kendinizi eksik hissettiğiniz durumlarda sağlık personelinden yardım isteyiniz.

✱✱ Yaşamınızda hipertansiyon kontrolünü sağlamanız için gerekli olan yaşam değişiklikleri (beslenme (tuz kısıtlamasının olduğu, zeytinyağı, mısırözü yağı gibi bitkisel yağ içeren, kolesterol içeriği bakımından düşük, düzenli sebze ve meyve tüketiminin yapıldığı, balık tüketilen, süt ve süt ürünlerinin tüketildiği gibi.), konusunda ve yapabileceğiniz yaşam düzenlemeleri hakkında bilgi

eksikleriniz olduğunu düşünüyorsanız her zaman bir uzman kişiden size özel hazırlanacak bir sağlık programı talep edebilirsiniz.

✱✱ Stres yaratan durumlarla başa çıkmada, kilo kontrolü sağlamada, ilaç tedavinizin etkisini arttırmada etkisi olduğu bilinen fiziksel aktiviteyi (yürüyüş yapma, koşma, aerobik egzersizler, bisiklet binme gibi) yaşamınıza dahil ederek hipertansiyonunuzu kontrol altında tutmaya çalışabilirsiniz.

✱✱ Sağlığınıza uygun egzersiz programı edinmek için bir uzmana danışabilirsiniz.

✱✱ Tütün ve tütün ürünleri kullanmaktan kaçınarak, alkol tüketiminizi sınırlayarak sağlığınıza için iyi bir şeyler yapabilirsiniz.

✱✱ Düzenli olarak doktor kontrollerinize giderek, reçete edilen ilaçlarınızı zamanında ve düzenli olarak kullanarak hastalık yönetiminize önemli katkı sağlayabilirsiniz.



Söz konusu olan sağlık önerilerini dikkate alarak yaşamınızda değişikliğe gittiğinizde, yeni bir hayata merhaba diyecek, hipertansiyona bağlı olası sağlık sorunlarını daha az yaşayacak, sevdiklerinizle daha mutlu ve daha uzun yıllar bir arada olma imkanı bulabileceksiniz.

SAĞLIKLI YAŞAM ŞEKLİ ÖNERİLERİNİN,
KULLANDIĞINIZ İLAÇ TEDAVİSİ KADAR ÖNEMLİ
OLDUĞUNU UNUTMAYINIZ.

EK 7: Hasta Eğitim Kitapçığı İçin Uzman Görüşüne Başvurulan Kişilerin Listesi

UZMANLIK ALANI	İSİM SOYİSİM
Balıkesir Üniversitesi/ Tıp Fakültesi/ Dahili Tıp Bilimleri Bölümü/ Kardiyoloji Anabilim Dalı	Doç. Dr. Özgen ŞAFAK
Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü/ Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı	Prof. Dr. Papatya KARAKURT
Malatya Turgut Özal Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Hemşirelik Bölümü	Doç. Dr. Seyhan ÇITLIK SARITAŞ
Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü/ Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı	Prof. Dr. Rabia HACIHASANOĞLU AŞILAR
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü/ İç Hastalıkları Hemşireliği ABD.	Prof. Dr. Serap ÖZER
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kardiyoloji ABD. Eğitim Hemşiresi	Hemşire Gülhan BARUT FAZLI

EK 8: Etik Kurul Onayı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Hipertansiyonlu Bireylere Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeline Dayalı Mobil Uygulama ile Verilen Eğitimin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi"
-----------------------	--

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	☐					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐					
	İLAN	☐					
	YILLIK BİLDİRİM	☐					
	SONUÇ RAPORU	☐					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐					
	DİĞER:	☐					
	KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2021/30	Tarih: 27.01.2021	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden izin alınması şartıyla gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oybirliği ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Fuat EREL	Göğüs Hastalıkları AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Prof.Dr.Gülten ERKEN	Fizyoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Akın USTA	Kadın Hastalıkları ve Doğum AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Doç.Dr.Eren ALTUN	Patoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Elif AKSÖZ	Tıbbi Farmakoloji AD	BAÜN Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Uzm.Dr.Mehmet ÇALIŞKAN	Halk Sağlığı Bölümü	Balıkesir KEAS Organize Sanayi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Av.Erman ARDA	Avukat	Serbest	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Hüsnü KUNDAKÇI	Eczacı	Balıkesir Sağlık Uygulama ve Arş.Hast.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Serhat ALDEMİR	Emekli		E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Fuat EREL
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

EK 9: Kurum İzni

 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BİLİMLER GENEL MÜDÜRLÜĞÜ		 T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BİLİMLER GENEL MÜDÜRLÜĞÜ	
BİLİMSEL ARAŞTIRMA TALEPLERİ KOMİSYON DEĞERLENDİRME FORMU			
Doküman Kodu: ARGE-FR.03		Yayın Tarihi: 14.07.2016	
		Revizyon Tarihi/No: 21.03.2020 / 02	
Sayfa No: 1/1			
ARAŞTIRMA SAHİNİNİN			
Adı Soyadı	İlknur GÜNAY		
Kurumu / Üniversitesi	Edremit Feriit Sözen Mesleki ve Teknik AL/Balıkesir Üniversitesi S.B.E.		
Araştırma Yapılacak İl / İller	Balıkesir		
Araştırma Yapılacak Sağlık Tesisleri	Edremit Devlet Hastanesi		
Araştırmanın Konusu	Hipertansiyonlu Bireylere Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli'ne dayalı mobil uygulama ile verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi		
Araştırmanın Statüsü	Yüksek Lisans Tezi		
Ön İzin Formu	☒ Var ☐ Yok		
Başvuru Belgeleri	Hastane Ön İzin Formu	☒ Var	☐ Yok
	Araştırma Çalışmaları Başvuru Formu	☒ Var	☐ Yok
	Üniversite / Kurum Talebi	☒ Var	☐ Yok
	Araştırma Yöntemi Örneği	☒ Var	☐ Yok
	Kurumsal Kimlik Belgesi	☒ Var	☐ Yok
Veri Toplama Araçları	*Proje Özet *Kişisel Bilgi Formu *Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II *Model Uygulama		
Araştırmanın Yapılacağı Tarih Aralığı	20.06.2021-20.06.2022		
Görüş İstenilen Birimler	Kardiyoloji-Uz. Dr. Çağdaş Emre AYAS/Dahiliye-Uz. Dr. Kayhan SEVGI		
KOMİSYON GÖRÜŞÜ / KARAR			
11.08.2021 tarihinde yapılan komisyon toplantısında; İlknur GÜNAY isimli araştırmacının "Hipertansiyonlu Bireylere Pender'in Sağlık Geliştirme Modeli'ne dayalı mobil uygulama ile verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi" başlıklı araştırmasına ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, çalışmanın yapılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir.			
Komisyon Kararı	☒ Oy Birliği ☐ Oy Çoğunluğu ile alınmıştır.		
Muhallif Üyenin Adı ve Soyadı:			
Gerekliliği:			
Komisyon Başkanı	Oye Op. Dr. Burhan AKMAN Personel Hizmetleri Başkanı		
Op. Dr. Ali İmran KÜÇÜK	Oye Dr. İsmail MENİ Kamu Hastaneleri Kurumları Başkanı		
Uzm. Dr. Refik BUDAK	Oye Ceyda DURAN ALKAN Sağlık Hizmetleri Başkanı		
Uzm. Dr. Serkan Kodir KESKİNE	ONAY 12/08/2021 İl Sağlık Müdürü		

EK 10 : Yazılı Onam Formu (Kontrol)

KONTROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMESİ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU BİLGİLENDİRME

Bu araştırmanın amacı, Bu araştırmanın amacı, Hipertansiyon hastalığı olan bireylerin Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı olarak hazırlanan eğitim materyali ve çerçevede sunulan eğitimin hipertansiyonda sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini değerlendirmektir. Araştırmanın süresi sekiz haftadır ve araştırmaya katılan gönüllü sayısı 57 kişidir. Görüşmede kendinize ve hastalığınıza ilişkin özellikler 'Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu' ile hipertansiyon hastalığınız ile yaşam biçiminizin hipertansiyon ile uyumlu olup olmadığının anlaşılması için 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' ile değerlendirilecektir. Bu ölçekler ilk görüşmede ve sekiz hafta sonra tekrar planlanacak ikinci görüşmede yeniden doldurulacaktır.

Bu araştırmaya katılımınız isteğinize bağlıdır ve istediğiniz zaman, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacaktır ve kamuoyuna açıklanmayacaktır.

Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

....../...../2022

İlknur GÜNAY

GÖNÜLLÜ OLURU

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum".

"Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum".

....../...../2022

Gönüllünün Adı Soyadı

Yazılı Onam Formu (Eğitim)

EĞİTİM GRUBU BİLGİLENDİRİLMESİ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU BİLGİLENDİRME

Bu araştırmanın amacı, Hipertansiyon hastalığı olan bireylerin Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli'ne dayalı olarak hazırlanan eğitim materyali ve çerçevede sunulan eğitimin hipertansiyonda sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine etkisini değerlendirmektir. Araştırmanın süresi sekiz haftadır ve araştırmaya katılan gönüllü sayısı 57 kişidir. Görüşmede kendinize ve hastalığınıza ilişkin özellikler 'Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu' ile hipertansiyon hastalığınız ile yaşam biçiminizin hipertansiyon ile uyumlu olup olmadığının anlaşılması için 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' ile değerlendirilecektir. Bu ölçek ilk görüşmede ve sekiz hafta sonra yapılacak ikinci görüşmede tekrar doldurulacaktır. Tedavinizde önemli olan hipertansiyon yönetim davranışları ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ile ilgili görüşme oturumu gerçekleştirilecektir. Bu eğitim uygulaması ile hipertansiyon yönetim davranışlarınızı sağlıklı yaşam biçimi haline getirmeniz, kan basıncı değerlerinizde normal değer aralığında olacak şekilde anlamda düşüş olması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yaşamınızda yer vermiş olmanız beklenmektedir.

Bu araştırmaya katılımınız isteğinize bağlıdır ve istediğiniz zaman, bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacaktır ve kamuoyuna açıklanmayacaktır.

Araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

....../...../2022

İlknur GÜNAY

GÖNÜLLÜ OLURU

"Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum".

"Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum".

....../...../2022

Gönüllünün Adı Soyadı

EK 11: Eğitim Grubu Hastalarına Gönderilen SMS Bildirimleri

1. Hafta

Sabah ve akşam tansiyonunuzu ölçmeyi ve kaydetmeyi unutmayınız. Tansiyon ilaçlarınızı zamanında ve düzenli olarak içmeye özen gösteriniz.

Beslenme şeklinizi üç ana ve üç ara öğün halinde düzenlemeye, öğünlerinizde tüm besin gruplarına yer vermeye çalışınız. Bunun için kitapçıkta yer alan “Öğün Planlaması” bölümünden faydalanabilirsiniz.

2. Hafta

Haftada üç dört kez en az 30 dakikalık yürüyüşler planlayınız. Yürüyüş planınıza uymaya özen gösteriniz.

Tansiyonlarınızı ölçtükten sonra tansiyon takip formunuza yazmayı unutmayınız.

3. Hafta

Yemek saatlerinizde sofrada tuzluk bulundurmamaya özen gösteriniz.

Kaliteli bir uyku için, gün içinde uyuklama veya şekerleme yapmaktan kaçınınız.

Tansiyon ilaçlarınızı doktor önerinize göre kullanınız. Doktorunuza danışmadan ilaç dozunuzu değiştirmeyiniz, ilaç kullanımını sonlandırmayınız.

4. Hafta

Kısa mesafeli gideceğiniz yerlerde ulaşım için taşıt kullanmak yerine yürümeyi, bina içerisinde asansör yerine merdiven kullanmayı tercih edebilirsiniz.

Yağ içeriği düşük, sebze ve meyve ağırlıklı bir beslenme şekli tercih ediniz.

5. Hafta

Doktor kontrollerinizi düzenli olarak yaptırınız. Sağlığınızı ihmal etmeyiniz.

Bugün tansiyonunuzu ölçmeye ve ilacınızı zamanında içmeye özen gösteriniz.

6. Hafta

Kontrol altında olmayan yüksek tansiyonun kalp, böbrek, beyin gibi hayati önemi olan organlara zarar verebileceğini unutmayınız.

Kilo kontrolünüzü sağlamada veya kilo vermede zorlanıyorsanız, bir uzmandan yardım alınız. Unutmayınız, hızlı kilo vermek sağlıklı kilo vermek demek değildir.

7. Hafta

Tansiyon ölçerken dikkat edilmesi gereken hususları hatırlayarak tansiyon ölçümünüzü yapınız.

Öğünlerinizi üç ana ve üç ara öğün şeklinde gün içine yayarak besin tüketimini gerçekleştiriniz.

8. Hafta

Yiyeceklerinizde tuz kullanmak yerine limon, sirke, çeşitli baharatlarla tatlandırmayı deneyebilirsiniz.

İçtiğiniz her sigara tansiyonunuzun yükselmesine katkı sağlar. Bu yüzden sigara kullanımınızı sonlandırınız.





Eğitimde, bilimde, sanatta çağdaş...