



**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HİPERTANSİYON
HASTALARININ ÖZ ETKİLİLİKLERİ İLE ÖLÜM
KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Kübra CÖMERT
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT

Yüksek Lisans Tezi-2024



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HİPERTANSİYON
HASTALARININ ÖZ ETKİLİLİKLERİ İLE ÖLÜM
KAYGISI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Kübra CÖMERT

**İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT**

**ERZURUM
2024**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	IX
TABLolar DİZİNİ.....	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Hipertansiyonun Tanımı	4
2.2.Hipertansiyonun Epidemiyolojisi	4
2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması.....	6
2.3.1. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma	6
2.3.2. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma	7
2.3.3.Etyolojisine Göre Sınıflandırma	8
2.3.4. Beyaz Önlük Hipertansiyon.....	9
2.3.5. Malign Hipertansiyon	10
2.3.6. İzole Sistolik Hipertansiyon.....	10
2.4. Hipertansiyonun Risk Faktörleri.....	11
2.5. Hipertansiyonun Belirtileri	11
2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları.....	12
2.7. Hipertansiyonun Tanısı.....	12
2.7.1. Tıbbi Öykü.....	13
2.7.2. Fiziki Muayene	13

2.7.3. Kan Basıncı Ölçümü.....	13
2.7.4. Diğer Tanı Yöntemleri.....	17
2.8. Hipertansiyondan Korunma.....	17
2.9. Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavisi	22
2.10. Acil Hipertansiyonun Sınıflandırılması	22
2.11. Hipertansiyon Hastalarında Öz-Etkililik	22
2.12. Hipertansiyonda Öz-etkililik Hemşirenin Rolü	22
2.13. Hipertansiyon Hastalarında Ölüm Kaygısı	22
2.14. Ölüm Kaygısı Yaşayan Hipertansiyon Hastalarına Hemşirenin Yaklaşımı	27
3. MATERYAL VE METOT.....	30
3.1. Araştırmanın Tipi.....	30
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	30
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	30
3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
3.5. Verilerin Toplaması ve Veri Toplama Araçları.....	30
3.5.1. Tanıtıcı Form	31
3.5.2. Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği	31
3.5.3. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği.....	31
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	33
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	33
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	33
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR	52

EKLER	67
EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	678
EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU	68
EK-3. KURUM İZNİ	71
EK-4. ERİŞKİN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	71
EK-5.TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ KULLANMA ONAYI.....	74
EK-6.HİPERTANSİYONDA ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANMA ONAYI.	75
EK-7. TANITICI FORM	76
EK-8. HİPERTANSİYON ÖZETKİLİLİK ÖLÇEĞİ	78
EK-9.TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ.....	79
EK-10.TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU	79

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT’a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bu sürecin başından sonuna kadar yanımda olan aileme sevgileri ve destekleri için teşekkür ediyorum.

Kübra CÖMERT



ÖZET

Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Öz Etkililikleri ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki

Amaç: Acil servise başvuran hipertansiyon (HT) hastalarının öz-etkililiklerini ile ölüm kaygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Materyal ve Metot: Bu çalışma Ocak 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında Mareşal Çakmak Devlet Hastanesi Acil servisinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini hastaneye başvuran HT hastaları, örneklemini ise belirtilen tarihlerde acile başvuran, 18 yaş üstü, HT tanısı almış, iletişim kurulabilen 300 HT hastası oluşturmuştur. Hastalardan veriler alınırken Tanıtıcı form, Hipertansiyonda Öz-etkililik Ölçeği (HÖÖ) ve Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (ÖKÖ) kullanılmıştır. Veriler istatistik programı ile sayılar, yüzdelikler, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, korelasyon analizi, Cronbach Alpha testleri kullanılmıştır. Araştırmada, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada katılımcıların %57.7'si kadındır, yaş ortalaması 57.75 ± 10.98 , ortalama beden kitle indeksi (BKİ) 28.56 ± 4.34 ve ortalama HT süresi 8.74 ± 5.06 'dır. Hastaların öz-etkililik puan ortalaması 49.89 ± 9.99 , ölüm kaygısı puan ortalaması 7.63 ± 2.24 'tür. Öz-etkililik ile ölüm kaygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$). Hastaların eğitim düzeyi, sağlık güvencesi, ekonomik durum, meslek, kullanılan ilaç sayısı, tansiyon ölçümü yapma durumu ve acile başvuru sıklığına göre Hipertansiyonda Öz-Etkililik toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Hastaların ekonomik durum ve hastaların acile başvuru sıklığına göre Templer Ölüm Kaygısı toplam puan ortalamalarının arasında istatistiksel anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). BKİ ile öz-etkililik arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki vardır ($p<0.05$).

Sonuç: Acile başvuran hipertansiyon hastalarının öz-etkililik düzeyleri orta seviyede, ölüm kaygı seviyelerinin ise yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Öz-etkililik düzeyi arttıkça ölüm kaygısının da arttığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, kan basıncı, ölüm kaygısı, öz-etkililik, hemşire

ABSTRACT

The Relationship Between Self-Efficacy and Death Anxiety of Hypertension Patients Admitting to the Emergency Department

Aim: The aim of the is to focus on the relationship between self-efficacy and death anxiety of hypertension (HT) patients in the future.

Material and Method: This study was conducted in the Emergency Department of Mareşal Çakmak State Hospital between January 2023 and January 2024. The population of the study consisted of HT patients who were admitted to the hospital, and the sample consisted of 300 HT patients who were admitted to the emergency department on the specified dates, were over 18 years of age, were diagnosed with HT, and could be contacted. While collecting data from the patients, the Introductory Form, the Self-Efficacy Scale in Hypertension (HSS) and the Templer Death Anxiety Scale (SDS) were used. Data were analyzed using statistical software such as numbers, percentages, mean, standard deviation, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, correlation analysis and Cronbach Alpha tests. In the study, the significance level was taken as $p<0.05$.

Results: In the study, 57.7% of the participants are women, the average age is 57.75 ± 10.98 , the average body mass index (BMI) is 28.56 ± 4.34 , and the average HT duration is 8.74 ± 5.06 . The patients' average self-efficacy score is 49.89 ± 9.99 , their average death anxiety score is 7.63 ± 2.24 . 'type. There is a statistically significant, positive and low-level relationship between self-efficacy and death anxiety ($p<0.05$). It was found that there was a statistically significant difference between the total mean score of Self-Efficacy in Hypertension according to the patients' education level, health insurance, economic status, profession, number of medications used, blood pressure measurement status and frequency of emergency department visits ($p<0.05$). It was found that there was a statistically significant difference between the Templer Death Anxiety total score averages according to the patients' economic status and the frequency of patients' admission to the emergency department ($p<0.05$). There is a statistically significant, negative and low-level relationship between BMI and self-efficacy ($p<0.05$).

Conclusion: It was determined that the self-efficacy levels of hypertension patients who applied to the emergency department were at a medium level and their death anxiety levels were at a high level. It was determined that as the level of self-efficacy increased, death anxiety also increased.

Keywords: Hypertension, blood pressure, death anxiety, self-efficacy, nurse

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACE	:	Angiotensin Converting Enzyme (Anjiotensin Dönüştürücü Enzim)
AKB	:	Arteriyel Kan Basıncı
ARB	:	Anjiotensin Reseptör Bloker
BKİ	:	Beden Kitle İndeksi
CDC	:	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri)
DASH	:	Dietary Approachesto Stop Hypertension (Hipertansiyonu Durdurmaya Yönelik Diyet Yaklaşımı)
DKB	:	Diastolik Kan Basıncı
DM	:	Diabete sMellitus
EKO	:	Ekokardiyografi
ESC	:	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Derneği)
ESH	:	European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Derneği)
HbA1c	:	Glikolize Hemoglobin
HT	:	Hipertansiyon
JNC 7	:	Joint National Committee (Ortak Ulusal Komite) Yedinci Raporu
JNC 8	:	Joint National Committee (Ortak Ulusal Komite) Sekizinci Raporu
KB	:	Kan Basıncı
KOAH	:	Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
METSAR	:	Türk Erişkinlerde Metabolik Sendrom Prevelansı Araştırması
Patent	:	Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması
SKB	:	Sistolik Kan Basıncı
SVO	:	Serebro Vasküler Hastalık
TEKHARF	:	Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri

TKD : Türkiye Kardiyoloji Derneği
TURDEP : Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi
WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 2.1.Türk erkek ve kadınlarında yaş gruplarına göre hipertansiyon prevalansı5



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Yeni kılavuza göre kan basıncı kategorileri	7
Tablo 2.2. Kan basıncı düzeylerinin tanımları ve sınıflandırması	7
Tablo 3.1. İç geçerlilik katsayıları.....	32
Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler	32
Tablo 3.3. Çalışmada var olan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu*	33
Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri.....	34
Tablo 4.2. Hipertansiyon öz-etkililik ve templer ölüm kaygısı ölçeklerine ait puan ortalamaları	36
Tablo 4.3. Hipertansiyonda öz-etkililik ölçeği ile templer ölüm kaygısı ölçeği arasındaki ilişki	36
Tablo 4.4. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile öz-etkililik puan ortalamalarının karşılaştırılması	37
Tablo 4.5. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile templer ölüm kaygısı puan ortalamalarının karşılaştırılması	39
Tablo 4.6. Hastaların yaş, BKİ ve HT hastalık süresine göre öz-etkililik ve ölüm kaygısı arasındaki ilişki	41

1. GİRİŞ

Hipertansiyon, dünyada engellenebilecek ölüm sebepleri içerisinde üst sıralarda bulunmaktadır (Aker ve ark., 2020). Dünyada neredeyse bir milyar bireyin hipertansiyon hastası olduğu bilinmektedir (WHO, 2021). Hipertansiyon gibi kronik hastalıklara bağlı olarak hastanın yaşamında bazı sınırlılıklar ortaya çıkar. Hipertansiyon hastalarında genellikle günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık gözlemlenmektedir. Ayrıca içinde oldukları kronik hastalık süreci kişide psikolojik sorunlar da oluşmaktadır. Hipertansiyon yaşayan hastanın hastalık yönetiminde başarılı olması için bazı tutum ve davranışlarını değiştirmesi gerekmektedir (Erci ve ark., 2018).

Öz-etkililik; bireyin bir işi başarıyla yapması veya olayların kontrolünü sağlayabilme yetisidir (Gözüm, 1999). Başka bir deyişle öz-etkililik sağlığına zarar verecek davranış ve tutumların sona erdirilmesi için gerekli olan gücün olması durumunu tanımlamak için kullanılabilir. Öz-etkililik kişinin kendi sağlığı koruması ve sürdürmesini içerir (Türkoğlu ve Kılıç, 2021). Bunlar Beden Kitle İndeksi (BKİ) takibi, diyet takibi, sigara ve alkol kullanımı bırakma, hareketli bir yaşam gibi öz-etkililik barındıran sağlıklı davranışların kazanılmasında ve kronik hastalıkların yönetiminde oldukça etkilidir (Kumsar ve Yılmaz, 2014). Ülkemizde hipertansiyonun hastalar üzerindeki etkilerinin yeteri kadar kontrol edilememesinin asıl sebebi hastaların öz-etkililik davranışlarının azlığıdır (Kumsar ve Yılmaz, 2014). Daha önce gerçekleştirilen araştırmalarda hipertansiyon yaşayan hastaların büyük bir çoğunluğunun doktor kontrollerine düzenli gitmediği, büyük bir kısmının antihipertansif ilaçlarını düzenli almadıklarını gösterilmiştir (Akan ve ark., 2020; Gün ve Korkmaz ,2014; Şanlıtürk ve Kaplan, 2023). Dirençli hipertansiyonlu olgularda ilaç uyumsuzluğu oranı %31.2 oranında saptanmıştır. Hipertansiyon tedavisi alan hastaların üçte birinden fazlasının tedavi başlangıcından 6 ay sonra, yaklaşık yarısının ise 1 yıl sonra ilk tedavilerini

bırakabildikleri görülmüştür (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). Benzer şekilde hastaların nerdeyse %50'sinin hipertansiyon tanısı konulduktan sonraki birinci sene içerisinde, yarısından fazlasının da neredeyse beş yıl sonra ilaçlarını almayı devam ettirmedikleri bildirilmiştir (Akan ve ark, 2020; Gün ve Korkmaz 2014; Şanlıtürk ve Kaplan, 2023). Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise hipertansiyon hastalarının 100 kişiden yaklaşık 66'sının rutin bir şekilde doktor kontrolüne gittikleri, yaklaşık 67'sinin de ilaçları zamanında ve tam dozda aldıkları, 30 kişiye yakın bir kısmının ise düzenli ilaç kullanmadıkları ortaya çıkmıştır (Runa ve Bahar, 2023).

Hipertansiyon dünyada bu denli sık ortaya çıkan bir hastalık olmasına karşın, hastalık yönetiminin istenilen seviyede olmadığı, etkin bir hastalık yönetimi elde etmek için hasta ve sağlık profesyonellerinin süreci birlikte yürütmesi gerekmektedir (Yıldırım ve Durna, 2021). Hipertansiyon hastalık yönetiminde başarı elde edebilmek için hastalarda öz-etkililik seviyelerinin saptanması ve bu seviyenin yükseltilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır (Türkoğlu ve Kılıç, 2021). Yapılan çalışmalara göre, hastalarda öz-etkililik düzeyi arttıkça hastalığın prognozunda iyiye gittiği gösterilmektedir (Bayülgen ve ark., 2021). Hipertansiyon gibi kronik hastalıkların varlığı kişide anksiyete, korku ve kaygı gibi duygu durum değişikliklerine neden olur (Köse, 2023). Hipertansiyonu olan hastalarda stres, anksiyete, sosyal kısıtlılıklar, kaygı ve depresyon gibi psikososyal sorunlar oluşabilmektedir (Uysal ve Aslan, 2018). Bu sorunlardan biri olan ölüm kaygısı, kişinin artık var olmayacağı, elinde olanları ve dünyayı kaybedeceği aynı zamanda hiçliğe dönüşeceğini hissettiği bir duygudur (Turhan, 2021). Tüm insanların korkularının temelinde ölüm kaygısı vardır. Ölüm kaygısı, bireye sağlığı korumak gibi olumlu etkiler veya sağlığını önemsememek gibi kişiden kişiye değişebilen olumsuz etkileri olmaktadır (Akça ve Köse 2008; Gündoğan ve Babacan, 2023).

Hipertansiyonda öz-etkililik ile ilgili yapılan çalışmalarda çoğunlukla öz-etkililik ve tedaviye uyumları arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir (Gönel, 2019; Vatansever ve Ünsar, 2014; Karatay ve ark., 2012). Ölüm kaygısına baktığımızda ise genellikle KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı), yaşlı bireyler ve COVID-19 pandemisi döneminde yapılan çalışmalar görülmektedir (Demir ve Fırat, 2022; Öztürk ve ark., 2011; Özyürek ve Atalay, 2020; Turhan 2021). Hipertansiyon hastalığı ile öz-etkililik ve ölüm kaygısı ilişkisini araştıran çalışmalar sınırlıdır (Öztürk ve ark. 2011; Karahan ve Hamarta, 2019; Metin ve ark., 2023; Uysal ve Aslan, 2018). Ölüm kaygısı ile öz-etkililik arasındaki ilişki hipertansiyondan farklı olarak KOAH gibi hastalıklara sahip bireylerde araştırılmıştır (Güçlü, 2018; Hoelterhoff ve Chung, 2020). Bu tez çalışması acil servise başvuran hipertansif hastaların öz-etkililik düzeylerini saptamak ve ölüm kaygısı ile ilişkisini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

Araştırma soruları

1. Acil servise başvuran hipertansiyon hastalarında öz-etkililik düzeyleri nasıldır?
2. Acil servise başvuran hipertansiyon hastalarında ölüm kaygısı ne düzeydedir?
3. Acil servise başvuran hipertansiyon hastalarının öz-etkililik ile ölüm kaygısı arasında ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

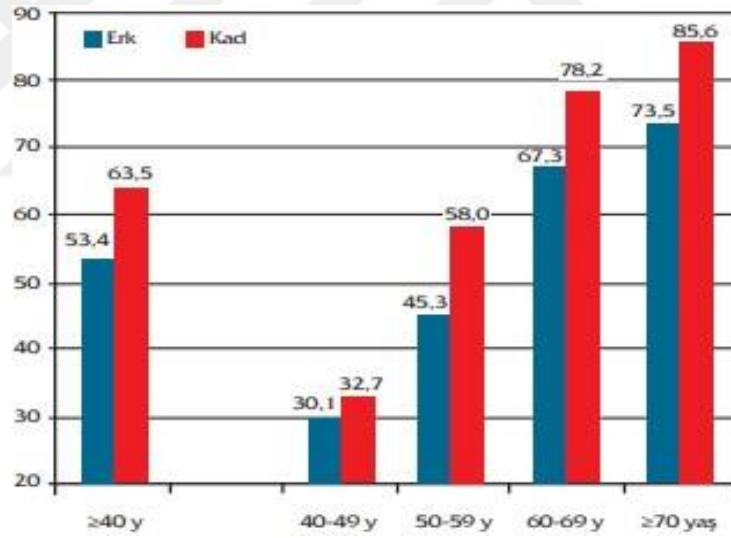
2.1. Hipertansiyonun Tanımı

Arteriyel Kan Basıncının (AKB) olması gereken değerin üstüne çıkmasına hipertansiyon denir. Son çıkarılan rehberlere göre hipertansiyon, yapılan tansiyon kontrollerinde sistolik kan basıncının (SKB) ≥ 140 mmHg ve/veya diastolik kan basıncının (DKB) ≥ 90 mmHg olmasıdır (WHO, 2022). Yapılan bir çalışmaya göre 55 yaş ve üzeri bir kişinin yaşamının herhangi bir döneminde hipertansiyon hastası olma ihtimali %90'dır (Oliveros ve ark., 2020). Hipertansiyon arter duvarlarında oluşan kan basıncının artması ile kendini gösteren genetik, dış faktörler ve metabolik değişimlerin bir arada etkileşimi sonucu oluşan bir hastalıktır. Hastalık erken dönemde fark edilmesi halinde kontrol altına tutulabilen, geç fark edilmesi durumunda iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar gibi ölümlle sonuçlanabilen komplikasyonlara veya organ kaybına sebebiyet verebilir (İnce ve ark., 2021; Williams ve ark., 2018).

2.2. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi

Hipertansiyon dünya genelinde erken ölüm sebepleri arasında en ön sırada yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün açıklamalarına göre dünyada yaş aralığı 30-79 olan yaklaşık 1,28 milyar kişi hipertansiyon hastasıdır. Hipertansiyon hastası olan erişikilerin neredeyse yarısı (%46'sı) hastalığının farkında değildir. Tanı almış olan erişikilerin ise sadece %42'si tedavi altındadır (WHO, 2023). Dünyada 6 Avrupa ülkesi ile yapılan bir çalışmada en yüksek prevalansa sahip ülke %55 ile Almanya, en düşük prevalansa sahip ülke ise %38 ile İtalya'dır. 6 Avrupa ülkesinde ortalama prevalans %44,2 bulunurken Kuzey Amerika'da ortalama %27,6 olarak belirlenmiştir (Röthlisberger ve ark., 2023). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2020'de yapılan çalışmada 670.000'den fazla ölümün ilk sebebi ya da sebep olan durumlar içinde hipertansiyon yer almıştır (Centers for Disease Control and Prevention, 2022). Ülkemizde yapılan Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi

(TURDEP-2) çalışması sonuçlarına göre hipertansiyon prevalansı %30 civarlarında belirlenmiştir (Satman ve Grup, 2011). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) araştırmasında ise hastalık görülme sıklığı %33.7 olarak elde edilmiştir. Daha önce 1990’da yapılan çalışmada yetişkinlerde 10 yıllık dilimde kadınlarda yaş ile hipertansiyonun görülme sıklığının doğru orantılı olduğu ve her yaş grubunda hastalığın kadınlarda erkeklerden daha sık görüldüğü saptanmıştır (Onat, 2017). Kırk yaşından büyük 2349 hasta ile yapılan TEK HARF 2017 çalışma bulgularında, hipertansiyon hastası erkeklerin %53.4, kadınların %63.5’inde gözlemlenmiştir. Yaş gruplarına göre hipertansiyonluların dağılımı Şekil 2.1.’de izlenebilmektedir (Onat, 2017).



Şekil 2.1. Türk erkek ve kadınlarında yaş gruplarına göre hipertansiyon prevalansı

Ülkemizde hipertansiyon sıklığını belirlemeye yönelik önceki yıllarda yapılan iki önemli çalışma bulunmaktadır. Türk Erişkinlerde Metabolik Sendrom Prevalansı Araştırması’nda (METSAR) elde edilen hipertansiyon sıklığı yaklaşık %41.7 iken, kırsalda %44.3, kentlerde %40.4 civarında ortaya çıkmıştır (Kozan ve ark., 2007). Aynı yıllarda yapılan Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışmasından (Patent Çalışması) elde

edilen veriler yaş ve cinsiyete göre düzeltilen genel hipertansiyon sıklığı %31.8 olarak bulunmuştur. Hastalığın kadınlarda erkeklerden daha sık görülmesi göze çarpmıştır. Deney grubunun %32,2'sinin tansiyonu hiç ölçülmemiş olup, hastalığının farkında olan grup %40.7 idi. İlaç tedavisi alan %31.1, yalnızca %8.1'inin kan basıncı kontrol altındaydı (Altun ve ark., 2005).

2.3. Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Hipertansiyonu kan basıncına göre, hedef organ tutulumuna göre, beyaz önlük hipertansiyon, malign ve izole sistolik hipertansiyon şeklinde sınıflandırmalar yapılmaktadır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Yıldırım ve Durna, 2021).

2.3.1. Kan Basıncına Göre Sınıflandırma

Hipertansiyonun değerlendirilmesinde evrelendirme önemlidir. Takip altında yapılan ölçümlerde sistolik ve diyastolik basınç için en yüksek değerler göz önünde bulundurularak hipertansiyon sınıflandırılması yapılmaktadır. Zaman içerisinde yapılan sistolik ve diyastolik ölçüm sonuçları farklı evrelerde çıkar ise yüksek olan grup kabul görülür. Amerika Hipertansiyon Kılavuzu (2017) aslında 2003 yılında yayınlanan JNC-7 (Joint National Committee / Ortak Ulusal Komite) Hipertansiyonun Önlenmesi, Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisine İlişkin Ortak Ulusal Komite'nin Yedinci Raporu güncellemesi gibi düşünülebilir. Tablo 2.1'de güncel kılavuzun sınıflandırılması verilmiştir (Doğaner ve Aydoğan, 2019).

Tablo 2.1. Yeni kılavuza göre kan basıncı kategorileri

Kategori	Sistolik		Diyastolik
Normal	<120 mmHg	Ve	<80 mmHg
Yüksek	120-129 mmHg	Ve	<80 mmHg
Evre 1	130-139 mmHg	Ve	80-89 mmHg
Evre 2	≥140 mmHg	Veya	≥ 90 mmHg
Hipertansif kriz	>180 mmHg	Ve/veya	> 120 mmHg

Avrupa Hipertansiyon Derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESH-European Society of Hypertension/ESC-European Society of Cardiology) tarafından 2018 yılında yayınlanan kan basınç düzeylerinin tanımları ve sınıflandırılmasına Tablo 2.2’de verilmiştir (Whelton ve ark., 2018).

Tablo 2.2. Kan basıncı düzeylerinin tanımları ve sınıflandırması

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

2.3.2. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma

Hipertansiyonda tanı ve tedavinin en önemli hedefi kalp damar hastalıklarının ve beraberinde ortaya çıkacak komplikasyonlarının ve ölümle sonuçlanabilecek durumların önüne geçmektir. Bundan dolayı hipertansiyon sınıflandırması yapılırken ortalama kan basıncı (KB) seviyeleri ile hedef organ tutulumu ve risk faktörler de bir bütün olarak düşünülmelidir. Elde edilen bütüncül gruplandırma ile hastalığın tedavisi ve seyrinin

ortaya çıkmasının önü açılır (Coşkun, 2022). Gruplandırma A, B ve C düzeyi risk grupları adları altında kardiyovasküler hastalıkların varlığı ve hedef organ tutulumuna göre yapılmıştır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

A Düzeyi risk grubu (düşük riskli hastalar): Bu grupta bulunan kişilerin kan basıncı ile oluşabilen tüm durumlarda semptom halinde ortaya çıkan kardiyovasküler bir hastalık, hedef organ tutulumu ve herhangi bir risk faktörü bulunmamaktadır (Durna ve Akın, 2012).

B Düzeyi risk grubu (orta riskli hastalar): Semptom şeklinde kardiyovasküler bir hastalık ve hedef organ tutulumu var olmaması ile diyabetüs mellitus (DM) haricinde bir veya birden fazla hayatı tehlikeye sokacak faktör mevcuttur (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

C düzeyi risk grubu (yüksek riskli hastalar): Bu grupta bulunan kişilerde hedef organ tutulumu vardır, diyabetes mellitus ve kardiyovasküler hastalığı mevcuttur (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

2.3.3. Etiyolojisine Göre Sınıflandırma

Hipertansiyon etiyolojisine göre primer/esansiyel ve sekonder olmak üzere iki grup olarak incelenir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Primer (Esansiyel, İdiyopatik) Hipertansiyon: Primer hipertansiyonun nedeni tam olarak bilinmemektedir ve hipertansiyon olgularının ortalama %95'ini meydana getirmektedirler (Çelik ve ark., 2023). Genellikle orta yaş grubunda seyretmektedir. Oluşmasında genetik ve çevresel faktörler etkindir. Genetik yetinin etkin olması primer hipertansiyonun genetik faktörlere dayalı olduğu tezini güçlendirmektedir (Bell ve ark. 2015; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Whelton 2018).

Sekonder Hipertansiyon: Hipertansiyon hastalarının sadece %5-10'unu oluşturan bu grupta hastalığın asıl oluş sebepleri bilinmektedir (Bayar, 2017; İnce ve ark., 2021;

Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). Sebeplerine yönelik tedaviler uygulanırsa gerilemesi mümkündür. Sekonder hipertansiyon erken dönemde fark edilip tanı alır uygun tedaviye başlanırsa veya kardiyovasküler hastalık riskinden hasta korunabilirse kan basıncının normal değerlerde kalması ve prognozun iyiye gitmesi bir o kadar sağlanabilir (Whelton ve ark., 2018).

Sekonder hipertansiyon ortaya çıkmasında sebebiyet veren pek çok etken mevcuttur. Bunlardan en aygın olanları tuz kullanımına dikkat etmemek, beden kitle indeksi değerinin yüksekliği, diyabet hastalığı, hareketsiz bir yaşam sürmek, sigara ve tütün ürünleri maruziyeti, kafein ve alkol kullanımındaki fazlalıklar, dengesiz ve sağlıksız diyet gibi etkenlerdir (Centers for Disease Control and Prevention, 2023; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; MayoClinic, 2022; Whelton ve ark. 2018).

Hipertansiyona sebep olan etkenler iki ana grupta incelenebilir. Bunlar değiştirilemez risk etkenleri (cinsiyet, yaş, aile yatkınlığı gibi) ve değiştirebilir yani çevresel risk etkenleridir. Değiştirilemez bir faktörün varlığı ile çevresel etkenler de birleşince hipertansiyon ve olası kalp damar hastalıkları riskleri de artmaktadır (WHO, 2023). Sekonder hipertansiyonuna sebebiyet veren ilk sıradaki etken vücudumuzdaki elektrolit dengesini sağlayan sistemdeki bozulmalar ile eşlik eden renal parankimal hastalıklardır (Bayar, 2017; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).

2.3.4. Beyaz Önlük Hipertansiyon

Son zamanlarda çoğu araştırmacının ilgi odağı olan beyaz önlük hipertansiyonu geçmişte karşımıza ilk olarak 18. yüzyılda hekimin ortamda bulunması halinde birkaç hastanın kalp atımının yükselmesi ile ortaya çıkmıştır. Hipertansiyon hastalarına evde yapılan kan basınç ölçüm sonuçlarının, hastane ortamında yapılan kan basıncı ölçüm sonuçlarından düşük çıktığını ve elde edilen farkın kimi hastada 70/36 mmHg'ye kadar çıkabileceğini sunmuşlardır (Çavuşoğlu, 2020).

Beyaz önlük hipertansiyonu 1988’de Thomas Pickering önderliğinde ofis tansiyon değerleri normalin üstünde çıkıyor iken evde ölçülen kan basınç değerlerinin normal bulunması şeklinde belirtmiştir (Yavuzer ve ark., 2017).

Yapılan birçok çalışmada beyaz önlük etkisinin; çocuk, kadın ve yaşlılarda daha sık ortaya çıkabileceği görülmüştür. Bir kişiye beyaz önlük hipertansiyonu diyebilmek için kişinin birkaç ölçümde kan basıncının hem kendisinin evde ölçerek hem de ayaktan kan basıncı monitörizasyonu ölçümleri gereklidir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Kolcu ve Ergün, 2016).

2.3.5. Malign Hipertansiyon

Sistolik kan basıncı değerinin birdenbire 200 mmHg, diyastolik kan basıncının 140 mmHg’nin üzerine çıkması ve ortalama arteriyal kan basıncının 150 mmHg ve üzerine yükselmesidir (Eraydın ve Süllü, 2022).

2.3.6. İzole Sistolik Hipertansiyon

Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) ve Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) kılavuzlarında, izole sistolik hipertansiyon sistolik kan basıncı 140 mmHg’den yüksek ve diyastolik kan basıncı 90 mmHg’den düşük çıkması durumu şeklinde bildirilmiştir (Whelton ve ark., 2018).

İzole sistolik hipertansiyonun tanısını koymak oldukça kolay ve tedavisi ise ekonomiktir. Yapılan başka çalışmalarda ise yaşlı kişilerde ortaya çıkabilecek kalp damar hastalıklarında sistolik kan basınç değerinin diyastolik kan basınç değerinden daha verimli bir belirteç olduğu bulunmuştur. Deneklerin rastgele seçilerek yapıldığı birkaç başka araştırmada ise yaş arttıkça hipertansiyon hastalarında sistolik hipertansiyonda kan basıncının azalması ile ölüm ve organ hasarı bırakan inme, kalp damar hastalıkları ve ölüm tehlikesinin düştüğü ortaya çıkmıştır (Çakan, 2017).

2.4. Hipertansiyonun Risk Faktörleri

Esansiyel hipertansiyonun risk etmenleri net bir biçimde bilinmemekle birlikte değiştirilemez ve değiştirilebilir faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı farz edilmektedir. Hipertansiyonun en önemli risk faktörlerini sıralarsak bunlar;

1. Erkeklerin 55 yaşından, kadınların ise 65 yaşının üzerinde olması,
2. Tütün ürünleri maruziyeti,
3. Total kolesterol seviyesini 240mg/dl'den yüksek olması veya LDL kolesterol 160mg/dl'den yüksek olması,
4. Kişinin diyabet hastası olması,
5. Genetik yatkınlık ile kardiyovasküler veya serebrovasküler hastalıkların var olmasıdır (Durmaz ve Arslan, 2017; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Williams ve ark., 2018).

2.5. Hipertansiyonun Belirtileri

Hipertansiyon çoğu zaman "sessiz katil" şeklinde isimlendirilen bir hastalıktır, çünkü neredeyse vakaların yaklaşık %90-95'inde herhangi bir belirtiye sebebiyet vermeden gelişir (Temiz ve ark, 2016). Hastaların yalnızca %5-10'unda zaman geçtikten sonra, çoğunlukla da fazlaca bir semptom ortaya çıkmıyor (Aker ve ark., 2020).

İlk bulgu kan basıncındaki yükselmedir. Hipertansiyon beyinde, kalpte, damarlarda, gözde ve böbreklerde hassasiyete neden olabilen önemli bir hastalıktır. Bu yüzden hasta gözlemlenirken kan basıncının yanı sıra organ tutulumu da göz önünde bulundurulmalıdır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Genelleme yapacak olursak kan basıncındaki artış ile ortaya çıkabilecek semptomlardan birkaçı: baş ağrısı, taşikardi, dispne, yorgunluk, burunda kanama, eforla

oluşan dispne, normalin üzerinde idrar çıkışı ve alt ekstremitelerde ödemdir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Coşkun, 2022).

2.6. Hipertansiyonun Komplikasyonları

Hipertansiyon retinal kanamalara, vasküler sistem hastalıklarına, kalp ve böbrek yetmezliklerine, nörolojik sorunlara ve hipertansif krize sebep olabilmektedir (Erarslan, 2020; Ilgaz ve Özer, 2017; Kaptan ve Dedeli, 2012). Ölüm sebepleri incelendiğinde hipertansiyonun komplikasyonları ile oluşabilen hastalıklardan olan kardiyovasküler hastalıklar bu listede ilk sırada yerini almaktadır. Hipertansiyon hastalarının tansiyonu rutin değerlendirildiğinde 140 mmHg'nin üzerinde çıkması halinde 1,9 milyon kadar kişide iskemik kalp hastalıkları, 2 milyon kadar kişi de ise hemoraji çeşitleri örneğin subaraknoid hemoraji gibi, 1,5 milyon kadarının ise serebrovasküler olay sebebiyle öldüğü görülmektedir (Erarslan, 2020; Forouzanfar ve ark., 2017; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). Erken tanı ve tedavinin sağlanması halinde komplikasyonlara bağlı ölüm oranlarının düşeceği ve kişinin yaşam kalitesindeki bozulmaların azalacağı bildirilmektedir (Erarslan, 2020; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).

2.7. Hipertansiyonun Tanısı

Hipertansiyon genetik ve ortamsal faktörlerin kombinasyonu sonucu açığa çıkar (Gopar ve ark., 2021). Yetişkin bireylerde her klinikte kan basıncı kesinlikle bakılmalı ve yarım dakikadan daha fazla bir sürede kalp atımı sayılmalıdır. Beraberinde kişi risk faktörleri açısından değerlendirilmeli ve sekonder hipertansiyona sebep olabilecek durumları açığa çıkartmak için ayrıntılı anemnez, fiziksel değerlendirme ve laboratuvar bulguları istenilmelidir (Aker ve ark., 2020; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).

2.7.1. Tıbbi Öykü

Hastanın kliniğe gelmesine neden olan şikayetleri nelerdir, bu şikayetler ne zamandır mevcuttur, hipertansiyon hastalığına eşlik eden başka bir hastalığının daha var olup olmadığı, şu an aktif olarak kullandığı ve önceden kullanmış olduğu ilaçlar, herhangi bir alerjik durumunun varlığı, hastanın alışkanlıkları hakkında bilgi sahibi olmak gibi soruların cevapları aranır. Bu cevaplarla birlikte hasta bir bütün olarak değerlendirilir, tanı ve tedavi sürecindeki anemnez yönlendirici olur (Aydoğdu ve ark., 2019; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karaca ve Öztürk, 2016).

2.7.2. Fiziki Muayene

Hastanın beden kitle indeks aralığının belirlenmesi, kalp damar muayenesi ile kişi de var olan bir kardiyovasküler yetmezlik varlığı ve bulgularının, herhangi bir üçüncü veya dördüncü duyumun olup olmadığı teyit edilir. Karotis atar damarlarda duyulabilecek üfürüm ateroskleroz semptomu olabilir. Boyun toplardamarlarında dolgunluk olmuş olması sağ kalp yetmezliği semptomudur. Yapılan bütün ölçümlerde kalp atımları çift taraflı olarak değerlendirilip dolgunluk, düzen ve ritim olarak gözlemlenmelidir. Böbreklerde büyümenin ya da nodülün mevcut olması sekonder hipertansiyon sebepleri ortaya çıkartma yönünden önemlidir. Ayrıca hipertansiyonun oluşturabilecek olduğu göz komplikasyonlarını ortaya çıkarmak için ayrıntılı göz muayenesinin de yapılması gerekmektedir (Aydoğdu ve ark., 2019; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Yıldırım ve Durna, 2021).

2.7.3. Kan Basıncı Ölçümü

Hipertansiyonun tedavi edilip normal değerler aralığında tutulabilmesi için ilk olarak kesin tanılanmış olması önemlidir. Doğru tanı için kan basıncındaki artış kesin olarak gözlemlenmelidir. Arter kan basıncını ölçmekteki en güvenli yöntem arterden yerleştirilen bir katater ile mümkündür. Fakat invaziv bir işlem olduğu için diğer ölçüm

yöntemleri daha aktif kullanılmaktadır. Kan basıncının ölçümü için kullanılan diğer yöntemler içinde civalı, aneroid ve elektronik tansiyon aletleri mevcuttur. Sonuçların doğruluğun şüphe edilmemesi için bu aletlerin en az 6 ay öncesinden kalibrasyonu kesin olarak sağlanmalıdır (Aydoğdu ve ark., 2019; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

BKİ normal aralıkta olan yetişkin bir birey için manşon 12 cm genişliğinde, 35 cm uzunluğunda olmalıdır. BKİ yüksek olan bireylerde ise uygun manşon eni en az 20 cm, boyu ise 40 cm olması gereklidir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Özder ve Büyükyılmaz, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Kan basıncı ölçüm zamanından en az 30 dakika öncesine kadar kişi çay, sigara gibi kan basıncını değiştirebilecek besinler ve adrenerjik sistemi aktive edebilecek ilaçları tüketmemelidir. Kişiye ölçüm öncesinde 5-10 dakika dinlenmesi ve sırtını geriye yaslar pozisyonunda oturması söylenir. Ölçüm için kullanılacak olan üst ekstremitenin kalp hizasında olması gerekmektedir. Ölçüm anında kişi konuşmamalı, gülmemeli sakın bir şekilde beklemeli, bacaklar yan yan sabit durmalı, ölçüm kolundaki kıyafetleri dar ise çıkarttırılmalıdır. Yapılan araştırmalarda tansiyon ölçüm anında dinlenmemiş ve konuşturulan kişide sistolik ve diyastolik kan basınç değerinin, aynı kişinin dinlemiş ve konuşmamış halinde ölçüm yapılması durumdan daha yüksek çıktığı gözlemlenmiştir (Bayraktar ve Khorshid, 2017; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Özder ve Büyükyılmaz, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Manşonun alt kısmı kişinin dirseğinin en az 3-4 cm kadar üst kısmında bağlanır, steteskop manşonun altına ittirilmez, brakial arter gözlemlenerek aletin diyagramı kolda hareket etmeyecek şekilde yavaşça bastırılarak tutulur. Manşon duyumun mümkün olmadığı radial atımın üzerinden 20-30 mmHg daha pompalanır. Tansiyon aletindeki valfi 2-4 mmHg yavaşlığında inecek kadar açılır. Oskültasyon yöntemi dediğimiz bu

yöntem ile ölçüm yapıldığında manşonun valfi açıldıktan sonra duyumun ilk alındığı anda (Korotkoff faz 1) ortaya çıkan değer sistolik kan basınç değeridir. Duyumun ortadan kalktığı andaki ölçüm ise (Korotkoff faz 5) diyastolik kan basınç değeri olarak değerlendirilir. Diyastolik kan basınç değeri fazla düşük ise ölçümde duyumun azalmasının ortaya çıktığı değer (Korotkoff faz 4) diyastolik kan basıncı olarak kaydedilir. Manşonun basıncının azaltılması gecikirse venöz sisteme dönüş az olacağı için duyum güçleşir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Mancia ve ark., 2013; Williams ve ark., 2018).

Elde edilen ilk ölçüm sonucunun sağlıklı olmaması halinde ikinci bir ölçümde venöz konjesyonu engellemek amacıyla hemen yapılmadan manşon gevşetilir ve bir müddet beklenilir sonrasında ölçüm tekrarlanır. Hala daha duyumda zorluk var ise kişinin kolu balını üstüne çıkartılır, eli 5-10 kere yumruk yapıp açtırılır ki venlerin geri dönüşü sağlanır ve devamında ölçüm tekrarlanır. İki dakika aralıklarla gerçekleştirilen en az iki kan basıncı değerinden elde edilen ortalama sonuç kayıt altına alınır (Aker ve ark., 2020; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Mancia ve ark., 2013).

Aritmisi mevcut olan kişide manşon olabildiğince yavaş gevşetilmeli ve sağlıklı sonuç elde edildiği düşünülene kadar ölçüm tekrarlanmalıdır. Gözlemlerde kan basıncının ölümü için sağ kol tercih edilmelidir (Aker ve ark., 2020; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Mancia ve ark., 2013).

İlk klinik gözlemde, üst üste yapılan ölçüm değerlerinde büyük tansiyon 180 mmHg veya küçük tansiyon 110 mmHg üstündeki kişilere hipertansiyon tanısı anında koyulabilir. Fakat tansiyonu 140/90 mmHg ve 179/109 mmHg arasındaki kişiler, hipertansiyon tanısı alabilmesi için en az bir kez daha kliniğe gelmesi gerektiği anlatılır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Williams ve ark., 2018).

Evde KB Ölçümü: Hipertansiyon çeşitlerinden olan beyaz gömlek hipertansiyonu ortaya çıkartmak adına ev ortamında kan basıncı değerine bakılması önerilen bir metottur. Evde yapılan tansiyon ölçümünün birçok pozitif yönü mevcuttur. Bunlardan bazıları; yeni ortaya çıkan tansiyon çıkışlarının erken dönemde saptanması, hastaya antihipertansif tedavi başlanmış ise ilaçların etkisinin gözlemlenmesi ve hastanın hipertansiyon ile yaşamasındaki uyum sürecinin hızlandırılmış olmasıdır (Aydoğdu ve ark., 2019; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Mancia ve ark., 2013). Yapılacak olan ölçümlerde manuel aletlerin tercih edilmesi otomatik ölçüm yapan aletlere göre daha sağlıklıdır. Manuel alet kullanmayan ileri yaş ve duyma sıkıntısı yaşayan hastalarda ise elektronik cihazlar teklif edilir. Bazı sıklıklarda bu aletlerin kalibre edilmesi gerektiği de hastaya anlatılır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Özder ve Büyükyılmaz, 2022).

Ambulatuvar Kan Basıncı Ölçümü: Kişinin günlük yaşam aktivitelerini kısıtlamadan birkaç günlük tansiyon bulgularının elektronik bir alet ile bakılmasıdır. Bu metot ile beyaz önlük hipertansiyonu ve tansiyonları sınırda seyreden hastalarına hastalığı daha kolay tanılamak ya da hastaya verilen antihipertansif tedavinin sonuçlarını daha iyi gözlemlemek için oldukça uygundur. Üst ekstremiteye sabitlenen bir manşon ve ölçümlerin kayıt altına alındığı bir bellekten oluşmaktadır. Bu sistemle ile akşam saat ona kadar her yarım saate bir uyarı sağlayarak, akşam ondan sabah sekize kadar ise her altmış dakikada bir uyarı göndermeden çalışır ve verileri kaydeder. Bu cihazın kullanıldığı süre zarfı içerisinde hastanın yapmış olduğu günlük işlerinin, almış olduğu ilaçların miktar ve zamanlarının, uyuma süresi ve zamanının, gün içinde dinlenme sürelerinin, senkop, anlık karanlık görme, bayılma hissiyatının, taşikardi veya bradikardi gibi semptomlarının hastanın yakınları tarafından kayıt altına alınması söylenir

(Aydoğdu ve ark., 2019; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

2.7.4. Diğer Tanı Yöntemleri

İlk olarak yapılması gereken tetkikler; kan glikoz seviyesi, hemogram ve idrar tahlilidir. Beraberinde elektrokardiyografi çekimi ve akciğer grafisi tanı metotlarındandır. Sonrasında kan üre azotu, kreatinin seviyesi, elektrolitler, karaciğer enzimlerinin değeriendirilmesi tedavi ve risk durumlarının gözetilmesi için önemlidir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Hedef organ hasarını ortaya çıkartmak ve sekonder hipertansiyon sebeplerini bulmak için; kreatinin klirensi, bir günlük idrarda protein miktarının bulunması, ürik asit, HbA1c (glikozile hemoglobin) seviyesi ve hormon değeriilerine bakılır. Ayrıca kardiyovasküler semptom varlığını saptamak adına EKO (Ekokardiyografi) çekilir. Beyin damarları, böbrek ve periferik atar damarların gözlemlenmesi ve abdomen ultrason da çekilebilir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014; Piepoli, 2016).

2.8. Hipertansiyondan Korunma

Önceden hipertansiyonda tedavi süreci hastalığı belirlenen bireyde ilaç tedavisi ile tansiyonun kontrol altına alınmasını ve hastalığına bağı organ hasarını en aza indirgenmesini kapsamaktaydı. Günümüzde ise yaygınlaşarak artmış olan bu kronik hastalığın neredeyse dünyada her yüz kişiden yirmisinin hipertansiyon hastası olması ve tedavisinin maliyetli olması hastalıktan korunma yöntemlerinin gelişmesini doğurmuştur. Hipertansiyon ortaya çıkarken kişinin diyeti, kalori ağırlıklı beslenmesi, aşırı tuz tüketimi, potasyumdan fakir beslenilmesi, alkol ve sedanter bir yaşam sürölmesi gibi çevreye bağı faktörler hastalıktan kaçınmanın önemli oluşuna sebep olmuştur (Albayrak ve Şengezer, 2022; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).

Beden kitle indeksinin normal aralıklarda olması, hareketli bir yaşam için spor yapılması, aşırı alkol tüketiminin azaltılması, günlük tuz tüketiminin altı gram ile kısıtlanması, potasyumdan zengin beslenilmesi ve günlük diyet düzeninin yeniden şekillendirilmesi ilk tutumlardır (Türk Kardiyoloji Derneği Takip Kılavuzu, 2017).

Kan basıncının 140/90 mmHg değerinin altında olması ve oluşabilecek risk durumlarının gözetilmesi ve kaçınılması için sağlıklı yaşam adımlarının ortaya çıkmasıdır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Beslenme:

Sebze ağırlıklı beslenen hastalarda bir buçuk ay sonunda kan basıncının 5 mmHg kadar, gün içerisinde yaklaşık 14 grama yakın lifli besin tüketiminde ise de 1,2-1,8 mmHg kadar azaldığı gözlemlenebilir. Omega 3 tüketimi sayesinde ise büyük tansiyonun 4 mmHg, küçük tansiyonun ise 3 mmHg kadar azalması beklenebilir. Kafeinli içecek ve yiyecek tüketimi ise bir iki saat içerisinde tansiyonu 5 ila 15 mmHg kadar arttırabilir. Fakat tüketilen kafeine vücut alışkanlık göstereceği için tansiyonda uzun süreli bir yükseliş beklenmez. Yüksek tansiyon hastalarında kafein tüketimi sınırlandırılırken, mevsimlik sebze ve meyve, lif oranı yüksek besinlerden oluşan diyet önerilir (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014, Türk Kardiyoloji Derneği Takip Kılavuzu, 2017).

DASH (Dietary Approachesto Stop Hypertension) hipertansiyonu durdurmak için beslenme yaklaşımlarını içeren, kan basıncını normal değerler aralığında tutmak ve hipertansiyonun komplikasyonlarının önüne geçebilmek için uygulanan bir diyetdir. Hipertansif hastalarda ve hipertansiyona hastası olmaya yatkın olan bireylerde yapılmaktadır. Diyetle yeşillik ve meyveden zengin, yağ seviyesi az olan süt ve süt ürünleri, kolesterolden fakir, protein tüketiminin bir miktar arttığı gıdaların tercih edilmesi ve de kabuğu olan kurutulmuş yemişlerin, tam tahıllı besinler ile beslenilmesi tavsiye edilmektedir. Yağ oranı yüksek olan kırmızı et, glikozlu gıdaların beslenmedeki

yerinin de azaltılmasının önemi bildirilmiştir (Durmaz ve Arslan, 2017; Kolcu ve Ergün 2016; Melekoğlu ve Rakıcıoğlu 2020; Özpancar, 2016; Uyarel, 2014; Üstü ve Uğurlu, 2018).

Literatürde ortalama 2 ay süre ile uyulan bu rejim ile hastaların tansiyonlarında sistolik 5,5 mmHg diyastolik 3,0 mm Hg kadar aşağıya indiği belirtilmiştir. Tansiyon değerlerindeki bu azalma ile birlikte inme sebepli ölümlerde %8, kardiyovasküler hastalıklar sebebi ile ölümlerde %5 kadarlık bir düşüş olduğu bildirilmiştir (Benković ve ark., 2023; Uyarel, 2014). DASH rejimi egzersiz ile tamamlayan kişilerde ise sadece diyet yapanlara oranla da kan basıncının daha da azaldığı görülmüştür (Özpancar, 2013).

C vitaminin de kan basıncını azaltıcı bir etken olması gündemde olan ve kardiyovasküler hastalıklara olumlu etkilerinin olduğu sonuçlarına varılan çalışmalar da mevcuttur (Ekim ve ark., 2019; Ünal, 2015).

Kilo Kontrolü:

Beden kitle indeksinin 27 ve üstünde bulunması durumu ile tansiyon çıkması arasında bir doğru orantı mevcuttur. Beden kitle indeksi yüksek olan hipertansif hastalarda dislipidemi, insülin hormon bozuklukları DM ve SVO (Serebro Vasküler Hastalık) görülme olasılığı yüksektir. Bu bireylerde kaybedilen her bir kilogram kan basıncında 1,3-1,6 mmHg değeri kadar eksilme gözlemlenebilir. Kilo kontrolü spor yapma ile yürütülürse kan basıncındaki azalma daha da fazla ortaya çıkar. Ayrıca kilo kaybeden hastalarda almış olduğu ilaç dozu ve adedinde düşüş görüldüğü ilaçlarında etki seviyesinin yükseldiği görülmüştür (Özpancar, 2016; Yıldırım ve Durna, 2021; Whelton ve ark., 2018). Her 4,5 kg kilo artışı ile sistolik kan basıncında 4.5 mmHg artış olduğu belirtilmektedir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).

Tuz Alımının Kısıtlanması:

Yemek tuzu olarak kullandığımız tuzdaki klor sodyumun etkinliğini daha da attırır. Hipertansif hastalarda tuz tüketimi günlük 4,7-5,8 gram aralığında olduğunda diyastolik kan basıncında 2,5 mmHg kadar azalma yapabilir. Bir gün içinde tüketilmesi gereken tuz miktarı 6 gramı geçmemelidir. Fakat gözden kaçmaması gereken oral olarak alınan sodyumun çok büyük bir kısmı işlenmiş olan gıdalardan sağlanmaktadır. Yani yemeğe katılan tuz miktarındaki azalma tuzun azalması değildir. Beraberinde işlenmiş gıda tüketiminde azaltılmış hatta bunlardan kaçınılmış olması gerekmektedir. Sodyum kısıtlaması sonrası antihipertansif tedavinin etkinliği daha da artacaktır. Hasta diüretik bir tedavi alıyorsa potasyum yetersizliği azalır, kalp işlevleri normalleşir. Sol ventrikül hipertrofisi geriler (Arıcı ve ark., 2015; Yıldırım ve Durna, 2021). Bunlara ekleyebileceğimiz sodyum tüketimin sınırlandırılması ile DASH diyetinin yapıyor olması tansiyonu kontrol altında tutabilmek için etkili olduğu bildirilmiştir. Bu diyetle alınan potasyum miktarındaki artış sodyumun etkinliğini kısıtladığı ortaya çıkmıştır (Arıcı ve ark., 2015; Özpancar, 2016).

Potasyum Alımı:

Potasyum düşüklüğünün sodyum itrahını azalttığı düşünülmektedir. Yalnızca hipertansif bireylerde Potasyum oranı yüksek olan besinlerin tüketilmesi sistolik basınçta 3,9 mmHg diyastolik basınçta 1,96 mmHg kadar azalma imkanı doğurur. Potasyum damarların vazodilatasyon yapmasına olanak sağlar ve glomerüler filtrasyon hızı yükselir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2022; Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

Sigaranın Bıraktırılması:

Tütün ürünlerinin tüketimi kalp damar hastalıklarına yakalanma riskini iki üç kat yükseltmektedir. Kullanılan her bir tütün ürünü sonrasındaki yarım saatte tansiyonda yükselmeler oluşur. Sigara yağ metabolizmasını olumsuz etkiler, insülin direncini artırır,

damar elastikiyetini bozar ve bunlarla beraber damar vazodilatasyonu azalır. Sigara bırakma merkezlerine hasta yönlendirilmez. Sigaranın tüketimi kan basıncı ölçümünden en az 30 dakika önce durdurulmalıdır. (Kolcu ve Ergün 2016; Yıldırım ve Durna, 2021; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022).

Alkol Kullanımı:

Etinol etken maddesi olan alkolün antihipertansif ilaçların üzerinde olumsuz etkileri varken SVO riskini de yükseltmektedir. Gün içerisinde tüketilen alkol miktarı; 60 ml viski, 300 ml şarap ve 720 ml bira ile kısıtlanmalıdır. Bir günde doz olarak az alınan alkol miktarı ile sıfır alkol tüketimi veya günlük dozun oldukça üzerinde alkol tüketimi arasında kalp damar hastalıklarında iyileşme ve ölüm gibi etkileşimler mevcuttur. Alkol tüketimi sınırlı tutulmalıdır (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014). Alkol tüketimindeki azalmanın kan basıncında yaklaşık 4 mmHg düşüş sağladığı belirlenmiştir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2022; Yıldırım ve Durna, 2021).

Fiziksel Aktivite:

Düzenli spor yapan hipertansiyon hastalarında büyük tansiyon değerinde 4-8 mmHg kadar azalma gözlenebilir. Haftada birkaç defa kalp atımının %60-70'ini geçecek hızda 30-45 dakika ritimli yürüme önerilir. Kan basıncını kontrol altına alma üzerine etkisi ve kardiyovasküler riski azalttığı tespit edilen izometrik egzersizlerinde önerilir. Haftada 3 kez, 4x2 dakika izometrik egzersiz uygulanmalı, egzersiz araları en az bir dakika olmalıdır. Egzersiz yeterince yapamamaları da önerilmelidir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2022; Yıldırım ve Durna, 2021).

Gevşeme Yöntemleri:

Stres kaynağının var olması tansiyonda ani yükselmelere sebebiyet verebilir. Bundan dolayı feedback, yoga, meditasyon gibi metotlar vasıtası ile stres gözetim altına alınması ve gevşemenin sağlanması kan basıncının kısa süreli düşmesini sağlar. Fakat

geniş zamanlı cevapları hakkında net bir bilgi mevcut değildir. Bu yöntemler hiçbir şekilde tedavi ile eş değer değildir, tamamlayıcı yöntemlerdir (Türk Kardiyoloji Derneği Takip Kılavuzu, 2017).

Hipertansiyon tedavisi için mevcut olan ilaçlar hem iyileşme oranını hem de sağ kalım oranını arttırmaktadır. Tedavi 1990'lı senelerde öncelikle adımlar halinde ilerlerken şimdi ise direkt ilaç tedavisine geçiliyor. İlaçlar seçilirken hasta bir bütün olarak ele alınıyor (Karadakovan ve Eti Aslan, 2014).

2.9. Hipertansiyonun Farmakolojik Tedavisi

Hipertansiyonun Önlenmesi, Tespiti, Değerlendirilmesi ve Tedavisine İlişkin Ortak Ulusal Komite'nin Sekizinci Raporu JNC 8 Kılavuzunda yayınlanan bilgilere göre; diyabetes mellitus hastalarının da içerisinde olduğu beyaz ırk nüfusunda hipertansiyonun farmakolojik tedavisinin ilk adımlarında tiazid diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, ACE (Angiotensin converting enzyme-Anjiotensin dönüştürücü enzim) inhibitörleri ve ARB (anjiotensin reseptör blokerleri)'dir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; James ve ark., 2014).

Farmakolojik tedaviye girişte beta-blokerler ve alfa-blokerler tercih edilmemektedir. Karvediol, nebivolol, klonidin, hidralazin, spinilakton, rezerpin ve furosemid ilk basamak tedavisi için tercih edilmeyen ilaçlardandır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; James ve ark., 2014).

Evrensel olarak 18 yaş üstü olup böbrek hastalığı var olan bireylerde, tedaviye giriş veya sonraki dönemde başlanan antihipertansif ilaç tercihi ACE inhibitörü veya ARB'den yana olmalıdır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; James ve ark., 2014).

Hipertansiyonun farmakolojik tedavisinde prognoz ilk ayda beklenen düzeye gelmediyse, kullanılmaya başlanılan ilacın doz ayarı arttırılmalı ya da başka bir ilaç daha

tedaviye eklenilmelidir. Bu tedavi sürecinin üzerinden belirli bir zaman geçtikten sonra iki ilaç kullanım süresinde de beklenen sonuç elde edilmediyse, üçüncü başka bir ilacın tedaviye eklenilmesi tercih edilebilir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; James ve ark., 2014).

Hipertansiyon hastalarına genel tedavi süresince ACE inhibitörü ve ARB eş zamanlı order edilmemelidir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; James ve ark., 2014).

2.10. Acil Hipertansiyonun Sınıflandırılması

Kan basıncı 140/90 mmHg üzerinde olan ölçümler hipertansiyon olarak tanımlanabilir. Her hipertansiyonun yönetimi kişiden kişiye değişir. Acil servise başvuran hipertansiyon hastalarının yönetimini kolay yapabilmek adına olgular 4 grup halinde incelemektedir (Akman ve Akşit,2020; Satar ve ark, 2003; Yılmaz ve ark., 2023).

Hipertansif Aciller:

Malign hipertansiyon veya hipertansif kriz terimleri bu başlık altında incelenebilir. Bu gruptaki hastalarda kan basıncının yüksek olmasından dolayı oluşacak hedef organ üzerindeki tutulumunu en aza düşürmek ya da hasarı tamamen engellemek için kan basıncının bir an önce normal değerler aralığına düşürülmesi gereklidir. Hedef organ hasarı sonucunda bazı sendromlarda ortaya çıkabilir. Bunlar, hipertansif ensefalopati, intrakraniyal hemoraji, pulmoner ödemle birlikte sol kalp yetmezliği, aort anevrizması, eklampsi ve preeklampsi, inme sendromları, renal yetmezlikler, miyokard enfarktüsü gibi akut koroner sendromlardır. Hipertansif acil sadece kan basıncının yüksekliği ile tanımlanması yanlış olur, burada asıl önemli olan durum yüksek kan basıncının hedef organ hasarına yol açması riskinin varlığıdır. Hipertansif acil hastaların tedavisinde ilk hedef ortalama arter basıncını hastanın durumuna normal sınırlara çekmektir. İlk yarım saat ile bir saat arasında ortalama arter basıncını %20-25'in üzerinde düşürülmemesi

gerekmektedir. Hipertansif aciller hipertansiyonun hayati önem taşıyan ana komplikasyonudur. Bu tablo ise hipertansif kişilerin yaklaşık %1'inde ortaya çıkar ve intravenöz ilaçlarla kan basıncını kontrol altına almak gerekir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Satar ve ark., 2003).

Hipertansif Urgency:

Bu klinik tablo araştırmalarda net bir şekilde tanıma ulaşamamıştır. Çoğu kaynakta hipertansif urgency, tansiyonun hedef organ hasarına sebebiyet verecek derecede yüksek olması şeklinde bildirilmiştir. Hipertansif urgency şu an için var olan bir hedef organ hasarı olamamasına karşın kan basıncının bu şekilde artmaya devam etmesi durumunda hasarın oluşma riskinin de artacak olmasıdır. Buradaki önemli olan diğer bir konu acile başvuran bu hastaların zaten var olan hastalıklarının değerlendirilmesi kan basıncındaki yükselme sonucu ortaya çıkan komplikasyonlar ile kronik hastalıkların komplikasyonlarının birbirinden iyi ayırt edilmesidir. Bu hastalarda oral antihipertansif tedavi ile bir günlük süre zarfında tansiyonun kontrol altına alınması gerekmektedir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Satar ve ark., 2003).

Akut Hipertansif Episod (nonemergency-nonurgency):

Bu grupta hastanın herhangi bir organ hasarı ve buna yönelik herhangi bir belirtisi bulunmadığı halde hasta kan basıncı evre 3 hipertansiyon ile (180/100 mmHg dan büyük olması durumu) acil servise gelmiş ise bu durum akut hipertansif episod olarak ele alınır. Bu hastalarda tedaviye hemen başlamış olmanın uç organ hasarını engelleme açısından önemli olduğunu savunan kimi araştırmacılar olsa da karşı tezi savunan da bir o kadar araştırmacı mevcuttur. Kimi araştırma bulguları akut dönem içerisinde yapılacak müdahalenin yarardan çok zarar vereceği şeklindedir. Hipertansiyon hastası olan kişinin kan basıncını ani bir şekilde aşağıya çekmek kişide stupor, konvülsiyon, geçici iskemik atak ve görme bozukluklarına ileri seviyede de komaya sebebiyet verebilir. Kronik

hipertansiyon hastalarında kan basıncının akut olarak azaltılmasının hastalığın uzun dönemdeki semptomlarının engellemesine yararı olacağının gösterildiği herhangi bir bulgu mevcut değildir. Bu hastalara birinci basamak aile hekimlerinin tedavi planlama yapması için hasta yönlendirilir. Hastanın mevcut kullandığı bir tedavi var ise dozlar veya ilaç değişimi için uzman doktora muayene olması gerekebilir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Satar ve ark., 2003).

Transient Hipertansiyon:

Bu grup bir dış etmen sonrası hastanın kan basıncının normal seviyenin üzerine çıkmasıdır. Bu durumlar anksiyete veya alkol kullanımı sonrası olabilir. Yine bu grup içerisinde yer alan özel bir durum ise beyaz önlük tansiyonudur (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Satar ve ark.,2003).

2.11. Hipertansiyon Hastalarında Öz-Etkililik

Kronik hastalıklar vücutta geri dönüşü mümkün olmayan değişikliklere sebep olan, uzun süreli bakım ihtiyacı olan hastalıklardır. Bu yüzden kronik hastalığı olan kişilerin hastalık yönetimi ve bakım sürecinde aktif rol almaları gerekmektedir (Koşar ve Besen, 2015). Kronik hastalıklarla baş edebilme sürecinde hastaların öz-etkililiklerini sürdürmek önemlidir (Arabacı ve ark., 2018).

Hastaların hastalıklarının yönetiminde aktif rol alması, hastalıkları üzerinde öz-etkililiğe sahip olmasının gerekliliği çok uzun bir zamandır gündemde olmasına rağmen yeterli düzeyde değildir (Koşar ve Besen, 2015).Yapılan araştırmalarda hastalıkların prognozunda farmakolojik tedavinin üstünlüğü algısının varlığı, bu nedenle de kişinin hastalığında öz-etkililik sağlayamayacağı düşüncesini tetiklemiş fakat tam tersi olarak asıl önemli olan durumun hastalığın bireyselliği ve öz-etkililik sürecinde hastanın aktif rol oynamasının çok daha önem arz ettiğini göstermiştir (Metin ve ark., 2023). Bugün de hastaların kendi hastalıkları üzerindeki etkinliğinde hastalık bireyin merkez noktasına

koyulmuştur (Yel ve Karadakovan, 2021). Yapılan araştırmalarda göstermiştir ki kronik hastalıkların prognozunu ve sağ kalımını etkilen önemli faktörlerden biri olan öz-etkililik evrensel bir şekilde desteklenmelidir (Brady ve ark., 2015; Metin ve ark., 2023).

Öz-etkililik kişinin belirli bir davranışı kendi isteği doğrultusunda başarılı sonuçlandırarak yapabilme inancı ve gücüdür. Kişi karşılaştığı sorun üzerine çözüm yolları arar ve sorunu çözmeye karar verir ise kendi yaşantısında etkin olarak sonuç itibari ile kendine güvenen bir bireyi ortaya çıkartmış olur. Bu durumda ortaya çıkan becerebilme duygusu kişinin olayları kontrol altına almasının önünü açar (Gözüm, 1999).

Öz-etkililik bireylerde düşünme, farkına varma ve davranışa dökme gibi konularda farklılaşmasını sağlar. Farkına varma noktasında yaşanan düşük öz-etkililik durumu kişide daha sonra depresyon, anksiyete gibi olumsuz duygu durumlarını ortaya çıkartabilmektedir. Öz-etkililik algısı yüksek olan bireyler ise daha zorlu şartlar altında istediği sonucu almak için çabalar. Herhangi bir olumsuz durumda kendine çok çabuk geri gelip tekrardan istediği olumlu sonuca odaklanır. Öz-etkililik düzeyi yüksek olan hastaların stres ile baş etmesi çok daha başarılıdır. Sonuç itibari ile öz-etkililik kişinin olay ve davranışı arasındaki kişinin kendine has olan bir durumdur (Gözüm, 1999).

Öz-etkililik, hasta kişinin sorun üzerinde nasıl bir yol izleyeceğini ve durumu nasıl sonuçlandıracağını kapsayan önemli bir konudur. Ülkemizde hipertansiyon vaka sayısının her geçen gün artması ve kontrol altına alınamamasındaki en baştaki sorun hastanın öz-etkililik düzeyindeki eksikliktir. Hipertansiyonun yönetiminde olumlu bir sonuca varabilmek için hastanın tansiyonunu ilk başta rutin olarak ölçmesi ve antihipertansif tedavisini eksiksiz bir şekilde alması gerekmektedir. Literatürde hipertansif hastalarının çoğunun doktor kontrollerini aksattıkları, yarısından fazlasının ise ilaç tedavisinde rutinleşmeyi sağlayamadıklarını göstermiştir. Hatta tanı alan

hipertansiyon hastalarının yüzde ellisinin ilk yılda, kalan kısmı ise takip eden beş yıl içerisinde ilaçlarını kendilerinin kestiği gözlemlenmiştir (Türkoğlu ve Kılıç, 2021).

2.12. Hipertansiyonda Öz-etkililik ve Hemşirenin Rolü

Hemşireler hipertansiyonda öz-etkililiği sağlanmak için hastayı ve hastalığı tanıma, tedaviye uyum, hastaya verilecek eğitimler (fiziksel aktivite, sigaranın bırakılması, kilo kontrolü, tuz tüketimi gibi konularda) ile öz yönetim becerisi oluşturma, hastanın etkililiğini arttırmak için bakım sürecine hastayı dahil etme gibi rolleri vardır (Yıldırım ve Durna, 2021; Yıldız, 2021; Tokgöz ve Eroğlu, 2018).

Hipertansiyonun erken tanınması için öyküde hipertansiyon için risk oluşturabilecek hastalıklar, durumlar ve hipertansiyon semptomlarının sorgulanması önemlidir. Ailede hipertansiyon öyküsü ile daha önce hipertansiyon ilacı kullanma durumu da sorgulanmalıdır (Yıldırım ve Durna, 2021).

Hemşire, hastalara tansiyon ölçümünün yapılması, tedaviye uyulması, doktor kontrollerine aksatılmadan gidilmesinin hastalığın seyrini olumlu etkileyen faktör olduğunun eğitimlerini verir. Bunlarla beraber hemşire, hastalıktan korunma yöntemleri olan; BKİ takibi, sigara ve alkolün bırakılması, diyet kontrolü, egzersiz, tuz alımının kısıtlanması gibi tamamen hastanın iradesi ile mümkün olan bu konular hakkında eğitimler vererek hastanın hastalığı etkin yönetmesinin; hastalığın oluşturabileceği komplikasyonların önüne geçileceğini hastaya anlatarak tüm hastalığın süreçlerine hastayı dahil eder. (Aydoğdu ve ark., 2019; Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Yaratlı ve Hacıoğlu, 2021; Yıldırım ve Durna, 2021)

2.13. Hipertansiyon Hastalarında Ölüm Kaygısı

Kronik hastalıkların var olması kişide anksiyete, stres, korku ve kaygı gibi duygu durumlarını doğurur (Köse, 2023). Hipertansif hastalarda da stres, anksiyete, kaygı ve depresif özellikler gibi psikososyal komplikasyonlar da meydana gelebilmektedir (Uysal

ve Aslan, 2018). Bunlardan biri olan ölüm kaygısı kişinin artık var olmayacağı elinde olanları kaybedip bir hiçliğe dönüşeceğini hissettiği bir duygudur (Turhan, 2021). Tüm korkuların temelinde bu duygu var olmaktadır. Ölüm olayına karşı oluşturulan davranış ile yaşam arasındaki denge sağlanamadığı sürece hastanın kaygı seviyesi yükselmekte, çevresine adaptasyon süreci zora girebilmektedir. Ölüm fikri, hastada kaygı oluştururken aynı zamanda kişiyi hayata çeken, dünyadaki varlığına anlam katan bir faktör de olabilmektedir. Ölümün var olması sayesinde kişi, hayatını daha canlı ve aktif yaşayabilir (Karakuş ve ark., 2012). Sonuç olarak hipertansiyon gibi kronik hastalığın varlığı yaşam boyunca bu hastalığı idame ettirme çabası ölüm kaygısı doğrultusunda kişiye olumlu veya olumsuz bazı durumları ortaya çıkarır (Öztürk ve ark., 2011).

2.14. Ölüm Kaygısı Yaşayan Hipertansiyon Hastalarına Hemşirenin Yaklaşımı

Hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda hastada bazı psikososyal semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Bunlardan biri olan ölüm kaygısında hemşirenin hasta ve ailesinin yaşamlarındaki değişim süreçlerine uyum göstermelerine yardımcı olma, oluşan sorunlara karşı baş etme becerilerini oluşturarak hastalığa uyumu kolaylaştırır (Özdemir ve Taşcı, 2013; Uysal ve Aslan, 2018).

Hemşire ölüm kaygısının aşılabilmesi için hastaya süreci destekleyici eğitimler verir. Hastanın hipertansiyon gibi kronik bir hastalıkta etkin rol oynaması ile hastalığına yön verebileceğini ve bununla beraber ölüm kaygısının da kontrol edebileceğini anlatmalıdır (Karahana ve Hamarta, 2019).

Hemşire, bu süreci etkili iletişim sağlayarak başlatır. Yaşanılan kaygı ile baş edebilmesi için hasta ve ailesini kendisini ifade etmeleri için cesaretlendirir. Hastaya süreci yönetmede yardımcı olacak gevşeme ve solunum egzersizleri gibi baş etme

tekniklerini öğretir ve gözlemler. Hemşire, hastanın psikososyal durumunu periyodik olarak sorgulamalıdır (Karahan ve Hamarta, 2019; Özdemir ve Taşcı, 2013).



3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışmamız tanımlayıcı tarzda yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Mareşal Çakmak Devlet Hastanesinde Acil servisinde Ocak 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın grubunu Mareşal Çakmak Devlet Hastanesinde Acil servise başvuran hipertansiyon hastaları oluşturmuştur. Örneklemi ise verilerin toplanacağı Mareşal Çakmak Devlet Hastanesi Acil servise Ocak 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında başvuran hipertansiyon hastaları oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için post hoc güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında çalışma gücünün 0.99 olduğu belirlenmiştir (Correlation $H1=0.41$, lower critical $r=-0.113$, Upper Critical $r=0.113$ power 0.99). Bu değer örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir (Çapık, 2014).

3.4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya, belirtilen tarih aralığında acil servise başvuran, 18 yaş üstü, hipertansiyon tanısı almış, iletişim kurulabilen, araştırmanın amacı ile ilgili açıklama yapılan ve bu araştırmaya dahil olmak isteyen 300 hastası katılmıştır.

3.5. Verilerin Toplaması ve Veri Toplama Araçları

Araştırmada Tanıtıcı Form, Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği ve Templer Ölüm Kaygısı ölçekleri kullanılarak veri toplanmıştır. Veri toplama araçları hastalar araştırmaya katılmayı kabul ettiği takdirde acil servisin hasta dinlenme alanında yüz yüze toplanmıştır. Bir görüşme yaklaşık 10-15 dakika sürmüştür.

3.5.1. Tanıtıcı Form (EK-7)

Katılımcıların sosyo-demografik değişkenleri (cinsiyet, medeni durum, boy, kilo, yaş, eğitim durumu, çocuk sahibi olma durumu, sağlık güvencesi, meslek), alışkanlıkları (çay/kahve tüketimi) ve hipertansiyon hastalık süreci (hastalık süresi, tedavi durumu, tansiyon ölçme durumu, hastalık hakkında bilgi durumu, acil servise başvuru sıklığı) ile ilgili değerlendirme yapan 20 sorudan oluşmuştur.

3.5.2. Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği (EK-8)

2014 yılında Han ve ark.'nın hipertansiyon hastalarının öz-etkililik düzeylerini ölçmek için yapılan bir ölçektir (Han ve ark., 2014). Türkoğlu ve Kılıç tarafından 2021 yılında Türkçe geçerlilik güvenirliği yapılmıştır (Türkoğlu ve Kılıç, 2021). Ölçek “hiç uygun değil” (1 puan) ve “çok uygun” (4 puan) arasında likert tipi bir değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten elde edilecek minimum puan 20, maksimum puan 80’dir. Elde edilen puanın artması hastanın öz-etkililik seviyesinin arttığını gösterir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışmasında Cronbach alfa değeri 0,88 olarak saptanmıştır (Türkoğlu ve Kılıç, 2021). Bu çalışmada ise 0,87 olarak bulunmuştur (Tablo 3.1).

3.5.3. Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği (EK-9)

1970 yılında Templer tarafından ölüm kaygısı düzeyini saptamak için oluşturulan 15 maddelik, kişinin tutumunu ortaya çıkartan bir ölçektir (Templer, 1970). Ölçek 1989’da Şenol tarafından Türkçeye çevrilmiştir (Şenol, 1989). Akça ve Köse tarafından 2008 yılında tekrar geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Akça ve Köse, 2008). Sorulara verilen cevaplar doğru veya yanlış şeklindedir. Yanlış cevap 0 puan, doğru cevaplar 1 puan şeklinde olup, ölçekten alınabilecek toplam puan 0-15 arasında değişmektedir. Elde edilen ortalama puanın 7 ve üzerinde olması kaygı seviyesinin yüksek olması şeklinde değerlendirilir. Türkçeye çevrildikten sonra test-tekrar test değişmezlik katsayısı değeri 0.80, iç tutarlılık Cronbach alfa değeri 0,72 olarak

saptanmıştır (Akça ve Köse, 2008). Bu çalışmada Cronbach alfa değeri 0.503 olarak bulunmuştur (Tablo 3.1).

Tablo 3.1. İç geçerlilik katsayıları

Ölçek	Cronbach α
Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği	0.870
Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	0.503

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Bulgular, SPSS Windows 22 paket yayını ile çözümlenmiştir. Verilerin çözümlenmesinde sayılar, yüzdelikler, en düşük ve en yüksek puanlar ile ortalama ve standart sapmalar ile farklı analiz çeşitleri de kullanılmıştır (Tablo 3.2). Sürekli değişkenlere ait normal dağılım katsayılarına bakılmıştır (Tablo 3.3).

Tablo 3.2. Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grup karşılaştırması	Bağımsız Gruplarda t Testi	Mann Whitney U Analizi
Çoklu grup karşılaştırması	Varyans Analizi (İleri çözümleme olarak varyansların homojen olduğu hallerde LSD, olmadığı hallerde Dunnet C ‘den yararlanılmıştır).	Kruskall Wallis Analizi (İleri çözümleme olarak Mann Whitney U kullanılmıştır).
İlişki çıkarımı	Pearson Korelasyon Analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Bulguların normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

* Büyüköztürk, Ş. (2014). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı (20 ed.). Pegem Akademi Yayınları. Ankara.

Tablo 3.3. Çalışmada var olan sürekli değişkenlere ait normal dağılım tablosu*

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatistik	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği	300	-0.051	0.141	-0.340	0.281
Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	300	0.452	0.141	-0.195	0.281
Yaş	300	-0.440	0.141	0.302	0.281
BKİ	300	0.403	0.141	0.517	0.281
HT süresi	300	0.904	0.141	0.849	0.281

* Tüm veriler normal dağılmaktadır.

3.7. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın cinsiyet, boy, kilo, medeni durum, çocuk sahibi olmak, eğitim düzeyi, sağlık güvencesi, ekonomik durum, meslek, kaç yıldır hipertansiyon hastası olunması, tedavi durumu, ilaç sayısı, tansiyonölçe sıklığı, acil servise başvurma sıklığı gibi bağımsız değişkenleri olup; hipertansiyonda öz-etkililik ve ölüm kaygısı ölçeklerine ait puan ortalamaları bağımlı değişkenleridir.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Çalışmanın yapılması için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik kurulundan onay (01.12.2022; Toplantı: 9, Karar: 17) alınmıştır (EK-2). Araştırmanın yapılacağı kurumdan izin alınmıştır (EK-3). Araştırmada kullanılacak ölçeklerin yazarlarından ölçeklerin kullanımı için onay alınmıştır (EK-5, EK-6). Araştırmanın kriterlerine uygun ve çalışmaya dahil olmak isteyen hastalardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Yazılı izin için “Bilgilendirilmiş Onam Formu” çalışmaya dahil olmak hastanın tamamen kendi rızası ile gönüllü olmasını, çalışmadan her an ayrılabilme imkanına sahip oldukları ve adlarının gizli kalacağına ait bilgileri içermektedir (EK-4).

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın tek merkezli yapılması olması sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Sonuçlar bu araştırma evrenine genellenebilir.

4. BULGULAR

Hastaların tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de belirtilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri

		n	%
Cinsiyet	Kadın	173	57.7
	Erkek	127	42.3
Medeni Durum	Evli	291	97.0
	Bekar	9	3.0
Çocuk Sahibi Olma	Evet	291	97.0
	Hayır	9	3.0
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	64	21.3
	İlkokul	73	24.3
	Ortaokul	42	14.0
	Lise	33	11.0
	Üniversite	66	22.0
	Okuryazar değil	22	7.3
Sağlık Güvencesi	Var	290	96.7
	Yok	10	3.3
Ekonomik Durum	İyi	79	26.3
	Orta	214	71.3
	Kötü	7	2.3
Meslek	İşçi	16	5.3
	Memur	40	13.3
	Emekli	72	24.0
	Serbest meslek	46	15.3
	Ev hanımı	126	42.0
İlaç Tedavisi Alma Durumu	Evet	297	99.0
	Hayır	3	1.0
Kullanılan İlaç Sayısı	1 ilaç	160	53.3
	2 ve üzerinde ilaç	140	46.7
İlaç Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu	Evet	297	99.0
	Hayır	3	1.0
Hastalık Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	300	100.0
	Hayır	0	0
Bilgi Alınan Kişi	Doktor	300	100.0
Ailede Başka HT Hastası Olma Durumu	Evet	196	65.3
	Hayır	104	34.7

Tablo 4.1. (Devamı)		n	%		
Ailede HT Hastası Olan Bireyin Yakınlığı	Anne	86	28.7		
	Baba	63	21.0		
	Kardeş	47	15.7		
	Hayır	104	34.7		
Çay, Kahve Tüketimi Durumu	Evet	292	97.3		
	Hayır	8	2.7		
Tansiyon Ölçümü Yapma Durumu	Evet	268	89.3		
	Hayır	32	10.7		
Acile Başvuru Sıklığı	Haftada 1 kez	42	14.0		
	Haftada 2 kez	22	7.3		
	Haftada 3 ve fazlası	12	4.0		
	Ayda 1 kez	149	49.7		
	İlk kez başvuran	75	25.0		
Sayısal Değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	300	25.00	82.00	57.75	10.98
BKİ	300	18.73	45.79	28.56	4.34
HT hastalık süresi	300	1.00	30.00	8.74	5.06

Tablo 4.1’de belirtildiği şekilde hastaların, %57.7 kadarı kadındır, %97’si evlidir, %97’sinin çocuğu vardır, %24.3’ü ilkokul mezunudur ve %96.7’sinin sağlık güvencesi vardır. Katılımcıların %71.3’ünün ekonomik durumu ortadır, %42’si ev hanımıdır, %99’u ilaç tedavisi almaktadır, %99’u ilaç kullanımı hakkında bilgi sahibidir ve %53,3’ü 1 adet ilaç kullanmaktadır. Katılımcıların tamamı hastalık hakkında bilgi almıştır ve tamamı doktordan bilgi almıştır, %65.3’ünün ailesinde HT hastası vardır, bunların %28,7’si hastanın annesidir. Katılımcıların %97.3’ünün çay, kahve tükettiği, %89,3’ünün kan basıncı ölçümü yaptığı, %49.7’sinin ayda bir kez acile başvurduğu belirlendi. Hastaların yaş ortalaması 57.75 ± 10.98 , BKİ ortalaması 28.56 ± 4.34 ve HT hastalık süresi ortalaması 8.74 ± 5.06 yıl olarak tespit edildi (Tablo 4.1).

Hipertansiyon Öz-Etkililik ve Templer Ölüm Kaygısı Ölçeklerine Ait Puan Ortalamaları Tablo 4.2’de verilmiştir. Hastaların Hipertansiyon Öz-Etkililik Ölçeğinden

aldığı puan ortalaması 49.89 ± 9.99 , Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldığı puan ortalaması 7.63 ± 2.24 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hipertansiyon öz-etkililik ve templer ölüm kaygısı ölçeklerine ait puan ortalamaları

Ölçek	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği	300	22.00	72.00	49.89	9.99
Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	300	4.00	13.00	7.63	2.24

Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği ile Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği Arasındaki İlişki Tablo 4.3'te verilmiştir.

Tablo 4.3. Hipertansiyonda öz-etkililik ölçeği ile templer ölüm kaygısı ölçeği arasındaki ilişki

		Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği	Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği
Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği	r	1	0.172
	p		0.003
	n	300	300
Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği	r	0.172	1
	p	0.003	
	n	300	300

Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçek puanı ile Templer Ölüm Kaygısı Ölçek puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.3). Hipertansiyon hastalarında da öz-etkililik puanı arttıkça, ölüm kaygısı puanı da artmaktadır.

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeğinden alınan puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.4'te belirtilmiştir.

Tablo 4.4. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile öz-etkililik puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Hipertansiyonda Öz-Etkililik			
			Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	173	49.76	9.81	t=-0.263	0.793
	Erkek	127	50.07	0.29		
Medeni Durum	Evli	291	50.00	10.07	t=1.051	0.294
	Bekar	9	46.44	7.35		
Çocuk Sahibi Olma	Evet	291	49.98	10.01	t=0.813	0.417
	Hayır	9	47.22	9.86		
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	64	49.98	7.27	F=3.902	0.002
	İlkokul	73	46.67	11.36		
	Ortaokul	42	50.19	11.04		
	Lise	33	55.48	11.34		
	Üniversite	66	50.71	8.94		
	Okuryazar değil	22	48.91	7.18		
Sağlık Güvencesi	Var	290	49.51	9.88	t=-3.612	0.000
	Yok	10	60.90	7.13		
Ekonomik Durum	İyi	79	51.90	9.46	F=3.503	0.031
	Orta	214	48.98	10.07		
	Kotu	7	55.14	9.97		
Meslek	İşçi	16	46.25	14.43	F=2.661	0.033
	Memur	40	53.50	9.55		
	Emekli	72	51.04	9.93		
	Serbest meslek	46	48.04	8.19		
	Ev hanımı	126	49.23	9.85		
İlaç Tedavisi Alma Durumu	Evet	297	49.91	10.04	t=1.007	0.396
	Hayır	3	48.33	2.52		
Kullanılan İlaç Sayısı	1 ilaç	160	51.66	8.73	t=3.271	0.001
	2 ve üzeri	140	47.88	10.96		
İlaç Kullanımı Hakkında	Evet	297	49.91	10.04	t=0.271	0.786
Bilgi Sahibi Olma	Hayır	3	48.33	2.52		

Tablo 4.4. (Devamı)

			Hipertansiyonda Öz-Etkililik			
			Ort.	SS.	Test	P
Ailede Başka HT Hastası	Evet	196	50.10	9.58	t=0.484	0.629
	Hayır	104	49.51	10.78		
Ailede HT Hastası Olan Birey Yakınlığı	Anne	86	50.59	9.72	F=1.492	0.217
	Baba	63	48.10	9.59		
	Kardeş	47	51.87	9.00		
	Hayır	104	49.51	10.78		
Çay, Kahve Tüketimi	Evet	292	49.76	9.91	t=-1.431	0.153
	Hayır	8	54.88	12.41		
Tansiyon Ölçümü Yapma Durumu	Evet	268	50.33	10.20	t=2.889	0.006
	Hayır	32	46.22	7.24		
Acile Başvuru Sıklığı	Haftada 1 kez	42	46.55	7.63	F=24.426	0.000
	Haftada 2 kez	22	44.41	6.69		
	Haftada 3 ve fazlası	12	32.83	6.53		
	Ayda 1 kez	149	49.94	10.12		
	İlk defa	75	56.01	6.86		

Hastaların eğitim düzeyi, sağlık güvencesi, ekonomik durum, meslek, kullanılan ilaç sayısı, tansiyon ölçümü yapma durumu ve acile başvuru sıklığına göre Hipertansiyonda Öz-Etkililik toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde (LSD); lise mezunlarının, ekonomik durumu iyi olanların, mesleği memur olanların, 1 adet antihipertansif ilaç kullananların, tansiyon ölçümü yapanların, acil servise ilk kez başvuran hastaların, sağlık güvencesi olmayanların öz-etkililik toplam puanları diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Hastaların cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, ilaç tedavisi alma, ilaç kullanımı hakkında bilgi sahibi olma, ailede başka HT hastası olma ve ailede HT hastası olan bireyin yakınlığına, çay ve kahve tüketimine göre Hipertansiyonda Öz-Etkililik ölçeğinden elde edilen toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir istatistiksel fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Hastaların tanıtıcı özelliklerine göre Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinden alınan puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.5’te verilmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların tanıtıcı özellikleri ile templer ölüm kaygısı puan ortalamalarının karşılaştırılması

			Templer Ölüm Kaygısı				
			n	Ort.	SS.	Test	p
Cinsiyet	Kadın	173	7.83	2.23	t=1.815	0.071	
	Erkek	127	7.35	2.22			
Medeni Durum	Evli	291	7.61	2.22	t=-0.659	0.510	
	Bekar	9	8.11	2.67			
Çocuk Sahibi Olma	Evet	291	7.62	2.22	t=-0.357	0.722	
	Hayır	9	7.89	2.76			
Eğitim Düzeyi	Okuryazar	64	8.23	2.45	F=2.010	0.077	
	İlkokul	73	7.77	2.09			
	Ortaokul	42	7.45	2.11			
	Lise	33	6.88	2.63			
	Üniversite	66	7.36	2.04			
	Okuryazar değil	22	7.64	1.94			
Sağlık Güvencesi	Var	25	7.62	2.21	t=-0.393	0.695	
	Yok	10	7.90	3.07			
Ekonomik Durum	İyi	79	6.77	2.15	F=12.250	0.000	
	Orta	214	8.00	2.16			
	Kötü	7	5.71	2.06			
Meslek	İşçi	16	7.63	1.93	F=1.312	0.266	
	Memur	40	7.50	2.20			
	Emekli	72	7.44	2.16			
	Serbest meslek	46	7.15	2.11			
	Ev hanımı	126	7.94	2.35			
İlaç Tedavisi Alma Durumu	Evet	297	7.60	2.23	t=-1.856	0.064	
	Hayır	3	0.00	1.00			
Kullanılan İlaç Sayısı	1 ilaç	160	7.82	2.27	t=1.595	0.112	
	2 ve üzeri	35	7.40	2.18			
İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi Sahibi Olma	Evet	297	7.60	2.23	t=-1.856	0.064	
	Hayır	3	10.00	1.00			

Tablo 4.5.(Devamı)

		n	Templer Ölüm Kaygısı			
			Ort.	SS.	Test	P
Ailede Başka HT Hastası	Evet	196	7.73	2.22	t=1.150	0.251
	Hayır	104	7.42	2.26		
Ailede HT Hastası Olan Birey Yakınlığı	Anne	86	7.98	2.28	F=1.186	0.315
	Baba	63	7.67	1.95		
	Kardeş	47	7.38	2.44		
	Hayır	104	7.42	2.26		
Çay, Kahve Tüketimi	Evet	292	7.63	2.24	t=0.322	0.747
	Hayır	8	7.38	2.07		
Tansiyon Ölçümü Yapma Durumu	Evet	268	7.71	2.24	t=1.853	0.065
	Hayır	32	6.94	2.12		
Acile Başvuru Sıklığı	Haftada 1 kez	42	7.05	2.23	F=2.783	0.027
	Haftada 2 kez	22	7.05	1.40		
	Haftada 3 ve fazlası	12	6.33	2.39		
	Ayda 1 kez	149	7.83	2.30		
	İlk defa	75	7.92	2.17		

Hastaların ekonomik durum ve hastaların acile başvuru sıklığına göre Templer Ölüm Kaygısı toplam puan ortalamalarının arasında istatistiksel anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Farkın hangi gruplardan kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde (LSD); ekonomik durumu orta olanlardan, ilk defa acil servise başvuranlardan elde edilen toplam ölüm kayısı puanları daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 4.5'te belirtildiği üzere, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim, sağlık güvencesi, meslek, ilaç tedavisi alma, kullanılan ilaç sayısı, ilaç kullanımı hakkında bilgi sahibi olma, ailede başka HT hastası olma, ailede HT hastası olan bireyin yakınlığı, çay ve kahve tüketimi, tansiyon ölçümü yapma durumuna göre Templer Ölüm Kaygısı toplam puan ortalaması arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5).

Hastaların yaş, BKİ ve HT hastalık süresi ile Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği ve Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği arasındaki ilişki Tablo 4.6'te verilmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların yaş, BKİ ve HT hastalık süresine göre öz-etkililik ve ölüm kaygısı arasındaki ilişki

		Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği	Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği
Yaş	r	0.094	-0.028
	p	0.105	0.635
	n	300	300
BKİ	r	-0.198	0.055
	p	0.001	0.341
	n	300	300
HT hastalık süresi	r	-0.050	-0.041
	p	0.384	0.476
	n	300	300

Hastaların yaş ortalaması ve hastalık süresi ile öz-etkililik ve ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). BKİ ortalaması ile öz-etkililik puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönlü ve düşük düzeyli anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). BKİ yükseldikçe, öz-etkililik puan ortalamaları düşmektedir. BKİ ortalaması ile ölüm kaygısı puan ortalaması arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.6).

5. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan hastaların Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (49.89 ± 9.99) orta düzeyde ve Templer Ölüm Kaygısı Ölçeğinden aldıkları puan ortalaması (7.63 ± 2.24) yüksek düzeyde olduğu bulundu. Araştırmada ölüm kaygısı ile öz-etkililik arasında anlamlı, pozitif yönlü ve düşük düzeyli bir ilişki belirlenmiştir. Hastaların öz-etkililiğini ve ölüm kaygısını hastaların bazı tanıtıcı özelliklerinin etkilediği belirlenmiştir. Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Hipertansiyon hastalarının öz-etkililik düzeyi ölçekten alınabilecek minimum ve maksimum puanlar düşünüldüğünde (20-80 arasında) ortalama bir düzeye sahip olduğu söylenebilir. Öz-etkililik seviyesi bireyin sağlık davranışlarına uyum sağlama potansiyelini gösterir (Türkoğlu ve Kılıç, 2021). Hipertansiyon tedavisinde hastaya uygun kan basıncı hedefi belirleme ve izlemi, sigara ve alkolün bırakılması, vücut ağırlığının korunması, düzenli egzersiz ve tuz sınırlamasını içeren yaşam tarzı düzenlemeleri ile sürekli ilaç tedavisi konularında uyumu gerektirir (Kara ve ark., 2021, Yıldız, 2021). Metin ve ark.'nın (2023) çalışmasında hipertansiyon hastalarının öz-etkililik düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (Metin ve ark., 2023). Benzer şekilde literatürde var olan Vatan ve Ünsar'ın (2014) yapmış oldukları çalışmada da hipertansiyonu olan hastaların öz-etkililik düzeyleri iyi olarak belirtilmiştir (Vatansever ve Ünsar, 2014). Bu araştırmaya alınan bireylerin hipertansiyon nedeni ile acil servise başvuru yapan bireylerin oluşturduğu düşünüldüğünde puan ortalamasının orta düzeyde olması beklenen bir sonuçtur.

Hipertansiyon hastalarının ölüm kaygısı düzeyinin 7 ve üzerinde olması ölüm kaygısının yüksek seviyede olduğunu göstermektedir (Akça ve Köse, 2008). Bu araştırmaya katılan hastaların ölçek puan ortalamasına göre (7.63 ± 2.24) ölüm kaygısının

yüksek olduğu bulunmuştur. Hipertansiyon gibi kronik hastalığın varlığı hastalarda psikososyal semptomlar ortaya çıkartabilmektedir (Karahan ve Hamarta, 2019). Ölüm kaygısı da bu semptomlardan en önemlisi olup tüm korkuların altında bu kaygı var olmaktadır (Karahan ve Hamarta, 2019). Karahan ve Hamarta' nın (2019) yapmış oldukları çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerde ölüm kaygı seviyeleri yüksek bulunmuştur (Karahan ve Hamarta, 2019). Benzer şekilde Cengiz ve ark.'nın (2021) yapmış oldukları çalışmada hipertansiyonun da içinde yer aldığı kronik hastalığa sahip kişilerde ölüm kaygı düzeyleri yüksek saptanmıştır (Cengiz ve ark., 2021). Araştırmadan elde edilen bulgular literatür ile birbirlerini destekler niteliktedir.

Araştırmada öz-etkililik ile ölüm kaygısı arasında pozitif yönlü ve düşük düzeyli anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Hipertansiyon hastası olan bireyin öz-etkililik düzeyi yükseldikçe ölüm kaygı seviyesi de artmaktadır. Güçlü 'nün (2018) KOAH hastaları ile yapmış olduğu çalışmada ölüm kaygısı ile öz-etkililik arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir (Güçlü, 2018). Literatürde geriatri hastaları üzerine yapılan bir çalışmada hipertansiyon gibi kronik hastalığı olan kişilerde ölüm kaygı seviyelerinde anlamlı bir artış bildirilmiştir (Karahan ve Hamarta, 2019). Kara ve ark.'nın yapmış oldukları çalışmada ise kişinin psikososyal halinin hastanın hastalığında etkin rol oynamasını direkt etkilediği saptanmıştır (Kara, 2020). Ölüm kaygısının psikolojik bir sorun olarak ele alınması bireylerin olayların kontrolünü sağlayabilme yetisi olan öz-etkililiği etkileyebileceği düşünülmektedir. Ayrıca araştırmaya alınan bireylerin öz-etkililik ve ölüm kaygısı düzeyleri ilk kez başvuru yapan hastalarda anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu öz yeterliliği yüksek olan bireylerin, ilk kez acile başvuran hastalarda ölüm korkusunun yükselmesinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma, ilaç tedavisi alma durumu, ilaç tedavisi hakkında bilgi sahibi olma durumu, ailede başka HT hastası olma ve yakınlığı, HT hastalık süresi ve çay kahve tüketimi ile Öz-Etkililik ölçek puan ortalamalarının gruplar arasındaki farkı anlamsızdır.

Araştırma verileri incelendiğinde hipertansiyon hastalarının öz-etkililik puan ortalamasını eğitim durumlarının anlamlı şekilde etkilediği belirlendi. Yapılan ileri analizde lise mezunu olanların puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Runa ve Bahar'ın (2023) araştırmasında da lise mezunu olan hipertansiyon hastalarını öz yönetim ortalama puanları yüksek elde edilmiştir (Runa ve Bahar, 2023).

Çalışmada sağlık güvencesi olmayan hipertansiyon hastalarının öz-etkililik puan ortalamaları, sağlık güvencesi olan hipertansiyon hastalarına göre daha yüksek bulunmuştur. Erol ve Yanık'ın (2016) diyabet olan bireylerle yapmış oldukları çalışmada sağlık güvencesi ile öz-yeterlilik düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Erol ve Yanık, 2016). Bireylerin sağlık güvencesinin bulunmasının bireylerin öz-etkililiklerini arttıracak beklenir. Ancak sağlık güvencesi olmayanların öz-etkililik puan ortalamalarının yüksek olması hastaların hastaneye başvuru ve tedavi süreçlerinde karşılaşılabilecekleri ekonomik sorunları en aza indirmek için olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmada ekonomik duruma göre öz-etkililik puan ortalamaları arasında fark saptanmış olup, farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan ileri analiz çalışmasında ekonomik durumu iyi olan hastaların ekonomik durumları orta olan hastalardan öz-etkililik puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda ekonomik durumun iyi olmaması, eğitim seviyesinin düşük olması ve iş sahibi olmayan hipertansiyon hastalarının hastalıklarını yönetmede ilaca uyum gibi konularda mevcut durumu kötüleştirdiği belirlenmiştir (Saounatsou ve ark., 2001). Genel

olarak baktığımızda hastaların ekonomik durumlarının iyi olması; hastaların sağlık imkanlarına kolay ulaşmasını sağladığı düşünülmektedir. Araştırmada ekonomik durumlara göre farklı ortalama puanların ortaya çıktığı gözlemlenmiş ve öz-etkililik sürecini etkilediği saptanmıştır. Şahin ve Biçen'in (2015) yapmış oldukları çalışmada da sosyo-ekonomik durumun hipertansiyon yönetimini etkilediğini saptanmıştır (Şahin ve Biçer, 2015). Bu sonuçlardan farklı olarak yapılan başka çalışmalarda ise ekonomik durumun hipertansiyon yönetiminde herhangi bir etkiye sahip olmadığı belirtilmiştir (Karadağ, 2012; Kang ve ark., 2015; Kumar ve ark., 2014; Lee ve ark., 2013; Mert ve ark., 2011; Vatansever ve Ünsar, 2014; Teke ve Arslan, 2018). Sonuçların farklı olması araştırmanın sınırlılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada meslek gruplarına göre öz-etkililik puanlarında anlamlı bir fark saptanmış olup bu farkın hangi meslek grubundan kaynaklandığını saptamak için yapmış olduğumuz ileri analizde memur olanların diğer meslek gruplarına göre elde ettikleri puanın daha yüksek olduğunu bulunduk. Literatürde yapılan başka çalışmalara baktığımızda Lee ve ark. (2013) araştırmasında mesleğin hipertansiyonda ilaca uyum üzerine etkisi olduğunu saptanmıştır (Lee ve ark., 2013). Ekonomik durumun iyi olmasının da öz-etkililiği etkilediği bilinmektedir. Memur olanların diğer meslek gruplarına göre ekonomik durumlarının daha iyi olduğu düşünüldüğünde bu sonuç beklenen bir durumdur.

Araştırmada ilaç sayısı ile öz-etkililik puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İlaç kullanımda farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde; 1 adet ilaç kullanan hipertansiyon hastalarının öz-etkililik puanları 2 ve üzeri ilaç kullanan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların %99'unun ilaç tedavisi aldığı ve çalışmaya katılan hastalarının tamamının da doktorundan hastalığı hakkında bilgi aldığı saptanmıştır. Bu hastaların yarısından fazlası

1 adet ilaç kullanmaktadır. Ülkemizde hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyumlarının düzeyini inceleyen bazı araştırmalarda hastaların ilaç tedavisine uyum düzeylerinin yüksek olduğunu belirlenmiştir (Erci ve ark., 2018; Mert ve ark., 2011; Tümer ve ark., 2016). Hipertansiyonun farmakolojik tedavisinde ilk ayda beklenen düzeye gelmediyse, kullanılmaya başlanılan ilacın doz ayarı arttırılır ya da başka bir ilaç daha tedaviye eklenilir. İki ilaç kullanım süresinde de beklenen sonuç elde edilmediyse, üçüncü başka bir ilacın tedaviye eklenilmesi tercih edilebilir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). Araştırmada 1 ilaç kullanan hastaların hipertansiyon yönetimi için başka ilaç kullanımına ihtiyaç duymaması da öz-etkililiklerinin yüksek çıkmasına neden olabilir.

Çalışmada kan basıncı ölçümü yapma durumu ve ölçme sıklığı ile öz-etkililik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Araştırmada hastaların kan basıncını %89,3'ünün tansiyon ölçümelerini yaptıkları hastalardan %52,7'sinin her gün tansiyon ölçümü yaptığı bulunmuştur. Günde bir defa kan basıncı ölçüm yapan hipertansiyon hastalarının puanı haftada, ayda ve iki ayda bir kan basıncı ölçümü yapanlardan hipertansiyonda öz-etkililik ölçeklerinde daha yüksek saptanmıştır. Literatürden edilen araştırmalarda, Chobanian ve ark. (2003) araştırmaya dahil edilen kişilerin çoğunluğun kan basıncını ölçtükleri, Zillich ve ark. (2005) hipertansiyonu olan hastaların günlük tansiyon takibi yaptığı ve haftada da bir mutlaka kan basınçlarını ölçtördükleri bildirilmiştir (Chobanian ve ark., 2003; Runa ve Bahar, 2023; Zillich ve ark., 2005). Bir başka çalışmada hastaların %46,9'unun tansiyon ölçümünü genellikle baş ağrısı olduğu zamanlarda yaptırdığını belirtmiştir (Erci ve ark., 2018). Hipertansiyon yönetiminde olmazsa olmaz önemine sahip olan düzenli tansiyon ölçümünün yeterli düzeyde yapılmaması hastalığa verilen önemin az olduğunu düşündürmektedir. Bu araştırma verilerine göre hastaların yaklaşık yarıya yakınının kan basıncı her gün düzenli ölçtüğü

bulunurken diğerk kısmının da ölçümlemlerini düzensiz yapmış olması hastaların öz etkililik düzeylerini etkilemiş olduğu düşünölmektedir. Hipertansiyon hastalarına verilecek olan eğitimlerde hipertansiyon öz-etkililiğinin arttırılması için düzenli kan basıncı izlemine yer verilmesi önemlidir.

Araştırmada acile başvuru sıklığı ile öz-etkililik puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu farkın hangi başvuru sıklığından kaynaklandığını belirlemek amacıyla yaptığımız ileri analizde acil servise ilk defa ve ayda bir defa başvuran hipertansiyon hastalarının, haftada bir kez, haftada üç kez ve daha fazla başvuru yapanlardan öz-etkililik ortalama puanları daha yüksek saptanmıştır. Akman ve Akşit (2020) çalışmasında hipertansiyon tanısı ile bir yıl içinde iki veya üstünde sayı ile acil servise başvurunun sık olduğunu belirlemişlerdir (Akman ve Akşit, 2020). Bu araştırmada hastaların yarısının ayda bir kez acil servise başvurduklarını belirtmiştir. Ayrıca daha sık acil servise başvuran hastaların öz etkililik puan ortalamalarının daha düşük olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgular araştırmaya katılan hastaların öz-etkililik puan ortalamalarının yüksek olmamasını açıklamaktadır. İlk kez acile başvuru yapanların öz etkililik puan ortalamalarının yüksek olmasının beklenen bir durum olduğunu düşündürmektedir.

Çalışma bulgularında Tablo 4.6’da gözlemlendiğı gibi hipertansiyon hastalarının BKİ’si ile öz-etkililik düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeylidir ($p<0.05$). Hipertansiyon hastalarının BKİ’si arttıkça öz-etkililik düzeyinde bir azalma olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada hipertansiyon hastalarının öz-etkililik sürecinin başarılı olması kilo kontrolünde hastanın başarılı olmasıyla mümkün olunabileceğı bildirilmiştir (Fletcher ve ark., 2016). Hipertansiyonu olan kilo kaybeden hastalarda almış olduğu ilaç dozu ve adedinde düşüş göröldüğü, ilaçlarında etki seviyesinin yükseldiğı görölmüştür (Özpancar, 2016; Yıldırım ve Durna,

2021; Whelton ve ark., 2018). Her 4,5 kg kilo artışı ile sistolik kan basıncında 4.5 mmHg artış olduğu belirtilmektedir (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022). BKİ ile özetkililik arasındaki ilişki bununla açıklanabilir.

Araştırmada cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, eğitim, sağlık güvencesi, meslek, ilaç tedavisi alma, kullanılan ilaç sayısı, ilaç kullanımı hakkında bilgi sahibi olma, ailede başka HT hastası olma, ailede HT hastası olan bireyin yakınlığı, çay ve kahve tüketimi, tansiyon ölçümü yapma durumuna göre ölüm kaygısı puan ortalaması arasındaki fark anlamsız bulunmuştur. Ekonomik durum ile acil servise başvuru sıklığına göre ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Ekonomik durum ile hastaların ölüm kaygı seviyesi arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde; ekonomik durumu orta olan hastaların ölüm kaygı seviyeleri diğer hastalara oranla daha yüksek bulunmuştur. Yapılan benzer çalışmalarda hasta bireyin psikososyal iyilik durumu, ekonomik durumundan olumlu şekilde etkilemektedir (Erol ve ark., 2016; Tel ve ark., 2020). Ekonomik durum iyileştikçe hastanın gücü artacağı ve kaygı durumunun azalacağı düşünülmektedir.

Araştırmada acil servise başvuru sıklığı ile hastaların ölüm kaygı seviyesi arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan ileri analizde, ilk defa acil servise başvuranlardan elde edilen toplam ölüm kayısı puanları daha yüksek bulunmuştur. Uğur ve ark.'nın (2016) yapmış oldukları araştırmada hastaların acil servise başvuru sıklıkları ile sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmış olup, bir kez başvuru yapan hastaların kaygı seviyeleri hiç başvuru yapmayan kişilerin kaygı seviyelerine oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Uğur ve ark., 2016). Hipertansif aciller hipertansiyonun hayati önem taşıyan ana komplikasyonudur. Bu tablo ise hipertansif kişilerin yaklaşık %1'inde ortaya çıkar ve intravenöz ilaçlarla kan basıncını kontrol altına almak gerekir. Hipertansif acil sadece kan basının yüksekliği değil yüksek

kan basıncının hedef organ hasarına yol açması riskinin varlığıdır (Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2022; Satar ve ark., 2003). Akman ve Akşit (2020) çalışmasında hayatı tehdit eden bir hastalık olmasının hasta tarafından anlaşılması, daha düzenli takiplerini yaptırmasına, daha düzenli ilaç almasına, bunlarda acil servis başvuru sıklığının azalmasına neden olduğu belirtilmektedir. Acile ilk kez başvuran hastaların bu risklerle ilk kez karşı karşıya kalması ölüm kaygılarını arttırmış olabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmada kan basıncını normal değerler aralığında olmaması sonucu ile acil servise başvuran hipertansiyon hastalarının hastalıklarındaki öz-etkililik düzeyi ve ölüm kaygısı değerlendirildi.

- Çalışmamızda hipertansiyon hastalarının Hipertansiyonda Öz-Etkililik Ölçeği puan ortalaması 49.89 ± 9.99 olup öz-etkililiklerinin orta seviyede olduğu,
- Templer Ölüm Kaygısı Ölçeği puan ortalaması 7.63 ± 2.24 olup ölüm kaygısının yüksek olduğu,
- Hipertansiyon hastalarının öz-etkililik ile ölüm kaygısı puan ortalamaları arasında düşük düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu,
- Hipertansiyon hastalarının tanıtıcı özellikleri ile öz-etkililik puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi, sağlık güvencesi, ekonomik durum, meslek, kullanılan ilaç sayısı, tansiyon ölçümü yapma durumu ve acile başvuru sıklığına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Yapılan ileri analizde (LSD); lise mezunlarının, ekonomik durumu iyi olanların, mesleği memur olanların, 1 adet antihipertansif ilaç kullananların, tansiyon ölçümü yapanların, acil servise ilk kez başvuran hastaların, sağlık güvencesi olmayanların öz-etkililik puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu,
- BKİ ortalaması ile öz-etkililik puan ortalaması arasında istatistiksel olarak negatif yönlü ve düşük düzeyli anlamlı bir ilişki olduğu,
- Hipertansiyon hastalarının tanıtıcı özellikleri ile ölüm kaygısı puan ortalamaları karşılaştırıldığında ekonomik durum ve acil servise başvuru sıklığına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,

- Yapılan ileri analizde (LSD); ekonomik durumu orta olan, ilk defa acil servise başvuran hastaların ölüm kaygısı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler;

- Hipertansiyon hastalarının öz-etkililik düzeyini belirleyerek öz-etkililiğin artırılması hastalık yönetimi sağlanmalı,
- Ölüm kaygısı yaşama durumunu değerlendirerek hastalara verilebilecek psikolojik destek ile ölüm kaygısı azaltılmalı,
- Ölüm kaygısının azaltılması için hastalık ile ilgili öz-etkililiğin sağlanarak acil servise başvurular azaltılmalı,
- Hasta eğitiminde tansiyon ölçümünün yanı sıra düzenli takip konusuna da yer verilmeli,
- Hastaların kilo kontrolünün sağlanması ile olası komplikasyonların önüne geçilebileceği anlatılmalı,
- Hipertansiyon farkındalığının artırılması ve yönetimi eğitimleri ile de hastanın, hastalık sürecinde etkin rol oynaması ile öz-etkililiği artırılarak, artan ölüm kaygı seviyesi hastalık yönetimi üzerine olumlu şekilde kullanması öğretilmelidir.

KAYNAKLAR

- Akan, D. D., Çaydam, Ö. D., ve Pakyüz, S. Ç. (2020). Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumunun Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(2), 241-249.
- Akça, F., & Köse, İ. A. (2008). Ölüm Kaygısı Ölçeğinin Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 11(1), 7-16.
- Aker, B. E., Doğaner, Y. Ç., & Aydoğan, Ü. (2020). Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporları: 2015'ten 2019'a Neler Değişti? *Konuralp Medical Journal*, 12(2), 326-333.
- Akman, C., & Akşit, E. (2020). Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Klinik Özellikleri ve Acil Servise Başvuru Sıklığını Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 219-224.
- Albayrak, Z., & Şengezer, T. (2022). Ailelerinde hipertansiyon hastası olan kişilerde hipertansiyon gelişiminin önlenmesiyle ilgili tutumlar: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 26(2), 53-65.
- Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., Derici, U., Karatan, O., Turgan, C., Sindel, S., Erbay, B., Hasanoğlu, E., Çağlar, S., & Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases (2005). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *Journal of Hypertension*, 23(10), 1817–1823.
- Arabacı, Z., Doğru, A. & Yıldırım, J.G. (2018). Kronik hastalıklarda transteoretik model dayandırılarak motivasyonel görüşme tekniğinin kullanılması. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 3(2), 136-147.
- 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 Uzlaş Raporu. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 43(4): 402-409.

- Aşiret, G.D, & Okatan, C. (2019). Hipertansiyon hastalarının ilaç uyum düzeyleri ile spirütüel iyi oluşları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10(23), 122-128.
- Aydoğdu, S., Güler, K., Bayram, F., Altun, B., Derici, Ü., Abacı, A., Tükek, T., Sabuncu, T., Arıcı, M., Erdem, Y., Özin, B., Şahin, İ., Ertürk, Ş., Bitigen, A., Tokgözoğlu, L. (2019). Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu. *Türk Kardiyoloji Derneği Aşivi*, 47(6):535-546
- Bayar, D. D. N. (2017). Kimde sekonder hipertansiyon aramalıyım? *Klinik Tıp Bilimleri*, 5(5), 43-47.
- Bayraktar, D., & Khorshid, L. (2017). Ölçüm öncesi dinlenme süresinin ve dinlenme esnasında konuşmanın indirekt kan basıncı ölçüm değeri üzerine etkisi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(2), 36-52.
- Bayülgen, Y. M., Gün, M., & Erdoğan, S. (2021). Kronik Obsrükatif Akciğer Hastalığı olan hastaların öz bakım yönetimleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 106-112.
- Bell K., Twiggs J., & Olin BR. (2015). Hypertension the silent killer: Updated JNC-8 Guideline Recommendation. *Tex Heart Inst J*, 42(3), 226–228.
- Benković M, Jurinjak Tušek A, Sokač Cvetnić T, Jurina T, Valinger D, Gajdoš Kljusurić J. (2023). An Overview of Ingredients Used for Plant-Based Meat Analogue Production and Their Influence on Structural and Textural Properties of the Final Product. *Gels*. Nov 22;9(12):921.
- Brady, T. J., Anderson, L. A., & Kobau, R. (2015). Chronic disease self-management support: public health perspectives. *Frontiers in Public Health*, 2, 234.
- Büyüköztürk, Ş. (2014). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı* (20 ed.). Pegem Akademi Yayınları. Ankara.

- Cengiz, Z., Yıldırım, H., & Grdap, Z. (2021). Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Yaşamanın Anlamlandırılması ve lm Kaygısı. *Van Tıp Dergisi*, 28(3), 348-353.
- Centers for Disease Control and Prevention, Facts About Hypertension. (2022). <https://www.cdc.gov/bloodpressure/facts.htm> (01.12.2023).
- Chobanian, A.V, Bakris, G.L, Black, H.R, et al. (2003). The Seventh Report of The Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206-1252.
- Coşkun, G. (2022). Hipertansiyon Tanı ve Tedavisine Güncel Yaklaşım. *Sağlık & Bilim 2022: İç Hastalıkları*, 21-31.
- Çakan, F., . (2017). Yaşlılarda Hipertansiyon, *Türk Kardiyoloji Derneğı Arşivi*, 45 Suppl 5: 29–31.
- Çapık C. (2014). İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: *Temel Bilgiler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17:4.ss:268-274.
- Çavuşoğlu, Ç. (2020). Adherence of primary care physicians to recommended guidelines for blood pressure measurement. *Cukurova Medical Journal*, 45(4), 1617-1624.
- Çelik, N., Taştan, K., & Bilge Yerli, E. (2023). Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Metabolik Sendrom Risk Faktörlerinin Araştırılması. *Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 72-82.
- Demir G., B., & Fırat, M. (2022). KOAH hastalarında hastalık algısı, ölüm kaygısı ve öz bakım gücü ilişkisinin incelenmesi. *ADY Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 57-66.
- Durmaz, C., & Arslan, P. (2017). Toplumda hipertansiyon ve kan basıncını etkileyen etmenler. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 45(3), 278–286.
- Doğaner. Y.Ç., & Aydoğan, . (2019). Hangi hipertansiyon kılavuzu, hangi eşik değerler? Hipertansiyonda yeni eşik değerler. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 23(2), 78-84.

- Durna, Z., & Akın, S. (2012). Hipertansiyon, Kronik Hastalıklar ve Bakım, Birinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitap Evleri, s.95-109.
- Ekim, M., Ekim, H., Tuncer, M., (2019). Hipertansiyon Tedavisinde Bitkisel Ürünlerin Yeri. *Van Tıp Dergisi*, 26(4); 564-568.
- Erarslan, S. (2020). "Hipertansiyon ve Kronik Komplikasyonları," In Hipertansiyona Multidisipliner Yaklaşım, Ankara: Akademisyen Kitabevi, pp.183-190.
- Eraydın B., & Süllü Y. (2022) Koroid Damar Sisteminin Akut ve Kronik Okluziv Bozuklukları (İskemiler). *Güncel Retina*, 6 (3): 160-163
- 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.
- Erol, S., Sezer, A., Şişman, F. N., Öztürk, S. (2016). Yaşlılarda Yalnızlık Algısı ve Yaşam Doyumu. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(3), 60-69.
- Fletcher, B.R., Hinton, L., Hartmann-Boyce, J., Roberts, N.W., Bobrovitz, N., &McManus, R.J. (2016). Self-monitoring blood pressure in hypertension, patient and provider perspectives: A systematic review and thematic synthesis. *Patient Educ Couns*, 99(2), 210-219.
- Forouzanfar, M. H., Liu, P., Roth, G. A., Ng, M., Biryukov, S., Marczak, L., Alexander, L., Estep, K., Hassen Abate, K., Akinyemiju, T. F., Ali, R., Alvis-Guzman, N., Azzopardi, P., Banerjee, A., Barnighausen, T., Basu, A., Bekele, T., Bennett, D. A., Biadgilign, S., Catalá-López, F., ... Murray, C. J. (2017). Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mmHg, 1990-2015. *JAMA*, 317(2), 165–182.

- Gopar-Nieto, R., Ezquerra-Osorio, A., Chávez-Gómez, N. L., Manzur-Sandoval, D., & Raymundo-Martínez, G.I.M. (2021). How to treat hypertension? Current management strategies. *Archivos de Cardiología de Mexico*, 91(4), 493–499.
- Gözüm, S. (1999). Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun yapı geçerliliği: öz-etkililik ile stresle başa çıkma algısı arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2(1), 35-43.
- Gözüm, S., & Aksayan, S. 1999. Öz-etkililik-yeterlilik ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 21-31.
- Gönel, P. (2019). Hastaların Hipertansiyon Bilgilerinin Tedaviye Uyum ve Öz-Etkililik Düzeylerine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Doğu Akdeniz Üniversitesi (DAÜ). Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü. Kıbrıs.
- Güçlü H. (2018) Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Öz-Etkililik ve Ölüm Kaygısı Düzeyleri. Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Nisan, Yozgat.
- Gün, Y., & Korkmaz, M. 2014. Hipertansif hastaların tedavi uyumu ve yaşam kalitesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2), 98-108.
- Gündoğan S, & Babacan Gümüş A. Yaşlılarda Ölüm Kaygısı ile Hastalık Özellikleri, Yalnızlık ve Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2023;32(2):81-92.
- Hoelterhoff, M., & Chung, M. C. (2020). Self-efficacy as an agentic protective factor against death anxiety in PTSD and psychiatric co-morbidity. *Psychiatric Quarterly*, 91, 165-181.
- Ilgaz, A., & Özer, Z. (2017). Hipertansiyonlu bireylerde egzersizin kan basıncına etkisi: sistematik derleme. *MN Kardiyoloji*, 24(1), 31-41.

- İnce, H., Arslan, H., Aktaş, A. (2021) Sekonder Hipertansiyon. *Health Sciences Student Journal*, 1(3), 93-97
- James, P.A., Oparil, S., Carter, B.L., Cushman, W.C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., Lackland, D.T., LeFevre, M.L., MacKenzie, T.D., Ogedegbe, O., Smith, S.C., Jr, Svetkey, L.P., Taler, S.J., Townsend, R.R., Wright, J.T.Jr, Narva, A.S., & Ortiz, E. (2014). 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(5), 507–520.
- Kandemir, F. (2020). Bazı demografik değişkenler bağlamında COVID-19 pandemi neslinin dindarlık ve ölüm kaygısı ilişkisi üzerine ampirik bir araştırma. *Tokat İlmîyat Dergisi*, 8(1), 99-129.
- Kang, D.C., Tsang, P.M., Li, W., Wang, H.X., Liu, K., Griffiths, S.M., et al. (2015). Determinants of medication adherence and blood pressure control among hypertensive patients in Hong Kong: a cross-sectional study. *International Journal of Cardiology*, 82, 250–257.
- Kankaya, H., Özer, S., Korkmaz, M., Karabulut, Ö., Kurt, E. (2017). Yaşlı Hipertansif Hastalarda İlaç Tedavisine Uyum Öz-Etkililiği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 1-10.
- Kaptan, G., & Dedeli, Ö., (2012). Temel İç Hastalıkları Hemşireliği, *Medikal Yayınları*, s. 231-234, İstanbul.
- Kara, A., Karaca Sivrikaya, S., & Yıldız, H. (2020). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarının Hastalık Algısı ve Yaşam Kalitesi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 35-40.

- Karaca, İ.R., & Öztürk D. N., (2016). Diş Hekimliği Açısından Riskli Sistemik Hastalıklar ve Bu Hastalıklara Bağlı Oluşabilecek Acil Durumlar: Bölüm 1 Sistemik Hastalıklar. *Atatürk Üniversitesi Diş Hek. Fak. Dergisi*, 16, 147-156.
- Karahan, Ş. F, & Hamarta, E. (2019). Geriatrik olgularda kronik hastalıkların ve polifarmasinin ölüm kaygısı ve anksiyete üzerine etkisi. *Ege Tıp Bilimleri Dergisi* 2 (1), 8-13.
- Karakurt, P, Aşilar, R. ve Yıldırım, A. (2013). Diyabetli hastaların öz bakım gücü ve algıladıkları sosyal desteğin değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(1), 1-9.
- Karadakovan, A., & Eti Aslan, F. (2014). Hipertansiyon, Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Üçüncü Baskı, editör: Aysel Badır. Ankara, Akademisyen Tıp Kitap Evi, s. 549-572.
- Karakuş, G., Öztürk, Z., & Tamam, L.(2012). Ölüm ve Ölüm Kaygısı. *AKTD*, 21(1), 42-79.
- Karatay, G., Karadağ, E., & Akkuş, Y. (2012). Bir aile sağlığı merkezine başvuran hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeyleri., *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(3), 85-96.
- Klag, M.J., Wang, N.Y., Meoni, L.A., Brancati, F.L., Cooper, L.A., Liang, K.Y., Young, J.H., & Ford, D.E. (2002). Coffee intake and risk of hypertension: the Johns Hopkins precursors study. *Arch Intern Med*, 162(6), 657-62.
- Kolcu, M. & Ergün, A. (2016). Yaşlılarda hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 234-241.
- Kumar, N., Unnikrishnan, B., Thapar, R., Mithra, P., Kulkarni, V., Holla, R., et al. (2014). Factors associated with adherence to antihypertensive treatment among patients

- attending a tertiary care hospital in Mangalore, South India. *International Journal of CurrentScientificResearch*,6(10), 77-85.
- Koşar, C., & Besen, D.B. (2015). Kronik hastalıklarda hasta aktifliği: Kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), 45-51.
- Kozan, O., Oguz, A., Abaci, A., Erol, C., Ongen, Z., Temizhan, A., & Celik, S. (2007). Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. *European journal of clinical nutrition*, 61(4),548-553.
- Köse, S. Ve Köse, S. (2023). Yaşlı bireylerdeki ölüm korkusu ve aile desteği ilişkisinde psikolojik sağlamlığın rolü. *Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 41-46.
- Kumsar, A.K., & Yılmaz, F.T. (2014). Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 62-70.
- Lee, G. K., Wang, H. H., Liu, K. Q., Cheung, Y., Morisky, D. E., & Wong, M. C. (2013). Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a Chinese population using Morisky medication adherence scale. *Plos One*, 8, 627-675.
- Mancia, G.,Fagard, R., Narkiewicz, K., Redón, J., Zanchetti, A., Böhm, M., Christiaens, T., Cifkova, R., De Backer, G., Dominiczak, A., Galderisi, M., Grobbee, D. E., Jaarsma, T., Kirchhof, P., Kjeldsen, S. E., Laurent, S., Manolis, A. J., Nilsson, P. M., Ruilope, L. M., Schmieder, R. E., ... Task Force Members(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). *Journal of hypertension*, 31(7), 1281–1357.

- MayoClinic. High Blood Pressure (hypertension) 2022 [updated 2022 September]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410> (01.11.2023).
- Melekoğlu, E., & Rakıcıoğlu, N. (2020). Yaşlılarda bilişsel fonksiyonun korunması ile ilişkili diyet modelleri. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 48(2), 84-92.
- Mert, H., Özçakar, N., & Kuruoğlu, E. (2011). Multidisipliner bir özel çalışma modülü araştırması: Hipertansiyon hastalarının tedaviye uyumlarının incelenmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 15(1), 7-12.
- Metin, T., Semerci, V., & Çetinkaya Özdemir, S. (2023). Hipertansiyon hastalarının tanımlayıcı özellikleri ve aleksitimi düzeyleri öz-etkililik düzeylerinin yordayıcısı mıdır? *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 10(3), 188-197.
- Oliveros, E., Patel, H., Kyung, S., Fugar, S., Goldberg, A., Madan, N., & Williams, K. A. (2020). Hypertension in older adults: Assessment, management, and challenges. *Clinical cardiology*, 43(2), 99-107.
- Onat, A. 2017. Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklar Yaklaşımına Öncülük. TEKHARF 2017. s.109. <https://file.tkd.org.tr/PDFs/TEKHARF-2017.pdf> (31.12.2023)
- Özdelikara, A., Taştan, A., & Şen Atasayar, B. (2020). Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi ve Uyumun Değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 42-49.
- Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özder, F., & Büyükyılmaz, F. (2022). Otomatik ve Manuel Kan Basıncı Ölçümü Araçlarının Güvenirliğinin İncelenmesi. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 13(30), 14-21.

- Özpancar, N., (2013). *Hipertansiyonu Olan Hastalara Hemşire Tarafından Verilen Eğitimin Tedaviye Uyuma Etkisi*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Özpancar, N., (2016). Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları, *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 2-11.
- Öztürk, Z., Karakuş, G., & Tamam, L. (2011). Yaşlı bireylerde ölüm kaygısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 37-43.
- Özyürek, A., & Atalay, D. (2020). COVID-19 pandemisinde yetişkinlerde yaşamın anlamı ve ölüm kaygısı ile iyilik hali arasındaki ilişkinin incelenmesi. *TURAN: SAM*, 12(46), 458-472.
- Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, Cooney MT, Corrà U, Cosyns B, Deaton C, Graham I, Hall MS, Hobbs FDR, Løchen ML, Löllgen H, Marques-Vidal P, Perk J, Prescott E, Redon J, Richter DJ, Sattar N, Smulders Y, Tiberi M, van der Worp HB, vanDis I, Verschuren WMM, Binno S; ESC Scientific Document Group. (2016) European Guidelines on cardiovascular diseaseprevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of theEuropeanAssociationforCardiovascularPrevention&Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016 Aug 1;37(29):2315-2381.
- Prevention CDC: High blood pressure 2023. Available from: <https://www.cdc.gov/bloodpressure/index.htm> (4.18.2023).
- Röthlisberger D, Jungo KT, Bütikofer L, Poortvliet RKE, Gussekloo J, Streit S. (2023) Association of low blood pressure and falls: An analysis of data from the Leiden

85-plus Study. *Plos One*. Dec 20;18(12): e0295976. doi: 10.1371/journal.pone.0295976.

Runa, M., & Bahar, A. (2023). Hipertansiyon Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Öz Bakım Yönetimi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3), 1072-1085.

Salim, H., Lee, P.Y., Sazlina, S.G., Ching, S.M., Mawardi, M., Shamsuddin, N.H., Ali, H., Adibah, H.İ., Tan, N.C. (2019). The self-care profiles and its determinants among adults with hypertension in primary health care clinics in Selangor, Malaysia, *Plos One*, 14(11), e0224649.

Saounatsou, M., Patsi, O., Fasoi, G., Stylianou, M., Kavga, A., Economou, O., et al. (2001). The influence of the hypertensive patient education in compliance with their medication. *Public Health Nursing*, 18, 436–42.

Satar, S., Köseoğlu, Z., & Topal, M. (2003). Acil serviste hipertansiyon yönetimi. *Arşiv*, 12(20), 20-39.

Satman, İ., & Grup, T. (2011). *Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-II) Sonuçları*. İstanbul Tıp Fakültesi Geleneksel İç Hastalıkları Günleri: İnteraktif Güncelleştirme (pp.25-28). İstanbul, Turkey.

Sözlü, S., Yılmaz, B., & Acar Tek, N. (2017). Kahve tüketimi ve bazı hastalıklarla ilişkisi: son yıllarda yapılan insan temelli araştırmaların irdelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 33-39.

Şahin, Z. A., & Biçer, N. (2015). Hipertansiyon Hastalarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *MN Kardiyoloji*, 22(4), 80-85.

- Şanlıtürk, D., & Kaplan, N. (2023). Diyabet ve Hipertansiyon Hastalarında Tamamlayıcı Tıp Kullanımının Tedaviye Uyum Üzerine Etkisi. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbı Dergisi*, 4(2), 45-61. <https://doi.org/10.53445/batd.1240172>
- Şenol C (1989) Ankara İlinde Kurumlarda Yaşayan Yaşlılarda Ölümüne ilişkin Kaygı ve Korkular. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara, A.Ü. Sosyal Bilimler Enst. s.100.
- Teke, N. & Arslan, S. (2018). Kırsal alanda yaşayan hipertansiyonlu bireylerin ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *DEUHFED*, 11(2), 120-128.
- TEL, H., KOÇ, M., & TEL AYDIN, H. (2020). Evde Yaşayan Yaşlılarda Yalnızlık, Yaşam Doyumu ve Ölüm Kaygısının Belirlenmesi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi* 1-10.
- Temiz, R.M., Güden, D.S., & Şahan, F.S. (2016). Hipertansiyon Araştırmalarında Kullanılan Deneysel Modeller. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 6 (1), 35-43.
- Templer, D.I. (1970). The construction and validation of death anxiety scale. *J General Psychology*, 82,165-174.
- Tokgöz, E. E., & Eroğlu, N. (2018). Kardiyovasküler Hastalıkların Rehabilitasyonunda Hemşire Temelli Yaklaşım. *Izmir Democracy University Health Sciences Journal*, 1(3), 25-33.
- Turhan, E. H. (2021). Ölüm Sosyolojisi Ekseninde Ölüm Kaygısı Ve Koronavirüs. *Habitus Toplum Bilim Dergisi*, 2(2), 85-101.
- Tümer, A., Baybuğa, M.S., Dereli, F., & Uysal, D.D. (2016). Hipertansiyon hastalarının ilaç tedavisine uyum düzeyleri. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(13), 105-113.

- Türkoğlu, N., & Kılıç, D. (2021). Hipertansiyon Öz-etkililik Ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk J Cardiovasc Nurs*, 12(29), 190-195.
- Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, (2015).https://tkd.org.tr/kilavuz/k03/3_18530.htm?wbnum=1103 (15.10.2023)
- Uçar, M., Konal, B., & Gündoğdu, R. (2023). Covit- 19 Pandemi Döneminde Algılanan Stres ve Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişkiler. *Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 1-32.
- Uğrak, U., Cihangiroğlu, N., Uzuntarla, Y., & Teke, A. (2016). Hastaların sürekli kaygı düzeyleri ile acil sağlık hizmetlerini kullanma eğilimlerinin analizi. *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, 7(13), 208-225.
- Uyarel, H., (2014). Tedavide Yaşam Tarzı Değişiklikleri. *Hipertansiyon Çalışma Grubu Hipertansiyon Haber Bülteni*, 1(1),4-25.
- Uysal, Z., &Aslan, H. (2018). Hipertansiyon hastalıklarının özellikleri ile sürekli kaygı ve baş etme becerileri arasındaki ilişki, *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*; 9(34), 68-80.
- Ünal, N., R., (2015). Hipertansiyonun Önlenmesi ve Tedavinde Beslenme: Güncel Yaklaşımlar, *Beslenme ve Diyet Dergisi*. 43(1): 78-86.
- Üstü, Y., & Uğurlu, M. (2018). Hipertansiyona pratik yaklaşım. *Ankara Medical Journal*, 18(3), 447-453.
- 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), 66-74.
- Yaralı, S., & Hacıoğlu, N. (2021). Obezite Yönetiminde Sağlık İnanç Modelini Kullanma ve Hemşirenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 407-415.

- Yel, P., & Karadakovan, A. (2021). Epilepsi Hastalarında Tedaviye Uyum ve Etkileyen Faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 37(3), 223-238.
- Yıldırım, N.& Durna, Z. (2021). Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin rolü. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 305-315.
- Yıldız, H. (2021). Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Tüm Yönleriyle İç Hastalıkları Hemşireliği. Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, ss.91-130.
- Yılmaz, A., Çimen, Ü., Uluoğlu, C., Kınacı Çimen, Y., et al. (2023). Factors Affecting Admission Frequency and Compliance with Antihypertensive Treatment of Patients Presenting to the Emergency Department with Hypertensive Attack. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 13(1), 71-77.
- TEMED Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, (2022). Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği*, Ankara 1-222.
- 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, C. V., Cohen, D. L., Cadet, J. C., Jean-Charles, R. R., Taler, S., Kountz, D., Townsend, R. R., Chalmers, J., Ramirez, A. J., Bakris, G. L., Wang, J., ... Harrap, S. B. (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. *Journal of clinical hypertension*, 16(1), 14–26.
- World Health Organization (WHO). (2022). Hypertension. Erişim: (09.01.2024). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- WHO, World Health Organization. Hypertension, <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/hypertension> Erişim: (27.07.2023)

- Whelton, P.K., Carey, R.M., Aronow, W.S., Casey, D.E., Jr, Collins, K.J., DennisonHimmelfarb, 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: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)*, 71(6), 1269-1324.
- WHO World Health Organization, A Global Brief on Hypertension Silent killer, global public health crisis. April 2013. (12.11.2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> erişim tarihi (12.11.2023).
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D., Coca, A., De Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G. Y. H., ... Desormais, I. (2018). Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *Blood pressure*, 27(6), 314–340.
- Yavuzer, H., Çayar, A., Yeşilova, A., Cengiz, M., Yavuzer, S., & Yaldiran, A.L. (2017). Beyaz önlük hipertansiyonu ve esansiyel hipertansiyonda MiR-125a ve MiR-155 düzeylerinin araştırılması. *Eur Arch Med Res*, 33(4), 261-264.
- Zillich, A.J, Sutherland, J.M, Kumbera, P.A. and Carter, B.L. (2005). Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (Home Study). *J Gen Intern Med*, 20, 1091-1096.

EKLER

EK-1. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

	SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ Graduate School of Health Sciences	
ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU¹		
Öğrencinin Adı ve Soyadı	Kübra CÖMERT	
Öğrencinin Numarası		
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği	
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans	
Yukarıda bilgileri verilen tezin intihal tespit yazılımıyla (Turnitin) yapılan tarama sonucunda elde edilen benzerlik oranları aşağıdaki gibidir. Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi hâlde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz.		
Bölümler	Benzerlik Oranı	Maksimum Benzerlik Oranları
I. Giriş	%2	% 15
II. Genel Bilgiler	%6	% 35
III. Materyal ve Metod	%25	% 35
IV. Bulgular	%10	% 15
V. Tartışma	%9	% 20
Not: Yedi kelimeye kadar benzerlikler ile Başlık, Kaynakça, İçindekiler, Teşekkür, Dizin ve Ekler kısımları tarama dışı bırakılabilir. Yukarıdaki azami benzerlik oranları yanında tek bir kaynaktan olan benzerlik oranlarının %5'den büyük olmaması gerekir.		

EK-2. ETİK KURUL ONAY FORMU

	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
Bölümü : Dekanlık		
Servisi : Klinik Araştırmalar Etik Kurulu		
Sayı : B.30.2.ATA.0.01.00/336		
Konu : Etik Kurul Kararı		
01.12.2022		
Sayın: Kübra CÖMERT		
Hemşirelik Fakültesi		
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
Yüksek Lisans Öğrencisi		
Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Hastahklarında Öz-etkililikleri ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki" isimli bilimsel <u>tez</u> çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.		
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.		



**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU**



KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Dr.Öğr.Üy.Hatice POLAT
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Hastalıklarında Öz-etkililikleri ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı/Karar No:17	Tarih:01.12.2022
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bölgesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

EK-3. KURUM İZNİ

	T.C. ERZURUM VALİLİĞİ İl Sağlık Müdürlüğü	ERZURUM SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKAN YARDIMCISI / ERZURUM SAĞLIK HİZMETLERİ İZLEME, DEĞERLENDİRME VE DENETİM BİRLİĞİ 23.01.2023 14:03:00 E-76614443-799-207685992 207685992 
Sayı : E-76614443-799-207685992		23.01.2023
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri/Kübra CÖMERT		
MAREŞAL ÇAKMAK DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE		
İlgi : 12.01.2023 tarihli dilekçeniz.		
İlgide kayıtlı yazı ile Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğrencisi Kübra CÖMERT'in "Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Hastalıklarında Öz Etkililikleri İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki" konulu tez çalışmasını yapılabilmesi için tarafımızdan izin talebinden bulunulmuştur.		
Yapılan değerlendirme neticesinde araştırmanın yapılan hizmeti aksatmayacak şekilde hastanenizde gerçekleştirilmesi tarafımızca uygun bulunmuştur.		
Gereğini rica ederim.		

EK-4.ERİŞKİN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU



Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ERİŞKİN HASTALAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: ‘Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Hastalıklarında Öz-etkililikleri ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki’ (Yüksek Lisans Tezi)

Sorumlu Araştırmacının Adı: Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT

Diğer Araştırmacıların Adı: Kübra CÖMERT

“Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Hastalıklarında Öz-etkililikleri ile Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni bu çalışmadaki hastalığa sahip olmanızdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, İç Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalında, Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

-
- Araştırmaya hastaların katılması planlanmaktadır.

Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

Bu başlık altında aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Çalışmamız tanımlayıcı tipte tasarlanmıştır.
- Çalışmanın verileri tanıtıcı form ve ölçekler ile değerlendirilecektir.
- Araştırmanın süresi 6 ay sürecek.
- Hastaya ait biyolojik bir materyal ya da görüntü materyali üzerinde çalışılacaksa tam olarak ne bakılacağı,

(Örnek: Hastalığınız nedeni ile yapılan rutin tetkik ve tedavi işlemleriniz sırasında sizden alınan kanda (.... ml) isimli maddelerin düzeyinin nasıl değiştiği araştırılacaktır.)

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?

Örnek:

1. Çalışmada herhangi bir risk yoktur.
2. Araştırmadan dolayı göreceğiniz olası bir zararda gerekli her türlü tıbbi girişim tarafımızdan yapılacaktır; bu konudaki tüm harcamalar da tarafımızdan karşılanacaktır

BGOF-Girişimsel olmayan-Erişkin

Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
21.11.2019/01	1/3



GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?

Hipertansiyon hastalarının hastalıklarında öz etkililik düzeyi belirlenecektir.

Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)

Çalışmada kişisel bilgileriniz, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanılacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?

Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Hatice POLAT

GÖREVİ : Dr. Öğr. Üyesi

TELEFON

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Yüksek lisans öğrencisi Kübra CÖMERT tarafından tanımlayıcı bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte,.....’ten arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir)



Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Katılımcı ile görüşen

Adı soyadı, unvanı: .

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

**AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI
ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER ALMAYACAKTIR.**

EK-5.TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ KULLANMA ONAYI



Figen AKÇA
Kime: Siz

← ↩ → ...
23.11.2022 Çar 12:06

Kübra merhaba ölçeği kullanmanın benim açımdan bir sakıncası bulunmamaktadır çalışmalarında başarılar dilerim

Prof. Dr. Figen Akça

23 Kas 2022 Çar, saat 11:11 tarihinde Kübra Cömert

şunu yazdı:

Merhaba Figen Hocam. Ben Kübra Cömert. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmam için Templerin Ölüm Kaygısı Ölçeğine baktığımda bu ölçeğin tekrar geçerliliğini yaptığınız çalışmanızı inceledim. İzininizle ölüm kaygısı ölçeğini tez çalışmam da kullanmak istiyorum. Teşekkür eder iyi günler dilerim.

↩ Yanıtla

➡ İlet

EK-6.HİPERTANSİYONDA ÖZ-ETKİLİLİK ÖLÇEĞİ KULLANMA

ONAYI



Nihan Türkoğlu
Kime: Siz



22.11.2022 Sal 20:07



Sevgili Kübra, ölçeği ve analiz yöntemini ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim. İyi akşamlar...

----- Orijinal Mesaj -----

Kimden: "Kübra Cömert"

Kime:

Gönderilenler: 22 Kasım Salı 2022 11:41:15

Konu: Hipertansiyonda Özetkililik Ölçeği

Merhaba Nihan Hocam. Ben Kübra Cömert. Atatürk Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliğinde yüksek lisans öğrencisiyim. Tez çalışmamda geçerliliğini yapmış olduğunuz Hipertansiyonda Özetkililik Ölçeğini izninizle kullanmak istiyorum. Ölçeğinizin son halini de müsaadenizle rica etsem bana atabilir misiniz ? Teşekkür ederim iyi günler diliyorum.

EK-7. TANITICI FORM

1.Cinsiyetinizi işaretleyiniz:

1. Kadın 2. Erkek

2. Yaşınızı yazınız:

3. Medeni durumunuzu işaretleyiniz:

1. Evli 2.Bekar

4. Kaç tane çocuğunuz var ?

- 1.Hiç yok 2.....

5.Eğitim durumunuzu seçiniz:

1. Okur-yazar 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite veya yüksekokul
6. Okur yazar değil

6. Boyunuz kaç cm yazınız:cm

7.Kilonuzu yazınız:kg

8.Sağlık Güvencenizi var olma durumu?

- 1.Var 2.Yok

9.Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1. İyi 2. Orta 3.Kötü

10.Mesleğinizi seçiniz:

1. İşçi 2. Memur 3. Emekli 4. Serbest meslek 5.Ev hanımı
6. Diğer-Yazınız

11. Hastalığınız ile ilgili tedavi alıyor musunuz?

- 1.Evet

2. Hayır

12. Hipertansiyon ilaçlarının kullanımını biliyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

13. Kaç adet tansiyon ilacı kullanıyorsunuz?

1. Bir adet 2. İki adet ve üzeri

14.Kaç yıldır hipertansiyon hastası olduğunuzu yazınız:.....ay yıl

15.Hastalığınızla ilgili bilgi aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

16.Hastalığınızla ilgili bilgiyi kimden/kimlerden aldınız?

1. Doktor 2. Hemşire

17.Ailede başka hipertansiyon hastalığı olan birey var mı?

1. Evet (yazınız.....) anne/baba/kardeş/dayı gibi...

2. Hayır

18.Günde kaç bardak çay veya kahve tüketir misiniz?

1. Evet 2.Hayır

19.Tansiyonunuzu ne sıklıkla ölçersiniz?

1. Evet (sıklığını aşağıdan seçiniz.)

(1.Günde bir kez 2. Haftada bir kez 3. Ayda bir kez 4. iki ayda bir 5. üç ayda bir 6.6 ayda bir)

2. Hayır

20. Ne sıklıkla acil servise başvuruyorsunuz?

1. Haftada bir kez 2.Haftada iki kez 3. Haftada 3 kez ve fazlası 4.Ayda bir kez 5. İlk kez

EK-8. HİPERTANSİYON ÖZETKİLİLİK ÖLÇEĞİ

İfadeler	Hiç uygun değil	Uygun değil	Uygun	Çok Uygun
1. Düzenli fiziksel aktivite yaparım.	()	()	()	()
2. Az işlenmiş gıdalar yerim	()	()	()	()
3. Sodyum içeriği (tuz miktarı) hakkında bilgi alabilmek için besin etiketlerini okurum	()	()	()	()
4. Geleneksel çok tuzlu besinleri (Konserve çorba gibi) az tuzlu besinler ile değiştiririm (Ev yapımı çorba, Taze sebze gibi)	()	()	()	()
5. Çok tuzlu çeşnileri sınırlı kullanırım (Ketçap gibi)	()	()	()	()
6. Günlük bir tatlı kaşığından az tuz tüketirim (6 gram)	()	()	()	()
7. Doymuş yağ miktarı yüksek (kırmızı et, tereyağı vb.) ve trans yağ (katı yağlar, margarinler) içeren besinleri az tüketirim.	()	()	()	()
8. Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırınlama veya buhar yöntemini kullanırım	()	()	()	()
9. Besinler içerisinde doymuş ve trans yağ olup olmadığının etiketlerini okuyarak kontrol ederim	()	()	()	()
10. Geleneksel yüksek yağlı yiyecekleri düşük yağlı yiyeceklerle değiştiririm (Yağda kızartılmış tavuk yerine fırınlanmış tavuk gibi)	()	()	()	()
11. Yağlardan günlük kalori alımını sınırlandırırım (65 gr.dan az)	()	()	()	()
12. Günde beş ya da daha fazla porsiyon meyve veya taze sebze tüketirim.	()	()	()	()
13. Günlük alkol alım miktarına dikkat ederim (Erkekler için 2 bardaktan bayanlar için 1 bardaktan az olacak şekilde)	()	()	()	()
14. Sigara içmemeye çalışırım.	()	()	()	()
15. Evde kan basıncımı (tansiyonumu) kontrol ederim	()	()	()	()
16. Tansiyon ilaçlarımı alırım	()	()	()	()
17. İlaçlarımı bittiğinde reçetemi yeniden yazdırırım	()	()	()	()
18. Kilomu kontrol altında tutarım	()	()	()	()
19. Stres yapacak her şey ve herkesten uzak durmamaya çalışırım	()	()	()	()
20. Düzenli doktor kontrolüne giderim	()	()	()	()

EK-9.TEMPLER ÖLÜM KAYGISI ÖLÇEĞİ

İfadeler	Evet	Hayır
1. Ölmekten çok korkuyorum.		
2. Zamanın böyle hızlı geçmesi bana çoğu zaman sıkıntı verir.		
3. Ameliyat olacağımı düşündüğümde çok korkarım.		
4. Sık sık hayatın gerçekte ne kadar kısa olduğunu düşünürüm.		
5. Ölümünden sonraki hayat beni büyük ölçüde kaygılandırır.		
6. Kalp krizi geçirmekten gerçekten korkarım.		
7. Bir cesedin görüntüsü bana dehşet verir.		
8. Çıkacak bir dünya savaşından söz edilmesi beni korkutur.		
9. Acı çekerek ölmekten korkarım.		
10. Ölmekten hiç korkmuyorum.		
11. Gelecekte benim için korkulacak hiçbir şey olmadığını hissediyorum.		
12. Kansere yakalanmaktan özel bir korku duymuyorum.		
13. İnsanların ölüm hakkındaki konuşmaları beni tedirgin etmez.		
14. Ölüm düşüncesi beni hiçbir zaman kaygılandırmaz.		
15. Ölüm düşüncesi ara sıra aklıma gelir.		

EK-10.TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

TEZ ADI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Öğrencinin Adı ve Soyadı	Kübra CÖMERT
Ana Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği
Öğrencinin Kayıtlı Olduğu Program Türü	Yüksek Lisans

İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığına

Danışmanlığımı yürüttüğüm ve yukarıda bilgileri yazılı olan bilim dalımız öğrencisinin Tez adı aşağıda belirtilen şekilde değiştirilmiştir. Bilgilerinize arz ederim. 08.01.2024

Dr. Öğr. Üyesi Hatice POLAT

Değişiklik Türü	Tez Adı Değişikliği ☒
Tezin Eski Adı	Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Hastalıklarında Öz Etkililikleri İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki
Tezin Yeni Adı	Acil Servise Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Öz Etkililikleri İle Ölüm Kaygısı Arasındaki İlişki
Tezin İngilizce Adı	The Relationship Between Self-Efficacy and Death Anxiety of Hypertension Patients Admitting to the Emergency Department
Değişikliğin Gerekçesi	Anlam bozukluğu, tekrar edilen kelime olması