

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROPER, LOGAN VE TIERNEY GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ MODELİNE DAYALI FARKINDALIKLA
DESTEKLENEN EĞİTİM PROGRAMININ HİPERTANSİF
BİREYLERDE ÖZ BAKIM, TEDAVİ UYUMU VE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Uzm. Hem. Hacer EROĞLU

**İç Hastalıkları Hemşireliği
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2024

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ROPER, LOGAN VE TIERNEY GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ MODELİNE DAYALI FARKINDALIKLA
DESTEKLENEN EĞİTİM PROGRAMININ HİPERTANSİYF
BİREYLERDE ÖZ BAKIM, TEDAVİ UYUMU VE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Uzm. Hem. Hacer EROĞLU

İç Hastalıkları Hemşireliği
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Zehra GÖK METİN

ANKARA
2024

**ROPER, LOGAN VE TIERNEY GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ MODELİNE DAYALI FARKINDALIKLA
DESTEKLENEN EĞİTİM PROGRAMININ HİPERTANSİYF
BİREYLERDE ÖZ BAKIM, TEDAVİ UYUMU VE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Öğrenci: Hacer EROĞLU

Danışman: Doç. Dr. Zehra GÖK METİN

Bu tez çalışması 05.07.2024 tarihinde jürimiz tarafından “İç Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:	Prof. Dr. Fatma İlknur ÇINAR S.B.Ü. Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Üye:	Doç. Dr. Nur İZGÜ H.Ü. Hemşirelik Fakültesi
Üye:	Doç. Dr. Ayşe ARIKAN DÖNMEZ H.Ü. Hemşirelik Fakültesi
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Tuğba KARATAŞ Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Üye:	Dr. Öğr. Üyesi Merve MERT KARADAŞ H.Ü. Hemşirelik Fakültesi

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

02 Ağustos 2024

Prof. Dr. Müge YEMİŞCİ ÖZKAN
Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

05/08/2024

Hacer EROĞLU

¹ “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”

(1) Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.

(2) Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.

(3) Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Doç. Dr. Zehra GÖK METİN danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

(imza)

Hacer EROĞLU

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans ve doktora eğitimim, tez sürecim boyunca bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, araştırma metodolojileri, yayın süreçleri, bilimsel ve etik değerler konularında becerilerimi geliştiren ve tez çalışmamın her aşamasında desteğini esirgemeyen ve beni sürekli motive eden danışmanım Sayın Doç. Dr. Zehra GÖK METİN'e

Tez savunma jürisinde yer alan, akademik ve bilimsel katkılarıyla destek olan hocalarım Sayın Prof. Dr. Fatma İlknur ÇINAR, Doç. Dr. Nur İZGÜ, Doç. Dr. Ayşe ARIKAN DÖNMEZ, Dr. Öğr. Üyesi Tuğba KARATAŞ ve Dr. Öğr. Üyesi Merve MERT KARADAŞ'a

Araştırmanın yürütülmesinde kıymetli katkıları olan ve potansiyel katılımcıları poliklinikte araştırmacılara yönlendiren Doç. Dr. Sani Namık MURAT'a

Tez çalışmamın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniğinde sağlık hizmeti alan ve bu araştırmanın gerçekleştirilmesinde en büyük paya sahip olan hipertansiyonu olan katılımcılara

Tezimin istatistiksel analizlerini gerçekleştiren biyoistatistik uzmanı Sayın Dr. Ayça ÖLMEZ'e

Eğitimim süresinde desteklerini hep hissettiğim canım ailem ve arkadaşlarıma

Son olarak her koşulda bana inanan, hayata güvenle bakmamı sağlayan, imkânsız aşk ile olduran kıymetli eşim ve meslektaşım Volkan EROĞLU'na içten teşekkürlerimi sunarım.

Tezimi bir Türk kadını olarak, 100. yılında Cumhuriyetin ve daima fikirlerinin izinde olduğum **Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK'e** ithaf ediyorum.

ÖZET

Eroğlu, H., Roper, Logan ve Tierney Günlük Yaşam Aktiviteleri Modeline Dayalı Farkındalıkla Desteklenen Eğitim Programının Hipertansif Bireylerde Öz Bakım, Tedavi Uyum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2024. Bu randomize kontrollü araştırmanın amacı, Roper, Logan ve Tierney günlük yaşam aktiviteleri modeline dayalı, farkındalıkla desteklenen eğitim programının hipertansif bireylerde öz bakım, tedavi uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesidir. Mart 2023-Mayıs 2024 tarihlerinde, Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniğinde evre I hipertansiyon tanısı olan bireyler tabakalı randomizasyon ile müdahale (n=35) ve kontrol (n=35) gruplarına atanmıştır. Müdahale grubuna 8 hafta boyunca haftada bir defa, her biri 45 dakika süren, Roper, Logan ve Tierney günlük yaşam aktiviteleri modeline dayalı ve farkındalıkla desteklenen çevrimiçi eğitim verilmiştir. Kontrol grubuna ise rutin bakım dışında ek bir müdahalede bulunulmamıştır. Araştırma verileri, Katılımcı Bilgi Formu, Hipertansiyon Takip Formu, Metabolik Kontrol Değişkenleri İzlem Formu, Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği, Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ve Hipertansiyon Bilgi Değerlendirme Formu yardımı ile kardiyoloji polikliniğinde yüz-yüze toplanmıştır. Verilerin analizinde Student t, Mann-Whitney U, eşleştirilmiş t ve Friedman testleri kullanılmıştır. Araştırmada müdahale grubunda, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinde düşme, öz bakım, tedavi uyumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bilinçli farkındalık puanlarında 8. ve 12. haftada kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artış olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu bulgulara ek olarak, 8. haftada müdahale grubunda kontrol grubuna göre açlık kan şekeri, düşük dansiteli lipoprotein ve serum sodyum düzeyi daha düşük, yüksek dansiteli lipoprotein ve serum potasyum düzeyi daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Son olarak, 8. haftada müdahale grubunun hipertansiyon bilgi düzeyi kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma sonuçları, günlük yaşam aktiviteleri modeline dayalı olarak geliştirilen ve farkındalıkla desteklenen hipertansiyon öz yönetim eğitim programının hipertansiyona yönelik bilgi düzeyi, sistolik ve diyastolik kan basıncı, öz bakım, tedaviye uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmede ve bilinçli farkındalığı arttırmada katkılar sağladığını ortaya çıkarmıştır. Bu bulgular doğrultusunda, klinik uygulamalarda hipertansiyonun yönetimine destek olmada hemşirelik teorilerine dayalı sunulan programların artırılması gereklidir. Ayrıca, hipertansiyon tedavisine uyumun desteklenmesi ve hedeflenen sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasında daha büyük örneklem gruplarıyla uzun vadeli izlemi hedef alan ileri klinik araştırmaların tasarlanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eğitim, farkındalık, günlük yaşam aktiviteleri, hipertansiyon, öz bakım, sağlıklı yaşam, tedavi uyumu.

ABSTRACT

Eroglu, H., Effect of an Education Program Based on the Roper, Logan, and Tierney Model of Daily Living Activities Supported with Mindfulness on Self Care, Treatment Adherence, and Healthy Lifestyle Behaviors in Hypertensive Individuals, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences Medical Nursing Department Doctoral Thesis, Ankara, 2024. This randomized controlled study aimed to evaluate the effect of an education program based on the Roper, Logan, and Tierney model of daily living activities supported with mindfulness on self-care, treatment adherence, and healthy lifestyle behaviors in hypertensive individuals. Individuals diagnosed with stage I hypertension and monitored at the Cardiology outpatient clinic of the Ankara Training and Research Hospital, Ministry of Health, were assigned to intervention (n=35) and control (n=35) groups through stratified randomization between March 2023 and May 2024. The intervention group received an online education program based on the Roper, Logan, and Tierney model of daily living activities and supported by mindfulness once a week, each lasting 45-minutes sessions, for eight weeks. The control group received routine care without any additional intervention. Data were collected face-to-face at the cardiology outpatient clinic using the Participant Information Form, Hypertension Follow-up Form, Metabolic Control Variables Monitoring Form, Hypertension Self-Care Profile Scale, Hill-Bone Hypertension Treatment Adherence Scale, Healthy Lifestyle Behaviors Scale II, Mindfulness Scale, and Hypertension Knowledge Evaluation Form. Statistical analyses included the student t-test, Mann-Whitney U test, paired t-test, and Friedman test. The results showed that the intervention group had significantly lower systolic and diastolic blood pressure values, and higher self-care, treatment adherence, healthy lifestyle behaviors, and mindfulness scores at 8th and 12th weeks compared to the control group ($p<0.05$). Additionally, the intervention group had significantly lower fasting blood glucose, low-density lipoprotein, serum sodium levels and higher high-density lipoprotein and potassium values compared to the control group at week 8 ($p<0.05$). Lastly, hypertension knowledge levels were higher in the intervention group compared to the control group at week 8. The findings indicate that a hypertension self-management education program based on the daily living activities model and supported by mindfulness contributes to hypertension knowledge, systolic and diastolic blood pressure, self-care, treatment adherence, and healthy lifestyle behaviors. In line with these findings, it is necessary to increase the programs offered based on nursing theories to support the management of hypertension in clinical practices. Furthermore, it is recommended that further clinical studies targeting long-term follow-up with larger sample groups be designed to increase adherence to hypertension treatment and gain targeted healthy lifestyle behaviors.

Key Words: Daily living activities, education, healthy living, hypertension, mindfulness, self-care, treatment adherence.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	9
2.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi	9
2.2. Hipertansiyon Risk Faktörleri	10
2.3. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi	13
2.4. Hipertansiyonun Belirti ve Bulguları	13
2.5. Hipertansiyonda Tanılama	14
2.5.1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Sınıflandırma	14
2.5.2. Etiyolojisine Göre Sınıflandırma	15
2.6. Hipertansiyon Komplikasyonları	16
2.7. Hipertansiyonda Tedavi Türleri	16
2.7.1 Farmakolojik Yaklaşımlar	16
2.7.2. Nonfarmakolojik Yaklaşımlar	16
2.8. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirelerin Sorumlulukları	17
2.8.1. Öz Bakım	18
2.8.2. Hipertansiyonda Tedavi Uyumu	19
2.8.3. Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	21
2.9. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirelik Kuram ve Modellerinin Kullanımı	24
2.9.1. Roper, Logan ve Tierney'in Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli	25

2.9.2. Roper, Logan Tierney Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Yaşam Modeli Bileşenleri	28
2.9.3. Roper, Logan ve Tierney Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Dayandırılan Eğitim Programının Farkındalıkla Desteklenmesi	36
3. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Tasarımı	39
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Araştırma Gruplarına Randomizasyon	42
3.5. Veri Toplama Araçları	45
3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu (Ek-5)	45
3.5.2. Hipertansiyon Takip Formu (Ek-6)	45
3.5.3. Metabolik Kontrol Değişkenleri İzlem Formu (Ek-7)	46
3.5.4. Hipertansiyon Bilgi Değerlendirme Formu (Ek-8)	46
3.5.5. Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği (Ek-9)	46
3.5.6. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (Ek-10)	47
3.5.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-11)	47
3.5.8. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Ek-12)	48
3.6. Hipertansiyon Öz Yönetim Programının Tasarımı ve Uygulanması	49
4. BULGULAR	71
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikler	71
4.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri	72
4.3. Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular	74
4.4. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulgular	76
4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğine İlişkin Bulgular	78
4.6. Bilinçli Farkındalık Ölçeğine İlişkin Bulgular	80
4.7. Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Değerlerine İlişkin Bulgular	81
4.8. Metabolik Değişkenlere İlişkin Bulgular	82
4.9. Hipertansiyon Bilgi Değerlendirme Formuna İlişkin Bulgular	85
5. TARTIŞMA	87
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	97

6.1. Sonuçlar	97
6.2. Öneriler	97
7. KAYNAKLAR	99
8. EKLER	110
EK-1. Etik Kurul	
EK-2. Kurum İzni	
EK-3. Bilgilendirmiş Gönüllü Olur Formu	
EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri	
EK-5. Katılımcı Bilgi Formu	
EK-6. Hipertansiyon Takip Formu	
EK-7. Metabolik Kontrol Değişkenleri Formu	
EK-8. Hipertansiyon Bilgi Değerlendirme Formu	
EK-9. Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği	
EK-10. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	
EK-11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	
EK-12. Bilinçli Farkındalık Ölçeği	
EK-13. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi	
EK-14. Eğitim Kitapçığının Güvenirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN	
EK-15. Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi	
EK-16. Hipertansiyon ile Yaşıyorum ve Farkındayım Rehberi	
EK-17. Uzman Listesi	
EK-18. Orijinallik Raporu	
EK-19. Dijital Makbuz	
9. ÖZGEÇMİŞ	140

SİMGELER VE KISALTMALAR

ACC	American College of Cardiology (Amerikan Kardiyoloji Birliği)
AHA	American Heart Association (Amerikan Kalp Birliği)
BKI	Beden Kitle İndeksi
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ESC	European Society of Cardiology (Avrupa Kardiyoloji Birliği)
ESH	European Society of Hypertension (Avrupa Hipertansiyon Birliği)
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
HT	Hipertansiyon
KB	Kan Basıncı
KBH	Kronik Böbrek Hastalığı
KVH	Kardiyovasküler Hastalık
SDBH	Son Dönem Böbrek Hastalığı
SKB	Sistolik Kan Basıncı

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli kavramsal çerçevesi	27
3.1.	CONSORT diyagramı	44



TABLOLAR

Tablo		Sayfa
2.1.	ECC/ESH (2023) tarafından yapılan ofis kan basıncı sınıflandırması	15
2.2.	Hipertansiyon yönetiminde yaşam tarzı önerileri	22
3.1.	Sistolik kan basıncı değerine göre güç analizi	40
3.2	Sistolik kan basıncı değerine göre post-hoc güç analizi	41
3.3	Tabakalı randomizasyon listesi	43
3.4	Ölçekler ve alt boyutlarının güvenirlik analizleri	48
3.5.	Yazılı eğitim materyallerinin uygunluğuna ilişkin elde edilen uzman görüşleri	52
3.6.	Eğitim kitapçığının güvenirlik, bilgi kalitesi ve genel kalitesine ilişkin DISCERN ölçeği ile elde edilen veriler	53
3.7.	Hipertansiyon Öz Yönetim Eğitim Programının GYA Hemşirelik Modeli bileşenlerine uyarlanması	58
3.8.	Hipertansiyonda öz yönetim program planı	69
4.1.	Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	71
4.2.	Katılımcıların klinik özellikleri	73
4.3.	Müdahale ve kontrol gruplarının Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması	75
4.4.	Müdahale ve kontrol gruplarının Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması	77
4.5.	Müdahale ve kontrol gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması	78
4.6.	Müdahale ve kontrol gruplarının Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması	80
4.7.	Müdahale ve kontrol gruplarının sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerine göre karşılaştırılması	81
4.8.	Müdahale ve kontrol gruplarının metabolik değişkenlere göre karşılaştırılması	83
4.9.	Müdahale ve kontrol gruplarının hipertansiyon bilgi düzeylerinin karşılaştırılması	85

1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Hipertansiyon (HT), erken müdahale edilmediğinde beyin, kalp, göz ve böbrek gibi organlarda ciddi hasara yol açarak morbidite ve mortaliteyi arttıran önemli bir kronik hastalıktır (1, 2). Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu (2019)'a göre HT, “18 yaş üstü yetişkinlerin tekrarlı kan basıncı (KB) ölçümlerinin 140/90 mmHg değerine eşit ya da üzerinde olması” şeklinde tanımlanmıştır (1). Dünya genelinde yaklaşık 1,3 milyar insan HT ile yaşamaktadır ve her yıl 30-70 yaşları arasında yaklaşık 11 milyon kişi HT nedeniyle yaşamını kaybetmektedir (3, 4). Türkiye’de ise 2023 yılında yapılan bir çalışmada, HT sıklığı %18,3 olarak bildirilmiş ve bu sıklığın yaştan ilerlemesiyle birlikte arttığı belirlenmiştir (4). Bu bağlamda, HT'nin etkili yönetimi için öz bakım uygulamaları, tedavi planlarına uyum, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyileştirilmesi ve sürekli tıbbi bakımın sağlanması kritik öneme sahiptir (5, 6). Bu nedenle, bireylerin HT hakkında yeterli bilgi ve becerilerle donatılması ve öz bakım farkındalıklarının artırılması HT yönetiminin önemli gereklerinden biridir (5, 7).

Öz bakım uygulamaları, bireylerin sağlıklarını korumak, hastalıkları yönetmek ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla kendi kendilerine gerçekleştirdikleri aktiviteleri ifade eder (8). Bu uygulamalar, bireylerin HT yönetiminde aktif rol almasını sağlayarak uzun vadede sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine yardımcı olur (9). Öz bakım uygulamalarının iyileştirilmesine yönelik yapılan pek çok çalışma, KB'nin hedef aralıkta tutulması, hastane başvurularının azalması, HT ilişkili komplikasyonların ve bakım bağımlılığının önlenmesi, yaşam kalitesinin artması ve sağlık harcamalarının azalmasına önemli katkılar sağladığını göstermiştir (5, 10, 11). Literatüre bakıldığında, Bryant ve ark. (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, kendi kendine KB izlemenin 12 ay içinde KB sonuçlarını iyileştirdiği ve daha uzun vadede KB kontrol oranlarını artırdığı gösterilmiştir (12). Başka bir çalışmada, telefonla yapılan hemşire destekli davranışsal öz yönetim müdahalesi ve evde KB'yi izleme kombinasyonunun, 24 ay sonunda KB kontrolünde %11'lik bir iyileşme sağladığı bildirilmiştir (13). Yakın zamanlı bir diğer çalışmada ise mobil sağlık (mHealth) tabanlı öz yönetim müdahalelerinin, sistolik KB (SKB) ve diyastolik KB (DKB)'de anlamlı düşüşler sağladığı gösterilmiş, hasta merkezli öz yönetim programlarının,

hastaların öz bakım uygulamalarını ve mental sağlıklarını iyileştirerek, hastalığın kontrolünde önemli katkılar sağladığı bulunmuştur (14).

HT yönetiminde öz bakım uygulamalarının yanı sıra, tedavi uyumunun sağlanması ve sürdürülmesi de oldukça önemlidir (15, 16). Tedavi uyumu, hastanın sağlık profesyonelleri tarafından önerilen tedavi planını ve talimatlarını düzenli olarak takip etmesi anlamına gelir (16). Bu, antihipertansif ilaçların zamanında ve doğru dozda alınmasını, önerilen yaşam tarzı değişikliklerinin uygulanmasını ve düzenli tıbbi kontrollerin yapılmasını içerir (17, 18). Araştırmalar, hipertansif bireylerin çoğunun tedavi başlangıcından birkaç ay sonra ilaç kullanımını bıraktığını, düzenli sağlık kontrollerine gitmediğini ve reçetelenen ilaçları almadığını göstermektedir (19-21). Bu durumun nedenleri arasında HT ve tedavi sürecinin yanlış anlaşılması, semptomların olmaması nedeniyle hastalığın reddedilmesi, ilaç yan etkileri, tedavi isteksizliği, sağlık profesyonelleri ile zayıf iletişim, düşük sağlık okuryazarlığı, dil ve kültürel farklılıklar ve stresle baş edememe gibi değişkenlerin yer aldığı bildirilmektedir (19, 20, 22). Bu nedenle, HT yönetiminde tedavi uyumunu artırmak için yapılan çalışmalarda, ilaç rejimlerinin sadeleştirilmesi, dijital sağlık araçları, motivasyonel görüşme, hasta eğitimi gibi çeşitli stratejiler öne çıkmıştır (23-26). Anderson ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları sistematik incelemede, ilaç rejimlerinin basitleştirilmesi, dijital sağlık araçları, hasta eğitimi ve davranışsal danışmanlık gibi müdahalelerin etkili olduğu bulunmuştur (26). Benzer şekilde, Ampofo ve arkadaşlarının (2020) yaptığı sistematik incelemede, sözel eğitim müdahalelerinin küçük fakat istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu ve eğitim seanslarının sıklığının artmasıyla ilaç uyumunun arttığı belirtilmiştir (27). Yapılan bir diğer çalışmada, Sağlık İnanç Modeli'ne dayalı olarak hemşire tarafından uygulanan eğitim programının, yaşlı hipertansif bireylerde ilaç uyumunu önemli ölçüde arttırdığı bildirilmiştir (28). Yapılan güncel bir meta-analiz, eğitimsel müdahalelerin ilaç uyumunu iyileştirmede etkili olduğunu, SKB ve DKB ortalamasında (sırasıyla -14.568 mmHg, -5.592 mmHg; $p < 0.001$) anlamlı azalmalar sağladığını ortaya koymuştur (29).

HT yönetiminde özbakım uygulamaları ve ilaç tedavisi uyumu kadar önemli olan bir diğer bileşen de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır (30, 31). Bireylerin günlük aktivitelerini sürdürmede sağlık durumlarına uygun olan davranışları tercih

etmesi ve sağlığı geliştirmede etkili olabilecek tüm davranışlarını kontrol edebilmesi sağlıklı yaşam davranışlarının temelini oluşturur (31). HT yönetiminde sigaranın bırakılması, ideal vücut ağırlığında olma, tuz kısıtlaması, diyet uygulamaları, alkol kullanımının kısıtlanması, fiziksel aktivitenin arttırılması, yeterli uyku, meditasyon, yoga, gevşeme ve farkındalık gibi zihin-beden temelli yaklaşımların günlük yaşama entegre edilmesiyle KB değerlerinin hedeflenen düzeylere düştüğü ve kardiyovasküler riski azalttığına ilişkin çok sayıda kanıt bulunmaktadır (21, 32, 33). Rodriguez ve ark. (2019) HT’li bireyleri dahil ettikleri randomize kontrollü bir çalışmada, transteoretik modele temellendirilen ‘‘Hipertansiyonu Durdurmak zere Diyet Yaklaşımları’’ isimli, kişiye özgü altı ay boyunca devam eden program sonunda müdahale grubunda beslenme puanlarının arttığını ve ilgili modelin HT’de diyetle uyumu iyileştirdiğini belirtmiştir (33). Chen ve ark. (2020), HT’li yaşlı bireylerde yaşam tarzı müdahalelerinin fiziksel aktiviteyi ve KB’yi iyileştirdiğini göstermiştir (34). Blumenthal ve ark. (2021)’ının yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, dirençli HT’de diyet ve egzersiz gibi yaşam biçimi değişikliklerinin yer aldığı dört aylık yapılandırılmış eğitim programının SKB’yi 12,5 mmHg, DKB’yi ise 7,0 mmHg azalttığı ifade edilmiştir (35). Nasresabetghadam ve ark. (2021), 12 haftalık öz bakım grup eğitiminin HT’li yaşlı kadınlarda ilaç uyumu, kilo kontrolü, beslenme ve fiziksel aktivite boyutlarında anlamlı düzeyde iyileşme sağladığını bildirmiştir (36). Krishnamoorthy ve ark. (2022), yaptıkları bir meta-analizde, sağlıklı diyet ve fiziksel aktivite kombinasyonunun SKB’de 9,88 mmHg ve DKB’de 6,28 mmHg azalma ile en yüksek etkiye sahip yaşam tarzı müdahalesi olduğunu belirlemiştir (37).

Yukarıda verilen literatür zeti bütüncül olarak değerlendirildiğinde, hemşire liderliğinde verilen teori temelli eğitim programlarının oldukça etkili sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir. Ancak, bu olumlu sonuçlara rağmen, bazı çelişkili çalışma sonuçları da bulunmaktadır (38-40). Edelman ve ark (2015), hemşire liderliğinde verdikleri davranışsal yönetim müdahalelerinin, kısa vadede KB ve diğer sağlık göstergelerinde iyileşmeler sağlamış olsa da uzun vadede bu etkilerin sürdürülebilirliğinin sınırlı kaldığını belirtmiştir (38). Khademian ve ark. (2020), Orem’in hemşirelik teorisine dayalı eğitimlerin, hastaların yaşam kalitesini arttırdığını, fakat öz yeterlilik üzerindeki etkilerinin anlamlı olmadığını göstermiştir (39). Benzer olarak, sağlık okuryazarlığına dayalı öz yönetim eğitim programının yaşlı

hipertansif bireylerde ilaç uyumunu artırdığı, ancak KB kontrolü üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı ifade edilmiştir (40). Bu sonuçlarla tutarlı olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), HT'de öz bakım davranışlarının yetersiz olduğunu, ilaç tedavisine uyumsuzluk oranının dünya genelinde %3-65, Türkiye'de ise %13-23 arasında değiştiğini ve HT'li bireylerin yalnızca %18,3'ünün sağlıklı yaşam biçimi değişikliklerini günlük yaşamına entegre edebildiğini rapor etmiştir (3, 19, 41). Bu bulgular, eğitim müdahalelerinin bireylerin HT ve tedavi süreçleri hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlarken, KB kontrolünde istenilen sonuçları elde etmek için bazen yeterli olmadığını ve ek destekleyici stratejilerin gerekliliğini ortaya çıkarmıştır (40, 42, 43). Bu açıdan değerlendirildiğinde, HT'li bireylerde, günlük yaşamdaki aşırı stres yükü, homeostazisin bozulmasına, sempatik sinir sisteminin aşırı aktivasyonu ile kalp atım hızı, kontraktilite, vazokonstriksiyon, adrenal medulla ve sempatik sinirler tarafından salgılanan epinefrin ve norepinefrin düzeyinin artmasına, kardiyovasküler risk yüküne ve KB'nin yükselmesine yol açmaktadır (44, 45). Bu nedenle, stres yönetimine yönelik müdahaleler, HT'li bireylerde KB kontrol altına alınmasında kritik bir rol oynamaktadır (43, 46).

Son yıllarda HT yönetimi açısından oldukça ilgi gören ve kökenini Doğu Tıbbından alan müzik terapi, gevşeme teknikleri, nefes egzersizleri, meditasyon, yoga ve farkındalık temelli stres azaltıcı teknikler gibi zihin-beden temelli uygulamaların stresle baş etmeye yönelik etkileri yoğun bir şekilde çalışılmaktadır (43, 46, 47). Özellikle bilinçli farkındalık yaklaşımının HT yönetiminde etkilerini inceleyen araştırmalar, bu uygulamaların erişkin bireylerde fiziksel ve zihinsel sağlık sorunlarını azalttığını, KB değerlerini düşürdüğünü ve sağlık durumunu geliştirdiğini ortaya koymuştur (46, 48, 49). Bunlara ek olarak, farkındalık yaklaşımının bireyin olumsuz düşüncelerini olumlu düşüncelerle değiştirmesine ve bu sayede daha dengeli bir bütünlüğe ulaşmasına katkı sağladığı da ifade edilmiştir (43, 44, 46). Sangprasert ve ark. (2019) evre I HT tanısı alan 35-59 yaş arası bireylerle yürüttükleri yarı-deneysel çalışmada, müdahale grubuna mevcut farmakolojik tedavilere ek olarak, standart HT kılavuzlarına göre oluşturdukları diyet, egzersiz ve bilişsel fonksiyonlara odaklanan farkındalık temelli sağlık eğitimini 12 hafta boyunca uygulamıştır (50). Çalışmada, iki katılımcının antihipertansif ilaçlarını tamamen bıraktığı, diğer iki katılımcının ise düşük dozda antihipertansif ilaç kullanmaya başladığı, farkındalık temelli sağlık

eğitiminin kardiyovasküler risk taşıyan evre I HT'li bireylerde sağlıklı yaşam tarzını geliştirmede ve sürdürmede destekleyici bir yaklaşım olduğu vurgulanmıştır (50). Nejati ve ark. (2015), farkındalık temelli stres azaltma programı ve bilinçli yoga uygulamalarının hipertansif hastalarda yaşam tarzı ve başa çıkma stratejileri üzerindeki etkilerini incelemiştir. Sekiz haftalık eğitim sonunda, müdahale grubunda yaşam tarzı ve başa çıkma stratejileri ile SKB ve DKB'de anlamlı iyileşmeler görülmüştür (51). Babak ve ark. (2022), farkındalık temelli stres azaltma programının hipertansif kadınlarda KB, zihinsel sağlık ve yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini incelemiştir. Oniki haftalık program sonunda, müdahale grubunda SKB ve DKB'de anlamlı düşüş ve yaşam kalitesi, stres, anksiyete ve depresyon puanlarında iyileşmeler gözlemlenmiştir (52).

Bu bilgiler ışığında, ülkemizde en sık görülen kronik hastalıklar içerisinde yer alan HT yönetiminin öncelikli bir çalışma alanı olduğu görülmektedir. Hemşire liderliğinde verilen teori temelli eğitim programları, HT yönetiminde kısa vadede önemli iyileşmeler sağlamaktadır (38, 40, 53, 54). Bu perspektiften bakıldığında, hemşirelik teori ve modelleri arasında bulunan, hemşirelik sürecinin işletilmesi, Maslow'un insan gereksinimleri hiyerarşisine paralel olması, yalnızca hasta bireyleri değil sağlıklı bireylerin bakımını da kapsamı sebebiyle pek çok kronik hastalıkta kolaylıkla kullanılabilen Günlük Yaşam Aktivitelerine (GYA) Dayalı Hemşirelik Modeli'ne dayalı eğitim programının HT yönetiminde önemli katkılar sağlayabileceği öngörülmektedir (55, 56). Roper, Logan ve Tierney, bu modelde yaşamda "bireyin bireyselliğine" önem vermişler ve "bireyselleşmiş hemşirelik bakımı kavramını kullanmışlardır (56, 57). Model, bireyin günlük yaşamında gerçekleştirdiği aktivitelere işaret etmekte ve birey hakkında sistematik doğrultuda veri toplayarak bütüncül bakım verilmesini sağlamaktadır (57, 58). Literatür incelendiğinde; Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli kullanımının araştırmaların bütününe yansıtılmaktan ziyade yalnızca problem tanımı veya kavramsal çerçevede ele alındığı ve yöntem kısmına entegrasyonunda önemli sınırlılıklar olduğu görülmüştür (56-58). Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli kullanılarak yapılan lisansüstü çalışmaların ise çoğunlukla tanımlayıcı araştırmalar olduğu belirlenmiştir (59-63). Çam ve Salık Asar (2019) total kalça protezi ameliyatı öncesinde ve sonrasında verilen taburculuk eğitiminin bireylerin günlük yaşam aktivitelerine ve yaşam kalitesine

etkisini incelemek için yarı-deneysel araştırma yürütmüştür (61). Başka bir araştırmada da tip 2 diyabetli bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin özbakım gücüne etkisi ilişkisel olarak incelenmiştir (62). Ayrıca, bu modele dayalı olarak geliştirilen eğitim müdahalelerinin meme kanseri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kronik böbrek hastalığı ve kardiyovasküler cerrahi geçiren bireylerde önemli gelişmeler sağladığı bildirilmiştir (64-67). Ülkemizde Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modelinin HT'li bireylerde kullanımına yönelik ise herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

HT yönetiminde teori temelli eğitim uygulamalarının tek başına yeterli olmadığı ve çok yönlü bir bakış açısının geliştirilmesi gerektiği de göz önünde bulundurularak, GYA hemşirelik modeline dayalı verilen eğitimin yanı sıra günlük yaşama kolay entegrasyonu ile stres yönetiminde etkili olan bilinçli farkındalık yaklaşımı da bu programa dahil edilmiştir (10, 42). Bu sayede bireyler, teori ve beceri temelli eğitimler sonunda deneyim kazanarak öz farkındalığa erişebilir ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemek için kendilerini daha motive hissedebilirler (31, 68). Çok bileşenli müdahaleler, eğitim programlarının yanı sıra farkındalık, egzersiz ve beslenme değişiklikleri gibi çeşitli yöntemleri bir araya getirerek daha kapsamlı bir yaklaşım sunar. Bu tür bütünleşmiş müdahaleler, bireylerin hem bilgi düzeyini hem de yaşam tarzı alışkanlıklarını olumlu yönde etkileyerek, HT yönetiminde daha etkili sonuçlar sağlayabilir ve uzun vadeli sağlık iyileşmelerine katkıda bulunabilir.

Bu kapsamda, bu araştırmada, Roper, Logan ve Tierney'in GYA hemşirelik modeline göre yapılandırılan ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerde öz bakım, tedavi uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırma, HT öz yönetimi için ülkemiz hasta profiline uygun, çok boyutlu ve güncel rehberlere göre şekillendirilen, katılımcıları davranış değişikliğine özendirebilecek bir eğitim programının etkilerinin test edildiği ilk randomize kontrollü çalışma olması ve HT yönetiminde başta hemşireler olmak üzere sağlık profesyonellerine eğitim, rehberlik ve danışmanlık süreçlerinde alt yapı oluşturma potansiyeli ile alana özgün katkılar sağlayabilecek niteliktedir.

Araştırmanın amacı

Bu araştırmanın amacı, Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerde öz bakım, tedavi uyumu, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına değerlendirilmesidir.

Araştırmanın hipotezleri

H0₁: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin öz bakımına etkisi yoktur.

H0₂: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin tedaviye uyumuna etkisi yoktur.

H0₃: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi yoktur.

H0₄: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin bilinçli farkındalık düzeylerine etkisi yoktur.

H0₅: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin SKB ve DKB değerlerine etkisi yoktur.

H0₆: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin metabolik değişkenlerine etkisi yoktur.

H1₁: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin öz bakımına etkisi vardır.

H1₂: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin tedaviye uyumuna etkisi vardır.

H1₃: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi vardır.

H0₄: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin bilinçli farkındalık düzeylerine etkisi vardır.

H1₅: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin SKB ve DKB değerlerine etkisi vardır.

H0₆: Roper, Logan ve Tierney'in GYA Dayalı Hemşirelik Modeline temellendirilen ve farkındalıkla desteklenen eğitim programının HT'li bireylerin metabolik değişkenlerine etkisi vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Epidemiyolojisi

HT, başlı başına bir hastalık olmasının yanı sıra, küresel morbidite ve mortaliteyi arttıran değiştirilebilir önemli bir risk faktörüdür (69). Erişkinlerde HT, tekrarlı olarak yapılan klinik KB ölçümleri sonucunda sistolik KB'nin ≥ 140 mmHg ve/veya diyastolik KB'nin ≥ 90 mmHg değerlerinde olması olarak tanımlanmaktadır (1). Hedeflenen KB değerleri ise, 2018 yılında yayımlanan Avrupa Kardiyoloji Birliği (ESC)/Avrupa Hipertansiyon Birliği (ESH) kılavuzunda $<140/90$ mmHg olarak belirtilmiştir (21, 70).

Küresel olarak 2019 yılında ilk 10 ölüm sebebinden 7'sini bulaşıcı olmayan hastalıklar ve bunlara bağlı gelişen ölümlerin %44'üne (17,9 milyon) kardiyovasküler hastalıklar (KVH) neden olmuştur (71). HT ise KVH'nın başında gelmektedir (71). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, küresel olarak 30-79 yaş aralığında 1,28 milyar (%33) HT'li bireyin olduğu tahmin edilmekte ve bunların yarısından fazlasının düşük ve/veya orta gelirli ülkelerde yaşadığı bildirilmektedir (72). Ayrıca, HT'li bireylerin %46'sının KB değerlerinin yüksek seyrettiğinden habersiz olduğu ve sadece %42'sinin HT tanısına yönelik tedavi aldığı belirtilmektedir (3). Çalışmalar, özellikle SKB ≥ 115 mmHg olmasının serebrovasküler olay, kalp yetersizliği, ateroskleroz, miyokard infarktüsü, kardiyomiyopati, atriyal fibrilasyon ve erken ölüm insidansını arttırdığını göstermiştir (73-75). Bulaşıcı olmayan hastalıklar raporuna göre; belirlenen önemli küresel hedeflerden biri, 2010-2030 yılları arasında HT prevalansını %33 azaltmaktır (3). Fakat, Küresel Hastalık Yüğü çalışmasının (n= 8,69 milyon), sistematik analizinde, 1990-2015 yılları arasında SKB değeri en az 110-115 mmHg olan bireylerin %73,1'den %81,3'e ve SKB değeri en az 140 mmHg olanların %17,3'ten %20,5'e yükseldiği ortaya konmuştur. Ayrıca, SKB değeri en az 140 mmHg olan bireylerde tahmini yıllık mortalitenin %8,6'ya yükseldiği belirlenmiştir (76).

Dünyada olduğu gibi ülkemiz nüfusu da yaşlanmakta ve değişen yaşam tarzı nedeniyle kronik hastalıklar yaşamı tehdit eden bir halk sağlığı problemi olarak önemini korumaya devam etmektedir (1). Türkiye İstatistik Kurumu (2023) ölüm nedeni istatistiklerine göre; ülkemizde ölüme sebep olan hastalıkların başında %33,4 ile KVH'nın geldiği; bunlara bağlı gerçekleşen ölümlerin ise %42,4'ünün iskemik kalp

hastalığı, %24,1'sinin diğer kalp-damar hastalıkları, %18,6'sının serebrovasküler hastalık (SVH) ve %9,6'sının HT sebepli hastalıklardan kaynaklandığı görülmektedir (77). Kardiyovasküler hastalıklar içinde yer alan HT, bağımsız bir risk faktörü olup engelliliğin dünya genelinde önde gelen sebeplerinden biridir (72, 77). HT, sol ventrikül hipertrofisi, valvüler kalp hastalıkları, atriyal fibrilasyon ve diğer aritmileri, iskemik/hemorajik inme ve kronik böbrek hastalığı (KBH) gibi morbidite yükünü arttırmaktadır (21, 72).

2.2. Hipertansiyon Risk Faktörleri

ESC/ ESH (2018) kılavuzunda (21), HT gelişiminde rol oynayan faktörler değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörleri şeklinde gruplandırılmıştır.

Değiştirilemeyen risk faktörleri; bireyin kontrolü dışında olan, yaş, cinsiyet, etnik köken ve aile öyküsü gibi genetik ve demografik özelliklere dayanan faktörler olarak tanımlanmaktadır (21, 78). Yaş, HT riskini önemli ölçüde etkileyen bir faktördür. Yaşın ilerlemesiyle birlikte aort ve büyük çaplı arterlerde, intima ve media tabakalarında kalınlaşma, fibrozis, kollajen birikimi, elastik liflerde dejenerasyon ve kalsiyum depolanması gibi yapısal değişiklikler meydana gelir. Bu değişimler sonucunda arterlerin sertliği artar ve kanın damar duvarına yaptığı basınç yükselir (79). Cinsiyet; yaşamın erken dönemlerinde cinsiyete göre KB değerlerinde herhangi bir farkın olup olmadığı bilinmemekle birlikte, ilerleyen dönemlerde bazı biyolojik etmenlerin (seks hormonları, renin anjiyotensin sistemi ve kromozom farklılıkları vb.) cinsiyetler arasında KB değerlerinde farklılıklara yol açtığı düşünülmektedir (74). Etnik kökenler arasında sodyum tutulumu, düşük doğum ağırlığı, vücut boyutları, vücut ağırlığı, nefron sayısı, hormonlar, beslenme alışkanlıkları, strese karşı yanıt verme özelliği, psikososyal faktörler ve sosyoekonomik durum gibi çok sayıda faktör nedeniyle HT sıklık, şiddet ve yönetim açısından farklılıklar göstermektedir (80). Aile öyküsü; HT tanısı alan bireylerin %70'inin ailesinde de HT olduğu belirtilmektedir. KB regülasyonuna yönelik yapılan genetik çalışmalarda, vücutta 120'den fazla gen olduğu ancak bireyler arasındaki farklılıkların sadece %3,5'inin bu genler tarafından açıklanabildiği bildirilmiştir (81).

Değiştirilebilir risk faktörleri ise; diyet ve beslenme alışkanlıkları (yüksek sodyum tüketimi, düşük potasyum, kalsiyum ve magnezyum alımı, yüksek yağ ve kolesterol alımı, aşırı kafein tüketimi), obezite ve aşırı kilo, aşırı alkol tüketimi, ilaçlar

ve takviye gıdalar, tütün kullanımı, sedanter yaşam tarzı, diyabet ve metabolik sendrom, sosyoekonomik faktörler ile stres ve psikososyal faktörler olarak ifade edilmektedir. Bu risk faktörleri, bireyin yaşam tarzı ve çevresel koşullarıyla ilişkili olup uygun müdahalelerle kontrol edilebilir veya ortadan kaldırılabılır (21, 70).

Diyet ve Beslenme Alışkanlıkları:

Yüksek Sodyum Tüketimi: Diyetle alınan aşırı tuz, özellikle sodyumun böbrekler üzerindeki etkisi ve su tutulumunu artırması nedeniyle KB'nin yükselmesine katkıda bulunan önemli bir faktördür. Yapılan çalışmalar, ortalama >5-6 g/gün tuz tüketilmesi halinde HT sıklığının da arttığını göstermiştir (21, 76, 81).

Düşük Potasyum Alımı: Potasyum, sodyumun vücut üzerindeki etkilerini dengeleyerek KB'nin düzenlenmesine yardımcı olmaktadır (1). Günümüzde taze meyve ve sebze tüketiminin azalması ve işlenmiş gıda tüketiminde artışa bağlı olarak diyetle alınan potasyum miktarı oldukça azalmıştır. Yapılan çalışmalar, düşük potasyum alımının böbreklerden sodyum atılımını azaltarak KB'nin yükselmesine katkı sağladığını, dolayısıyla potasyum ile KB arasında negatif yönde bir korelasyon olduğunu göstermektedir (1, 21).

Düşük Kalsiyum Alımı: Kalsiyumun günlük tüketiminde 500 mg'lık artışın, HT gelişimini yaklaşık olarak %7 oranında azalttığı gösterilmiştir (1).

Düşük Magnezyum Alımı: Klinik çalışmalarda magnezyum eksikliğinin HT patogeneğinde rol oynadığını bildirilmiştir (82). Magnezyumun vasküler vazodilatasyonu ve kan akımını arttırdığını, periferik vasküler dirençte azalmaya neden olduğunu, agonist aracılı vazokonstriksiyonu azalttığını ve KB'yi düşürdüğü ileri sürülmektedir (1, 82).

Yüksek Yağ ve Kolesterol Alımı: Doymuş yağlar ve trans yağlar açısından zengin bir diyet, KB'nin yükselmesine ve kardiyovasküler hastalık riskinin artmasına neden olabilir. Bu tür diyet, ateroskleroz gelişimini hızlandırarak damarların daralmasına ve sertleşmesine yol açar (1, 83).

Aşırı kafein tüketimi: Kafeinin KB üzerindeki etkisi bireysel farklılıklara ve ek hastalıklara göre değişiklik göstermektedir. Kafein, santral sinir sistemini uyararak kalp atımını artırır ve KB'de yükselmeye neden olur (1).

Obezite ve Aşırı Kilo: Obezite, kilo artışı ile karakterize, çeşitli çevresel faktörlerin tetiklediği, genetik temelli kronik bir hastalıklardan biridir. Çalışmalar, aşırı kilonun kalbin iş yükünü ve damarlar üzerindeki baskıyı artırarak KB'yi yükselttiğini, dolayısıyla, obezite ile KB arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğunu göstermektedir (2, 21).

Aşırı Alkol Tüketimi: Alkolün HT gelişimindeki rolü henüz bir netlik kazanmamış olsa da aşırı alkol tüketiminin, sempatik sinir sistemini uyararak ve vasküler direnci artırarak KB'yi yükselttiği ileri sürülmektedir. Literatüre göre, erkeklerde günde iki, kadınlarda ise günde bir standart içkiden fazla alkol tüketimi, HT riskini arttırmaktadır (2).

Tütün Kullanımı: HT'nin etiyolojisinde rol oynayan değiştirilebilir risk faktörlerinden biri de sigara kullanımıdır. Nikotin ve diğer tütün bileşenleri, sempatik sinir uçlarından norepinefrin salınımını artırarak kan damarlarının vazokonstriksiyonuna ve sertleşmesine neden olur ve KB'yi akut olarak artırır (2, 84).

Sedanter Yaşam: Düşük düzeyde fiziksel aktivite, HT gelişiminde önemli bir risk faktörü olmakla birlikte, DSÖ, hareketsiz yaşam tarzının küresel ölümlerdeki en önemli risk faktörleri arasında bulunduğu bildirmiştir (81, 84). Fiziksel aktivitenin azalmasıyla metabolizma ve kan akımı da azalır, dolayısıyla sempatik sinir sistemi daha fazla uyarılır. Sonuçta, KB'de artış, obezite ve insülin direnci gelişebilir (85).

Diyabet ve Metabolik Sendrom: Diyabet ve metabolik sendrom, HT ile sıkça ilişkilendirilen durumlardır. İnsülin direnci ve diyabet, sempatik sinir sistemi ve RAAS'ni uyarır, vasküler düz kas hücrelerinde proliferasyonu artırır. Sonuçta, sodyum retansiyonunda artışlara yol açarak HT gelişiminde merkezi bir rol oynar. Bu nedenle, insülin direnci, diyabet yönetimi ve metabolik sendromun kontrol altına alınması, HT riskini azaltmada önemli adımlardır (2).

Sosyoekonomik Faktörler: HT'de sosyoekonomik risk faktörleri, gelir düzeyi, eğitim seviyesi ve meslek gibi değişkenlerdir (2). Araştırmalar, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin sağlıksız beslenme alışkanlıkları, stresli yaşam koşulları ve yetersiz sağlık hizmetlerine erişim nedeniyle HT riskinin arttığını göstermektedir (1, 2, 84). Eğitim seviyesi düşük olan kişiler, sağlık bilgisi eksikliği nedeniyle HT farkındalığı ve yönetiminde zorlanmakta, bu da hastalığın kontrolünü güçleştirmektedir. Meslek

ve iş durumu da önemli bir faktördür; yüksek stresli işlerde çalışanlar ve işsiz bireyler, maddi zorluklar ve psikolojik stres nedeniyle daha yüksek HT riski taşımaktadır (86). DSÖ ve uzun süreli kohort çalışmaları, bu sosyoekonomik faktörlerin HT prevalansını arttırdığına dair güçlü kanıtlar sunmaktadır (1, 84).

Stres ve Psikososyal Faktörler: Anksiyete, depresyon, A tipi kişilik özellikleri, sosyal izolasyon, gelir düzeyi gibi çeşitli psikososyal faktörler ve stres, sempatik sinir sistemini, inflamasyonu ve hipotalamusu uyarak vücutta katekolamin ve kortizol seviyelerinin yükselmesine yol açar. Buna bağlı olarak istirahat halinde de KB'de artışa neden olur ve belirli bir zaman içinde HT gelişimine yol açar (44, 45).

2.3. Hipertansiyonun Fizyopatolojisi

Kalp debisi, kalbin bir dakikada pompaladığı kan hacmini; periferik vasküler direnç ise, sistemik dolaşımda kan akımına karşı oluşan damar direncini ifade etmektedir (69). Kardiyak debi ve periferik damar direnci, KB'yi oluşturan önemli hemodinamik parametrelerdir. Sağlıklı bir bireyde arteriyel KB = Kardiyak debi x Periferik Vasküler Hastalık şeklinde formüle edilmektedir (69, 71). KB'nin normal aralıklarda kalmasına katkıda bulunan fizyolojik mekanizmalardaki hasarlar ile bu formülü bozan herhangi bir etken HT'nin karmaşık ve çok faktörlü fizyopatolojisinde rol oynamaktadır (71, 87) Birden fazla faktörün birlikteliği KB'nin yükselmesine neden olduğundan, HT'nin tek bir patofizyolojik mekanizma ile açıklanması mümkün değildir (87). Bu nedenle, ESC/ESH (2018) (21), AHA/ACC kılavuzları (88), HT'nin gelişiminde rol oynayan kronik stres, obezite, uyku bozuklukları gibi sempatik sinir sistem aktivitesini arttıran faktörlerin vasküler etkileri, endotel disfonksiyonu, yaşla birlikte HT'nin gelişmesinde arter elastikiyetinde fizyolojik değişimler gibi birkaç ana mekanizmayı vurgulamaktadır.

2.4. Hipertansiyonun Belirti ve Bulguları

HT, genellikle belirgin semptomlar göstermeden ilerleyebilir, bu nedenle "sessiz katil" olarak adlandırılır (88). Ancak, KB ciddi seviyelere ulaştığında baş ağrısı, özellikle ense bölgesinde ağrı, baş dönmesi, bulanık görme, tinnitus, göğüs ağrısı, nefes darlığı ve burun kanaması, emosyonel durumda içe kapanık olma hali, ateş basması, ortopne ve koma, diplopi, peltek konuşma, yüzde ve vücutta karıncalanma hissi gibi semptomlar ortaya çıkabilir (87, 88). Araştırmalar, bu semptomların HT'nin komplikasyonları olarak ortaya çıktığını ve hastalığın erken

evrelerinde nadiren görüldüğünü göstermektedir (14, 68, 87). Framingham Kalp Çalışması da yüksek KB'nin miyokard infarktüsü, inme ve böbrek yetersizliği gibi ciddi sağlık sorunlarına yol açabileceğini kanıtlamıştır (89).

2.5. Hipertansiyonda Tanılama

HT, genellikle tekrarlanan KB ölçümleri ile tanılanmaktadır. Amerikan Kalp Birliği (AHA) (90) ve DSÖ (81) gibi otoriteler, HT tanısı için ofis içi KB ölçümlerinin yanı sıra evde ve 24 saatlik ambulator KB izlemine önermektedir. Ulusal Sağlık Enstitüsü (National Institutes of Health) tarafından desteklenen “Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT)” çalışması (91), doğru tanılama ve agresif tedavi hedeflerinin KVB’ı önemli ölçüde azaltabileceğini kanıtlamıştır. Ek olarak, laboratuvar testleri ve elektrokardiyografi gibi değerlendirmeler, sekonder HT nedenlerini belirlemekte ve organ hasarını tespit etmede kullanılmaktadır (90, 91). Bu yöntemlerin bir arada kullanılması, HT tanısında doğruluğu arttırmakta ve hastalığın yönetimini iyileştirmektedir (90).

2.5.1. Kan Basıncı Düzeyine Göre Sınıflandırma

Bu sınıflandırmada, SKB ve DKB değerleri temel alınmaktadır. Dikkat edilmesi gereken, tek defada yapılan KB ölçümüne değil, en az iki farklı durumda yapılan iki veya daha fazla KB ortalaması ile doğrulanması gerektiğidir (21, 83, 90). Bunun için, bireylerin ofis dışı, ambulator veya evde izlem şeklinde yapılan KB ölçümleri ile de karşılaştırmalar yapılmalıdır (83, 90). ESC/ESH'nin yayımladığı rehberde (2023) klinik KB değerlerine yönelik sınıflandırma Tablo 2.1.'de sunulmuştur (21).

Tablo 2.1. ECC/ESH (2023) tarafından yapılan ofis kan basıncı sınıflandırması (50).

Kategori	SKB (mmHg)		DKB (mmHg)
Optimal	<120	ve	<80
Normal	120-129	ve/veya	80-84
Yüksek-Normal	130-139	ve/veya	85-89
Sınıf 1	140-159	ve/veya	90-99
Sınıf 2	160-179	ve/veya	100-109
Sınıf 3	≥180	ve/veya	≥110
İzole Sistolik HT	≥140	ve	<90
İzole Diyastolik HT	<140	ve	≥90

2.5.2. Etiyolojisine Göre Sınıflandırma

HT, primer (esansiyel) ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Primer HT; spesifik bir nedene bağlı olmayan, genetik ve çevresel faktörlerin birlikte etkili olduğu düşünülen ve tüm yaş gruplarında en yaygın görülen HT türüdür (21). Tanı alan HT'li bireylerin %90-95'i esansiyel HT'ye sahiptir. HT gelişiminde genetik yatkınlığın poligenik olduğu ve bu bozuklukların renal sodyum eliminasyonu, insülin direnci, renin-anjiyotensin-aldosteron aktivitesi, sodyum veya kalsiyumun hücre zarına ulaşımı ve sempatik cevap için nörojenik hormonlar ile ilişkili olduğu öne sürülmektedir (21). Genetik faktörlerin yanı sıra tuzdan zengin beslenme, beslenme alışkanlıkları, yaşın ilerlemesi, insülin direnci, inaktif yaşam, alkol tüketimi, sigara kullanımı, obezite ve sanayileşme gibi durumlar da esansiyel HT'ye yol açabilir (90). Sekonder HT, altta yatan bir nedene, genellikle böbrek, kardiyovasküler, endokrin ve nörolojik hastalıklar sonucu ortaya çıkan türdür. Tanı alan HT'li bireylerin %5-10'unda sekonder HT bulunur. Geçmiş yıllarda, renal parankim ve vasküler hastalıkların sekonder HT'nin en yaygın nedeni olarak gösterilse de günümüzde obstrüktif uyku apnesinin sekonder HT'de yaygın bir risk faktörü olduğunun altı çizilmektedir (21).

Ayrıca, sağlık hizmeti veren kurumların, bazı insanlar için stresli veya endişe verici ortam olarak değerlendirilmesi ve randevu kaygısı gibi faktörlere bağlı KB değerlerinin normalden daha yüksek olması beyaz önlük HT olarak sınıflandırılmaktadır (21, 90). Bireyin hastane ortamında normal KB değerlerine sahip olduğu ancak ev veya günlük aktivitelerde kontrollü ortamların dışında yüksek KB'ye

maruz kaldığı durumlarda ise maskeli HT sınıflaması kullanılabilmektedir (21, 90)

2.6. Hipertansiyon Komplikasyonları

HT'li bireylerde KB'nin kontrol altına alınamaması, kardiyovasküler hastalıklar ve KBH gibi komplikasyonların riskini arttırmaktadır. HT, diyabetten sonra KBH'nin en önemli ikinci sebebidir ve KVH'nın yarısı ve serebrovasküler olayların yaklaşık üçte ikisi için risk bir faktörüdür (21, 90). SKB'deki 5 mmHg'lık azalma, inme riskini %14 ve kalp hastalığı riskini %9 azaltmaktadır. KB 140/90 mmHg veya yüksek olan bireylerde serebrovasküler ve koroner arter hastalığı riski 2,6 kat artar. Dünya genelinde ölümlerin yaklaşık %20'sinin HT'den kaynaklandığı bildirilmekte olup HT en önemli değiştirilebilir risk faktörüdür. Komplikasyonları önlemek için HT'nin erken tanısı ve uygun tedavisi, KB kontrolünün sağlanması ve hedef organ hasarlarının önlenmesi gerekmektedir (3, 21).

2.7. Hipertansiyonda Tedavi Türleri

HT tedavisinde, KB'yi kontrol altına almak ve komplikasyon riskini azaltmak amacıyla çeşitli farmakolojik ve nonfarmakolojik (sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri) yaklaşımlar uygulanmaktadır (21).

2.7.1. Farmakolojik Yaklaşımlar

HT'de bireylerde mevcut olan KVH risk düzeyi, SKB ve DKB düzeylerine göre farmakolojik tedavi kriterleri belirlenmektedir (21). İdeal bir antihipertansif ilaç, KB'yi normal değerlere düşürmesi, yan etkisinin çok düşük ya da hiç olmaması, diğer kardiyovasküler risk faktörleri üzerinde herhangi bir istenmeyen etkisinin olmaması ve HT ile ilişkili organ hasarına karşı daha fazla koruma sağlaması gibi özelliklere sahip olmalıdır (3, 21). HT tedavisinde kullanılan ilaçlar; diüretikler, sempatik sinir sistemi antagonistleri, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemini etkileyenler ve damar düz kaslarında etkili ilaçlar olarak dört ayrı grupta toplanmaktadır (21, 90).

2.7.2. Nonfarmakolojik Yaklaşımlar

Günümüzde HT yönetimi için tekli veya kombine antihipertansif ilaçlar kullanılmasına rağmen, HT henüz istenen düzeyde kontrol altına alınamamıştır ve bu durum son yıllarda sağlık sistemi üzerinde büyük bir yük oluşturmaktadır (3). Ulusal (1) ve uluslararası (21) kılavuzlarda, HT'li bireylerin yaşam tarzının önemi vurgulanmakta ve nonfarmakolojik bileşenlerin tedavi ve bakım sürecine dahil

edilmesinin gerekliliği bildirilmektedir. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Küresel Eylem Planı'nda artmış KB'nin 2025 yılına kadar rölatif olarak %25 azaltılması hedefi yer almaktadır (82). Bu doğrultuda, KVH'nın çoğu metabolik ve davranışsal risk faktörlerine yönelik etkin stratejilerin geliştirilmesi ile kontrol altına alınabilir (82). Türkiye Hane Halkı Sağlık Araştırmasına “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri Prevalansı (2017)” göre, 15 yaş ve üzeri nüfusta yaş, cinsiyet, KB, tütün kullanımı, hiperkolesterolemi ve diyabet risk faktörleri açısından üç veya daha fazla risk faktörü bulunan bireylerin toplam nüfusun %51,2'sini oluşturduğu, ortalama günlük tuz tüketiminin 9,9 g olduğu ve HT'li bireylerin yalnızca %23,8'inde KB değerlerinin hedef aralıkta tutulabildiği saptanmıştır (92). Aynı çalışmada, bireylerin %40,5'inin son 12 ay içerisinde sağlık profesyonellerinden sağlıklı beslenme, kilo verme, tütün ürünü kullanmayı bırakma veya fiziksel aktiviteyi artırma gibi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti aldıkları belirlenmiştir (92). Bireylerin %76,2'si tütün ürünleri kullanımının, %74,2'si alkol tüketiminin, %71,6'sı yüksek tuzla beslenmenin, %64,3'ü yağdan zengin diyetin, %58,3'ü yetersiz fiziksel aktivitenin ve %33,2'si düşük meyve ve/veya sebze tüketiminin kronik hastalıklara yol açtığının farkında olduğunu bildirmiştir (92). Bu stratejilerin başında hemşirelerin eğitim ve danışmanlık rollerini etkin şekilde kullanarak; ideal kiloya sahip olma, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli olarak fiziksel aktivite yapma, tütün ve tütün ürünlerini bırakma, alkolü kısıtlama ve stresle baş etme gibi tamamı nonfarmakolojik olan ve aynı zamanda öz bakım ve ilaç uyumu gibi değişkenlerin geliştirilmesi ile sağlıklı yaşam biçimine ulaşmayı sağlayan yaklaşımlar bulunmaktadır (32, 92).

2.8. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirelerin Sorumlulukları

Hemşireler, HT tedavi sürecinde ve etkin yönetiminde kritik rol oynarlar ve öz bakım eğitimi, tedavi uyumunun takibi, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri konusunda rehberlik, KB ölçümü, risk faktörlerinin yönetimi, motivasyonel destek, acil durum yönetimi, multidisipliner iş birliği ve hasta takibi ve raporlama gibi çeşitli sorumluluklar üstlenirler (93-95).

2.8.1. Öz Bakım

Öz bakım, bireylerin kendi sağlıklarını korumak, hastalıkları önlemek, sağlıklarını sürdürmek ve günlük yaşamdaki problemler ile başa çıkmak için kendilerinin gerçekleştirdikleri tüm aktiviteleri ifade eder (96). Öz bakım, bireylerin günlük yaşamlarında aldıkları kararlar ve uyguladıkları davranışları kapsar ve bu süreç, kişinin kendi sağlık durumunu izleme, sağlıklı yaşam biçimine yönelik seçimleri yapma ve gerektiğinde profesyonel sağlık hizmetlerinden faydalanma yeteneğini içerir (9, 40). DSÖ (2020), öz bakımı “bireylerin, ailelerin ve toplulukların, bir sağlık hizmeti sağlayıcısının desteği olsun veya olmasın, sağlığı geliştirme, hastalıkları önleme, sağlığı sürdürme, hastalık ve engellilikle başa çıkma yeteneğini kullanarak gerçekleştirdikleri faaliyetler” olarak tanımlamaktadır (97). Bu tanım, öz bakımın kapsamını genişleterek, bireysel sorumluluğun yanı sıra aile ve toplumların rolünü de vurgulamaktadır (98).

Kronik hastalık yönetiminde temel belirleyicilerden biri olan öz bakım, HT'nin önlenmesi ve yönetiminde de kritik bir rol oynar. HT bağlamında öz bakım, yüksek KB olan bireylerin genel sağlıklarını geliştirmek, yönetmek ve ilgili komplikasyonları önlemek için üstlendikleri eylem ve davranışları içeren, bilgi, tutum, uyum, öz yeterlilik, güç ve öz yönetim gerektiren dinamik bir süreçtir (99, 100). Bu nedenle, HT'de bireylerin öz bakım davranışlarını değerlendirmek öncelikli bir adımdır (100). HT'de öz bakım uygulamaları, KB'nin düzenli olarak izlenmesi, diyet değişiklikleri, tuz tüketiminin azaltılması, dengeli beslenme, ideal kiloyu koruma, düzenli fiziksel aktivite, alkolü sınırlama, tütünden kaçınma, stres yönetimi, ilaç tedavilerine uyum, düzenli sağlık kontrolleri, eğitim ve destek gibi günlük yaşam aktivitelerini ve resmi olmayan sağlık bakım alışkanlıklarını içermektedir (101, 102).

HT'li bireyler, öz bakım sorumluluğunu üstlenebilecek potansiyel yeteneklere sahiptir. Ancak, HT'li bireylerin çoğunda, öz bakım bilgi ve becerileri sınırlıdır (90). Hemşireler, bireylerle iş birliği yaparak öz bakım için gerekli bilgi düzeyini, becerileri ve alışkanlıkları geliştirmelerinde yardımcı olabilir ve bu süreçte yaşam kalitesini artırarak ilaç bağımlılığını önlemede önemli bir rol model olabilir (32). Ayrıca hemşireler, HT'li bireylere eğitici ve destekleyici bakım sunarak bireylerin öz bakım bilgi ve becerilerini arttırabilir (93, 94). Literatürdeki araştırmalar da HT'de etkili öz bakım uygulamaları ile KB'nin kontrol altına alındığını, komplikasyon riskini,

hastaneye yatış sıklığını ve sağlık harcamalarını azalttığını ve böylelikle yaşam kalitesini iyileştirdiğini göstermektedir (90, 94). Son yıllarda, öz bakım uygulamalarını arttırmayı hedefleyen hemşire liderliğindeki teori temelli eğitim müdahaleleri, bireylerin HT yönetimini sağlamada umut verici yaklaşımlardan biri olarak kabul edilmektedir (53, 94, 103). Farazian ve ark. (2019), Bandura'nın öz yeterlilik modeli temelinde yaptıkları bir çalışmada, öz bakım eğitiminin ilaç uyumu, fiziksel aktivite ve kilo yönetimi hedeflerine ulaşmada önemli iyileşmeler sağladığını ve müdahale sonrası bir ay boyunca bu etkilerin devam ettiğini belirtmiştir (53). Forody ve ark. (2021)'nin yürüttükleri öz yeterlilik teorisine dayalı eğitim müdahalesinin, HT'li bireylerin öz bakım davranışlarını arttırdığını ve KB düzeyini düşürdüğünü bildirmiştir (103). Benzer şekilde, yaşlı yetişkinlere yönelik toplum temelli bir sağlık eğitimi müdahalesinin, HT bilgisini arttırabildiği ve öz bakım uygulamalarını iyileştirebildiği ifade edilmiştir (104).

2.8.2. Hipertansiyonda Tedavi Uyumu

DSÖ; tedavi/ilaç uyumunu, "bir kişinin ilaç kullanımı, diyet uygulaması ve/veya yaşam tarzı değişiklikleri gibi konularda bir sağlık hizmeti sağlayıcısının önerilerine ne derece uyduğunun bir göstergesi" olarak tanımlamaktadır (22). Günümüze kadar ilaç tedavisine uyumu tanımlamak için bağlılık, uyum, uygunluk veya kalıcılık gibi çeşitli terminolojiler kullanılmış olsa da 2012 yılında bir Avrupa Birliği projesi kapsamında gerçekleştirilen uzlaşi konferansında ilaç tedavisine uyumu, "hastaların ilaçlarını reçete edildiği gibi alma süreci" şeklinde ifade edilmiştir (19).

HT'de ilaç uyumunun azalmasına neden olan faktörler arasında bireylerin hastalığı ve tedaviyi yanlış anlamaları, herhangi bir semptom olmaması nedeniyle HT'yi reddetmeleri, ilaç kullanımını sağlığın kötüye gitmesi olarak algılamaları, ilaçların yan etkileri, tedaviye isteksizlik, sağlık profesyonelleri ile zayıf iletişim, düşük sağlık okuryazarlığı, dil ve kültürel farklılıklar ve stresle etkin başa çıkamama yer almaktadır (6, 16, 20). Bu etkenler, bireylerin tedaviye bağlılığını olumsuz yönde etkileyerek KB kontrolünde zorluklara yol açmakta ve HT'nin yönetimini daha da karmaşık hale getirmektedir (20).

Literatür incelendiğinde, HT'li bireylerin %50'sinden fazlasının tedavinin ilk yılında ilaç kullanımını bıraktığı, %10'unun ilaçlarını gün içinde almayı unuttuğu ve

bazı bireylerin ilaçlarını düzensiz kullandığı görülmektedir (19, 105). HT süresi uzadıkça ilaç uyumunun azaldığı ve ilaç yan etkilerinin bireylerin %35'inde ilk altı ayda tedavinin bırakılmasına neden olduğu bulunmuştur (95). HT yönetiminde antihipertansif ilaçların düzenli ve doğru kullanımı, KB'nin kontrol altına alınarak HT'nin yönetiminde kilit rol oynamaktadır (106). Günümüze kadar yapılan ulusal ve uluslararası klinik çalışmalarla, antihipertansif ilaçların olası hedef organ hasarlarını büyük ölçüde önlediği ve HT'ye bağlı morbidite ve mortalite riskini azalttığı kanıtlanmıştır (32, 71, 87). Ancak, HT'de ilaç tedavisinin etkinliği, bireylerin ilaçlarına ne derece uyum sağladıklarına bağlıdır. HT'de, bireylerin ilaç uyumları KB ölçümleri ile takip edilebilmektedir (87). Bir antihipertansif ilaçtan beklenen etkinin tedaviye başladıktan 3-4 hafta sonra ortaya çıkacağı düşünüldüğünden, bireylerin her 2-4 haftada bir kontrol amaçlı doktora gitmesi gerekmektedir. Bireyin durumu stabilize olduktan sonra, doktor kontrolüne her 3-6 ayda bir gitmesi önerilmekte olup, bu kontrol aralıklarının altı ayı geçmemesi gerektiği vurgulanmaktadır (22, 87). Antihipertansif ilaç tedavisinde, herkes için KB hedefleri her birey için özelleştirilmelidir. Organ hasarı olmayan HT'li bireylerde hedef KB değeri 140/90 mmHg'nin altında olmalıdır. Diyabeti ve KBH'ı bulunanlar ve genç bireyler için bu hedef, 5-10 mmHg daha düşük olacak şekilde belirlenmelidir (21). Yaşlı bireylerde ise 150/90 mmHg hedeflenmelidir. Bireylerde KB'nin hedeflenen aralıkta olmaması ise tedaviye uyumun kötü olduğuna işaret etmektedir (21).

Hipertansiyonda Tedavi Uyumu Stratejileri

Eğitim ve danışmanlık, teknolojik çözümler, sağlık hizmeti erişimi ve destek, kişiselleştirilmiş tedavi planları ve sosyal destek sistemleri, ilaç uyumunu arttırmada önemli rol oynar (106). HT'de ilaç uyumunu geliştirmek için çok yönlü stratejiler uygulama alanına girmiştir (28, 107, 108). Sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler bu stratejilerin etkili bir şekilde uygulanmasında aktif rol almalı ve bireylere sürekli destek sağlamalıdır (98) Bu stratejiler arasında *eğitim ve farkındalık*, bireylerin HT'nin doğası, ilaçların önemi ve doğru kullanım şekilleri hakkında bilinçlenmelerini sağlar. Bireylere, ilaçların nasıl ve ne zaman alınması gerektiği, olası yan etkiler ve bu yan etkilerle başa çıkma yolları hakkında ayrıntılı bilgi verilir (28). *Motivasyon*, ilaç uyumunu arttırmak için kritik bir araçtır. Hemşireler, bireylerin tedaviye olan inançlarını ve motivasyonlarını arttırmak için motive edici danışmanlık tekniklerini

kullanabilir. Bu yaklaşım, bireylerin tedaviye daha bağlı olmalarını ve ilaçlarını düzenli olarak kullanmalarını teşvik eder (107). *Mobil uygulamalar ve elektronik hatırlatıcılar*, bireylerin ilaçlarını zamanında almalarına yardımcı olabilir. Bu teknolojik araçlar, ilaç alım zamanlarını hatırlatan bildirimler gönderir ve bireylerin tedavi planına uyum sağlamalarını kolaylaştırır (94). *Elektronik sağlık kayıtları*, hemşirelerin bireylerin ilaç uyumunu takip etmelerine, yönetmelerine ve gerektiğinde müdahale etmelerine olanak tanır. İlaçların maliyeti, ilaç uyumunu etkileyen önemli bir faktördür (108). *Sağlık sigortaları ve sosyal, ekonomik destek programları*, ilaçların maliyetini karşılamak için kullanılabilir, ilaçlara erişimi ve tedavinin sürekliliğini sağlayabilir (78). *Düzenli takip ve kontroller ise* bireylerin ilaç uyumunun izlenmesi ve tedavi planlarının gerektiğinde düzenlenmesi açısından önemlidir (21). *İlaç rejimlerinin basitleştirilmesi ile* karmaşık tedaviler sadeleştirilerek bireyin tedaviye uyumu artırılabilir (21). *Yan etkilerin yönetimi* için bireylerin kullandığı tamamlayıcı ve integratif yaklaşımlar ve tedavi yöntemleri araştırılmalı, bireyler bu süreçlerde sağlık profesyonelleri ile açık bir şekilde iletişim kurmalı ve birlikte uygun çözümler bulunmalıdır (28). *Aile ve arkadaş desteği* bireylerin tedavi süreçlerinde yalnız hissetmemelerini ve daha motive olmalarını sağlayarak ilaç uyumunu arttırabilir (102). *Destek grupları ve topluluklar* bireylerin birbirleriyle deneyimlerini paylaşmalarını sağlar, motivasyonlarını arttırır, karşılaştıkları zorluklarla başa çıkmalarına ve ilaç uyumlarını sürdürmelerine yardımcı olur (98).

2.8.3. Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

HT'nin nonfarmakolojik tedavileri kapsamında da belirtildiği üzere; sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemek, HT yönetiminde en kritik noktadır. Bu davranışlar yalnızca KB'yi kontrol etmeye yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda KVVH riskini azaltır ve genel sağlığı iyileştirir (75). HT'li bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları; ideal kiloda kalmayı, yeterli ve dengeli beslenmeyi, düzenli fiziksel aktivite yapmayı, tütün ve tütün ürünlerinden uzak durmayı, alkol tüketimini sınırlamayı ve stresle başa çıkmayı içermektedir (75, 90). HT'li bireylerin çok az bir kısmının tanı aldıktan sonra sağlıklı yaşam biçimlerine yönelik değişiklik yapabildiği belirtilmektedir (95). HT'de önerilen temel sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu uygulamaların HT yönetimindeki kanıt düzeylerine yönelik bilgiler ESC/ESH (2018) kılavuzundaki (21) öneriler dikkate alınarak Tablo 2.2'de gösterilmiştir.

Tablo 2.2. Hipertansiyon Yönetiminde Yaşam Tarzı Önerileri (21).*

Yaşam Tarzı Önerileri	Kanıt Düzeyi	
	Sınıf ^a	Seviye ^b
Günde <5 g tuz kısıtlaması	I	A
Alkol tüketimi sınırlaması		
▪ Erkekler için haftada 14 birimden az	I	A
▪ Kadınlar için haftada 8 birimden az		
Alkolün tamamen bırakılması	III	C
Sebze, taze meyve, balık, kuruyemiş ve doymamış yağ asitleri (zeytinyağı) tüketiminin artırılması; kırmızı etin az tüketilmesi ve düşük yağlı süt ürünlerinin tüketilmesi	I	A
Vücut ağırlığının kontrol altında tutulması		
▪ BKİ: 20-25 kg/m ²	I	A
▪ Bel çevresi: Erkeklerde <94 cm, kadınlarda <80 cm		
Düzenli aerobik egzersiz yapılması	I	A
Haftada 5-7 gün en az 30 dakika orta düzeyde dinamik egzersiz yapılması		
Tütün ve tütün ürünlerinden kaçınılması, destekleyici bakım ve sigara bırakma programlarına dahil olunması	I	B

*2018 ESC; a: Öneri sınıfı; b: Kan basıncı ve/veya kardiyovasküler risk profili üzerindeki etkiye dayalı olarak çoğunlukla kanıtların seviyesi.

Kilo Verme: HT yönetiminde kilo vermenin önemli bir rolü bulunur. Kilo kaybı, özellikle obez bireylerde, KB'yi düşürmede ve insülin direnci, diyabet, kan lipid düzeylerinde artış, kalbin sol ventrikülünde büyüme ve uyku apnesi gibi risk faktörlerini azaltmada olumlu etkiler göstermektedir (88, 109). Araştırmalar, kilo vermenin hem SKB hem de DKB'de anlamlı düşüş sağladığını ortaya koymuştur (88). Türk Kardiyoloji Derneği'nin 2019 yılı Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu'na (1) göre, hedeflenen miktarda kilo verilmesi, kullanılan antihipertansif ilaçların sayısını ve dozunu azaltmaya yardımcı olabilir. Hedeflenen düzeyde kilo verilmesi, başlangıçta idrar yoluyla yoğun sodyum kaybına (natriürez) neden olur ve bu süreç, sempatik sinir sistemi aktivitesini azaltarak ve insülin direncini normalleştirerek uzun vadede KB'nin istenen seviyede kalmasına yardımcı olur (71). Mevcut bilgiler doğrultusunda, kilo verme HT yönetiminde kanıt düzeyi IA şeklinde katkı sağlamaktadır (1, 21).

Sodyum Alımını Kısıtlama: Günde 6 gramdan az tuz tüketimi, KB kontrolünde önemli bir faktördür (110). Araştırmalar, sodyum alımının azaltılmasının KB üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermiştir (85, 110, 111). İnterSALT çalışması, günde 6 gram daha az tuz alımının SKB'de ortalama 3,5 mmHg, DKB'de ise 1,5 mmHg'lik bir düşüş sağladığını göstermiştir (112). Sodyum kısıtlaması, inme ve kalp krizine bağlı ölüm oranlarını da azaltabilir (113). He ve MacGregor (2003)

metaanaliz çalışmasında, günlük tuz alımının 3 gram azaltılmasının hipertansiflerde SKB'de 3,6-5,6 mmHg, DKB'de ise 1,9-3,2 mmHg azalmaya neden olduğunu belirtmişlerdir (113). Ayrıca, bu kısıtlamanın inme riskini %13, iskemik kalp hastalığı riskini ise %10 oranında azaltabileceği tahmin edilmiştir (113). Başka bir metaanalizde de uzun süreli tuz kısıtlamasının KB'yi düşürdüğü gösterilmiştir (114).

Potasyum Alımını Arttırma: Potasyum, sodyumun olumsuz etkilerini azaltarak KB'yi düşürmeye yardımcı olur. Potasyum açısından zengin (muz, portakal, patates, vb.) gıdaların tüketimi HT yönetiminde etkilidir (32, 95).

Diyet Uygulamaları: HT tedavisinde diyet düzenlemeleri önemli katkılar sağlamaktadır. Tam tahıllı gıdalar, baklagiller, kabuklu yemişler, meyve, sebze, az yağlı süt ürünleri, kümes hayvanları ve balık türlerinden oluşan zengin bir diyet, KB'yi düşürmede etkilidir (95). Özellikle, kolesterol, doymuş yağ ve toplam yağ miktarının azaltılması önerilmektedir (75).

Hipertansiyonu Durdurucu Diyet Uygulamaları; potasyum, kalsiyum, magnezyum, protein ve lif açısından zengin gıda ürünlerini içerir ve sodyum alımını kısıtlar (115). Hipertansiyonu Durdurucu Diyet Uygulamalarına uyulması, SKB'de 8-14 mmHg düşüş sağlayabilir (115). Hipertansiyonu Durdurucu Diyet Uygulamaları programının, hipertansif bireylerde KB'yi düşürdüğü ve bu düşüşün cinsiyet, yaş gibi demografik farklılıklardan bağımsız olarak etkili olduğu kanıtlanmıştır (115).

Diğer diyet uygulamaları; yağ, kırmızı et, şekerleme ve işlenmiş gıdaların tüketiminin azaltılması da KB kontrolünü sağlamada etkilidir (80). Taze sebze, meyve ve tam tahılların tüketilmesi, genel sağlık durumunu iyileştirir ve HT riskini azaltır. Diyet, HT'nin yönetiminde temel bir unsurdur ve uygun diyet değişiklikleri, ilaç tedavisine olan ihtiyacı azaltabilir ve genel kardiyovasküler sağlığı iyileştirebilir. Bu nedenle, HT'li bireylerin diyet alışkanlıklarını düzenlemeleri ve sağlık profesyonellerinin önerilerine uymaları gerekmektedir (35, 110).

Tütün ve Alkolün Bırakılması: Tütün, HT etiyolojisinde önemli bir risk faktörüdür. Sigara kullanımı, KB ve kalp hızında 15 dakikadan fazla süren akut bir yükselmeye neden olur (34). Alkolün KB üzerindeki etkisi net olmamakla birlikte, araştırmalar alkol tüketimi ile KB arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (35). Günde 30 gramdan az alkol tüketimi KB'yi doğrudan etkilemezken, 3-4 kadehten fazla tüketimi KB'yi arttırır (21). Xin ve ark. (2019), metaanaliz

çalışmalarında alkol tüketiminin kısıtlanmasının SKB ve DKB’de önemli bir azalma sağladığını ortaya koymuştur (sırasıyla; 3,31 mmHg ve 2,04 mmHg) (116).

Kafein Tüketiminin Sınırlandırılması: Sağlık profesyonelleri tarafından tavsiye edilen günlük kafein tüketim miktarı 300 mg’dır (102). Farklı içecek ve yiyeceklerden alınan kafeinin KB üzerindeki etkileri konusunda çeşitli görüşler mevcuttur (21, 102). Yapılan bir metaanaliz çalışmasında kafein tüketiminin SKB üzerinde 4,16 mmHg ve DKB’de 2,41 mmHg bir artışa yol açtığı bulunmuştur (117). Ayrıca, kafeinin KB üzerindeki etkisi bireysel özelliklere göre de farklılık gösterebilir (118).

Fiziksel Aktivitenin Arttırılması: Fiziksel aktivite yetersizliği kilo artışına neden olarak HT’ye zemin hazırlar, miyokard infarktüsü ve serebrovasküler hastalık riskini arttırır (80). Ayrıca, fiziksel inaktivite, tek başına, artan ölüm riski ile de anlamlı bir şekilde ilişkilidir (35, 80). Düzenli yapılan fiziksel aktivite, KB’yi düşürmede etkili olmaktadır (130). Whelton ve ark. (2002)’nin metaanaliz çalışmalarında, düzenli yapılan aerobik egzersizlerin hipertansiflerde SKB’de 3,84 mmHg, DKB’de 2,58 mmHg azalma sağladığını belirtmişlerdir (119).

Psikososyal Faktörler: KB, merkezi sinir sisteminin fizyolojik mekanizmaları (sempatik sinir sistemi, hormonlar, kimyasal maddeler) ile karmaşık olarak düzenlenmektedir (44). Bu fizyolojik mekanizmaların birçoğu stresten etkilenmektedir. Stres KB’yi akut olarak yükseltmektedir (46). Stresli durumlarda epinefrinin kana salınımı, sempatik sinir aktivitesini arttırarak KB’nin artmasına yol açmaktadır (45). Ayrıca, stres durumunun hipertansif bireylerde, tedavi uyumunu da olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (45). Bu açıdan, stresi kontrol altına almak da KB’nin yönetimini olumlu yönde desteklemektedir (46).

2.9. Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirelik Kuram ve Modellerinin Kullanımı

Hemşirelikte temel amaç; sağlıklı bireylerin sağlığını koruyup geliştirmek ve hastaların iyileşme sürecini destekleyerek bağımsızlıklarını kazanmalarına yardımcı olmaktır (59). Hemşirelik kuram ve modelleri, teorik bilgiyi uygulama alanına aktarmayı sağlayan önemli bir bileşendir. Hemşirelik kuram ve modelleri, hemşirelik uygulamaları için bilimsel bir temel olarak bakıma pratik yaklaşımlar getirmekte ve hemşirelik bilgi içeriğinin daha sistematik şekilde gelişmesini sağlamaktadır (53, 59).

Bu kuram ve modeller, mesleki eğitime, disipline özgü araştırmalara ve bakım uygulamalarına yön vererek mesleki otonominin gelişimine de değerli katkılar sağlamaktadır (8, 53). Literatürde, özellikle son yıllarda diğer kronik hastalıkların yanı sıra HT yönetimini desteklemede de farklı hemşirelik kuram ve modellerinden yararlanılmaktadır (8, 65, 120). Bunlar arasında, Pender'in sağlığı geliştirme modeli, transteoretik model, Orem'in öz bakım eksikliği teorisi, Roy'un adaptasyon modeli ve sürekli bakım modeli, King'in hedefe ulaşma teorisi, Neuman sistemler modeli ve Cox'un etkileşim modeli yaygın şekilde tercih edilmektedir (8, 28, 121). Bu tez kapsamında ise Roper, Logan ve Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli esas alınarak HT'de öz bakım, ilaç uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme ve bunlara destek olmak adına farkındalık temelli yaklaşımın eğitim programına entegre edilmesi hedeflenmiştir.

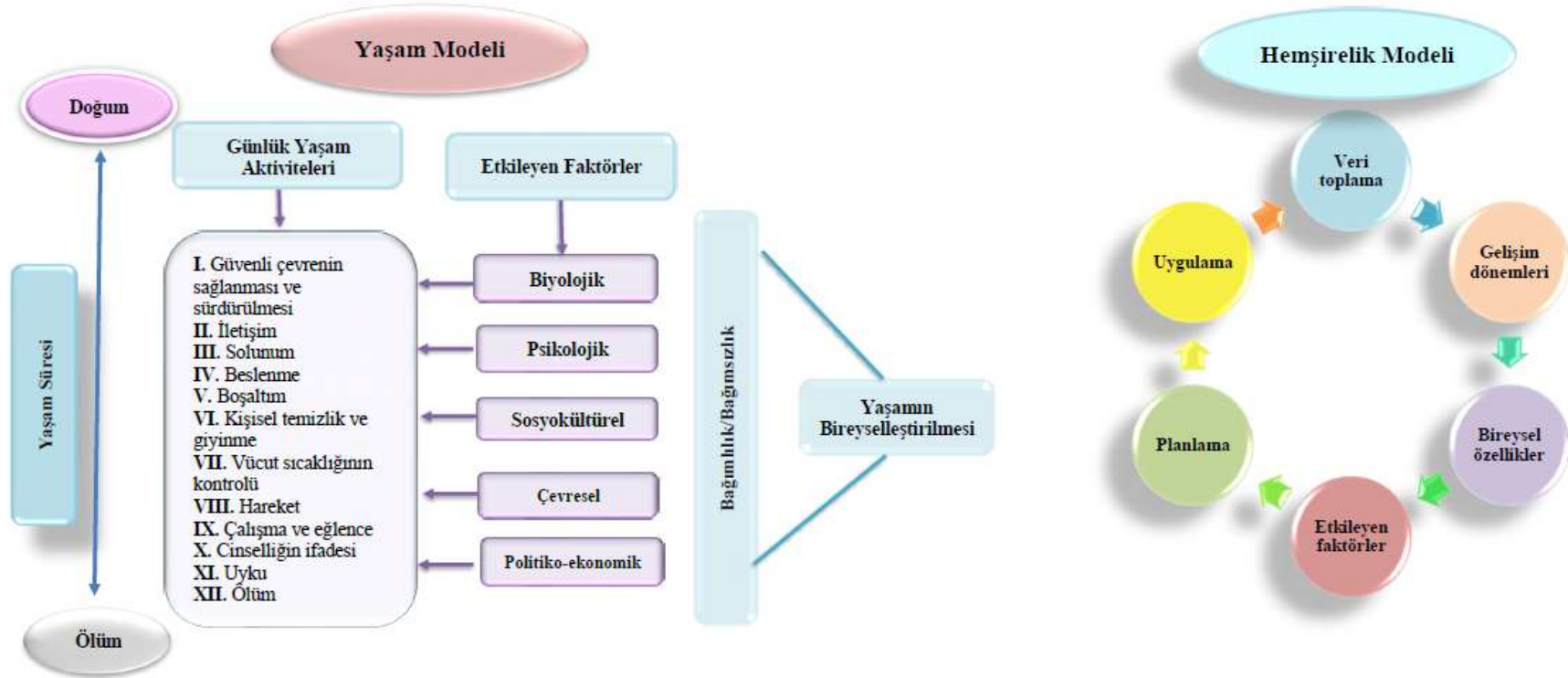
2.9.1. Roper, Logan ve Tierney'in Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli

Edinburgh Üniversitesi'nde Roper, Logan ve Tierney tarafından tasarlanan GYA dayalı hemşirelik modeli, hemşirelik bakım uygulamalarında sıklıkla kullanılmaktadır (56). Roper, Logan ve Tierney, model kapsamında yaşamda “bireyin bireyselliğine” önem vermişler ve “bireyselleşmiş hemşirelik bakımı kavramını kullanmışlardır (55, 56). Bireyin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak ne ölçüde gerçekleştirebildiği bu modelin temel anlayışını oluşturmaktadır (55). Model, özellikle bireyin bakım sürecinde veri toplama ve hemşirelik tanısı koyma aşamalarında rehberlik etmektedir (122). Holistik ve hümanistik bir yaklaşıma sahip olan bu modelde, bireyin bakımın merkezinde olması sağlanırken, aynı zamanda birey ile ailenin de bakıma aktif katılımının önemi vurgulanmaktadır (56). Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli, hemşirelik bakım uygulamalarının sağlık hizmetleri içerisinde tüm alanlara entegrasyonunu kolaylaştıran bir yapıya da sahiptir (56).

Bu tez kapsamında, HT'li bireylere özgü olarak geliştirilen eğitim programı hazırlanırken aşağıda bileşenleri detaylı olarak sunulan Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli basamakları takip edilmiş, HT'li bireylerin sıklıkla yaşadığı sorunlar ve gereksinimlerinden hareketle bu model kapsamında hemşirelik bakım

süreci işletilmiştir (56). Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modelinin hemşirelik girişimlerinde öne çıkmasının nedenlerinden biri de klinik uygulama süreçlerine aktarımının kolay olması ve hemşirelik sürecine kolaylıkla entegre edilebilmesidir (55). Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli tüm bileşen ve alt bileşenlerini içeren kavramsal çerçeve Şekil 2.1’de gösterilmiştir.





Şekil 2.1. Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli kavramsal çerçevesi.

2.9.2. Roper, Logan Tierney Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Yaşam Modeli Bileşenleri

1.Yaşam Süresi: Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modeline göre fertilizasyon ile başlayan yaşamın, ölüme kadar devam eden bir süreç olmasına odaklanır. Bu modelde yaşam dönemleri; “doğum öncesi, bebeklik, çocukluk, adölesan dönem, yetişkinlik ve yaşlılık dönemleri” olarak kategorilere ayrılmaktadır. Hemşireler, doğumdan ölüm anına kadar yaşamın her devresinde bireylere mevcut sağlığın korunabilmesi, iyileştirilebilmesi ve bakım ihtiyaçlarının karşılanması konularında önemli görevler yürütmektedir (55). Aynı zamanda model, hemşirelik bakımının bireyin içinde bulunduğu spesifik yaşam evresine göre sunulmasını, hemşirelik sürecinin daha etkin olarak sürdürülmesine ve bireye özgü hemşirelik bakımının sunulmasına yardımcı olmaktadır. Modele göre; insan yaşamı, sadece ileri yönde ilerlemekte ve sonunda da bitmektedir. İnsan, yaşamı boyunca biyofizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, çevresel, politik ve ekonomik faktörlerden etkilenmekte ve birçok problemle baş etmeye çalışmaktadır (55, 58).

2. Yaşam Aktiviteleri: Yaşam aktiviteleri, Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modelinin ana ögesi olup modelin merkezinde birey ve/veya yakını ve toplum bulunmaktadır. Bu modelde hemşirelik, "Yaşam aktiviteleri ile ilişkili sorunları önlemek, azaltmak veya çözümlemek ve bireye sorunların çözümünde olumlu başa çıkma yöntemlerini kullanmasında yardımcı olmak" şeklinde tanımlanmaktadır (58). Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli odağını yaşam aktiviteleri oluşturmakta ve model kapsamında (I) güvenli çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi, (II) iletişim, (III) solunum, (IV) beslenme, (V) boşaltım, (VI) kişisel temizlik ve giyinme, (VII) vücut ısısının kontrolü, (VIII) hareket, (IX) çalışma ve eğlence, (X) cinselliğin ifadesi, (XI) uyku ve (XII) ölüm yer almaktadır (122). Bu yaşam aktiviteleri çok yönlü, kapsamlı olup aynı zamanda birbiri ile sürekli etkileşim halindedir (58). Her bir aktivite diğerleriyle bağlantılı ve ilişkili olarak düşünülmelidir. Örneğin; iletişim, diğer GYA ile doğrudan ilgilidir, iletişim olmaksızın yeme, içme, çalışma, eğlence ve cinsel yaşamın ifadesi mümkün değildir. Solunum ise, tüm GYA için gereklidir (58). Hemşireler, hastalarına bakım verdikleri sırada bu yaşam aktivitelerinin tamamını değerlendirerek, bireylerin bu aktiviteleri bağımlı veya bağımsız yapabilme durumlarını ve bağımsız olarak sürdürebilmeleri için bireylerin

gereksinimlerini dikkate almaktadır (122)

Bireyin canlı olarak yaşamını sürdürebilmesi ve diğer tüm yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi için *güvenli bir çevrede* bulunması gerekmektedir. İnsan, biyo-psiko-sosyo-kültürel bir varlık olarak, biyolojik, fiziksel, kültürel, sosyal ve ruhsal anlamda güvenli bir ortamda tüm yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilir. Kısaca "güvenli çevre," bu unsurların her birinde güvenli bir ortamı ifade eder (75-77, 80). HT'li bireyler için güvenli bir çevre sağlamak, KB'yi kontrol altında tutmak ve komplikasyonları önlemek açısından önem taşır (82, 83). Modele göre, *iletişim*, sözel ve sözel olmayan yollarla kurulabilmektedir. İnsan doğası gereği, sosyal bir varlık olması nedeniyle yaşadığı topluluk ve grupla farklı yöntemler kullanarak iletişim kurma çabası göstermektedir. Sağlıklı bir insan için temel ihtiyaçlardan biri olan iletişim, özellikle yeni bir durum veya ortamla (hastane, iş, okul gibi) karşılaşıldığında daha da önemli hale gelir (76, 77). HT'nin yönetimi ve tedavisinde iletişim HT'li bireyin sağlık profesyonelleri, aile üyeleri, arkadaşlar ve sosyal destek sistemleri ile olan etkileşimlerini kapsar. Sağlık profesyonelleri ile iletişimde, doktor ziyaretleri tedavi planlarının oluşturulması ve düzenlenmesi için kritiktir. Kullanılan antihipertansif ilaçlar, yan etkileri ve sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleri hakkında doğru ve eksiksiz bilgi paylaşımı bireyin tedaviye uyumunu artırır. Aile ve arkadaşlarla kurulan açık iletişim, HT'li bireye destek olma farkındalığını geliştirir ve HT yönetiminde bireyin motivasyonunu artırır. Ayrıca, tele-sağlık hizmetleri, mobil uygulamalar ve takip cihazları gibi iletişim kanalları ve online destek grupları bireylerin dijital iletişim kurmasına imkân tanıyabilir.

İnsanın yaşamıyla başlayan ve ölümüyle sonlanan en önemli aktivite ise *solunumdur*. Organizmadaki tüm hücrelere gerekli olan oksijenin iletilmesi yaşamsal önem taşımakta ve diğer tüm GYA'ların gerçekleşebilmesini sağlamaktadır (106-109). HT'li bireylerde solunum fonksiyonları, HT'nin doğrudan veya dolaylı etkileri nedeniyle değişiklik gösterebilir. HT etkin yönetilemediğinde; sol ventrikül hipertrofisi, pulmoner HT, pulmoner ödem, bronşial HT, bronşial inflamasyon, diyafram kas gücünde yetersizlik, genel kas yorgunluğu, obstrüktif uyku apnesi, ventilasyon sorunları, hipoksemi, egzersiz kapasitesinde azalmayla birlikte nefes darlığı, çabuk yorulma gibi sorunlar ortaya çıkabilir (117).

İnsanlar *yeme ve içme faaliyetleri* olmaksızın yaşamın devamını getiremezler. Bu kapsamda en temel insan gereksinimlerinden biri olan beslenme, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi açısından hayati öneme sahiptir (98-101). Yaşamın sürdürülebilmesinde gerekli olan diğer bir ana aktivite de *boşaltımdır*. İdrar ve bağırsak sistemleri, birbirinden farklı işlevleriyle, vücuttaki atık maddelerin atılmasına katkı sağlarlar. Boşaltımın bağımsız olarak gerçekleştirilmesi ve istemli kontrolü, sağlıklı bir yaşamın erken dönemlerinde başlamaktadır. Hem sağlıklı hem de hasta bireylerde, boşaltım alışkanlıklarını değiştiren ve etkileyebilecek durumlar hemşire tarafından belirlenir ve bu sorunlara neden olabilecek durumlar için gerekli önlemler alınır. Boşaltım süreci "özel" bir aktivite olduğu için, hemşirenin bireye uygun bir yaklaşım sergilemesi ve mahremiyeti koruması önemlidir (110-114). HT'li bireylerde boşaltım fonksiyonları, KB'nin yüksek olması nedeniyle etkilenebilir. Yüksek KB, glomerüllerdeki basıncı arttırarak GFR'yi düşürebilir, atık maddelerin ve fazla sıvıların yeterince filtrelenememesine yol açar. Sürekli yüksek seyreden KB, kronik böbrek hastalığına (KBH) yol açabilir. HT, vücudun fazla sıvıyı tutmasına neden olabilir. Bu durum, ödem ve kilo artışı ile kendini gösterebilir. Böbrek fonksiyonlarının bozulması, vücutta elektrolit dengesizliklerine yol açabilir. Özellikle sodyum, potasyum ve kalsiyum seviyeleri etkilenebilir. HT, idrar yolu enfeksiyonlarına yakalanma riskini arttırabilir. Bazı antihipertansif ilaçlar da uzun vadede böbrek fonksiyonlarını olumsuz etkileyebilir (68-72).

Bireylerin temiz ve bakımlı görünmesi, hem sağlık ve esenlik için gereklidir hem de özgüvenlerini destekler ve sosyal rollerini yerine getirmelerine katkıda bulunur. Bu nedenle çoğu kültür ve toplumda, *bireysel hijyen ve giyinme* tarzı dikkat edilen aktiviteler arasındadır. Kişisel hijyen, deri ve eklerinin temizliği, ağız-diş bakımı gibi alışkanlık ve uygulamaları içermektedir. Giyinme tarzı ise, geleneksel ve kültürel alışkanlığın yanı sıra bireyin bedenini koruma ve mahremiyet gibi durumlara önem vermesi ve seksüel ifadeleri de yansıtmaktadır. Giyinme, aynı zamanda sözsüz iletişimin bir biçimidir. Hemşireler, sağlıklı ya da hasta bireylerin kişisel temizlik ve giyinme alışkanlıklarını değerlendirir ve bu alışkanlıkların sağlıklı ve yeterli olup olmadığını belirler. Yanlış veya yetersiz alışkanlıklar varsa, hemşireler bireylere ihtiyaçlarına uygun şekilde yardımcı olurlar, bu da hemşirenin eğitim ve bakım sorumluluklarının bir parçasıdır (77-80). HT'li bireylerde düzenli duş almak, kan

dolaşımını iyileştirir ve cilt sağlığını korur. Ilık su, kasların gevşemesine ve stresin azalmasına yardımcı olabilir. Ağız ve diş sağlığı uygulamaları, cilt bakımı, saç ve tırnak bakımı, el ve ayak hijyeni ile olası enfeksiyonlar ve tahriş önlenebilir (92-94).

İnsan vücudu, ısıyı üreten ve ısıyı kaybeden bir yapıya sahiptir. Özellikle olup *vücut ısısının kontrolü*, üretilen ısı enerjisi ile kaybedilen ısı enerjisinin dengelenmesine bağlıdır. Sağlıklı birey, vücut sıcaklığını normal aralıkta tutabilmek için giysi türü ve sayısını seçme, ortamı havalandırma, çevre ısını ayarlama, fiziksel aktiviteyi düzenleme gibi yöntemlerden yararlanmaktadır (72, 73). Hasta bireyde ideal vücut sıcaklığının elde edilmesi ve korunması genellikle hemşirelik girişimleri ile mümkün olabilmektedir. Bu kapsamda hemşire, bulunduğu ortamın ısıtılması, havalandırılması, bireyin uygun kıyafetler seçmesi ve giyinmesine yardımcı olmasının yanı sıra vücut sıcaklığını uygun aralıklarla ölçmek ve bireyin gereksinimlerini değerlendirmek durumundadır (75, 76). HT'li bireylerde aşırı sıcak veya soğuk ortam, KB'yi etkileyebilir. Sıcak havada kan damarları genişler ve KB düşer, soğuk havada ise daralır ve KB yükselebilir. HT'li bireyler, yüksek sıcaklığa maruz kaldıklarında ısı yorgunluğu veya ısı çarpması riski taşırlar. Bu durumlar, baş dönmesi, bulantı, baş ağrısı ve hatta bilinç kaybına yol açabilir. Sıcak havada terleme artar ve bu da vücuttan fazla sıvı kaybına yol açarak KB'nin düşmesine yol açabilir. Bazı ilaçlar, vücut sıcaklığını etkileyebilir. HT'li bireylerin, ilaç kullanımı sırasında vücut sıcaklığındaki değişiklikleri doktorlarına bildirmeleri önemlidir (78-84).

Hareket aktivitesi de kritik öneme sahip olup yaşam modelinin diğer bileşenlerinden biri olan bağımlılık/bağımsızlık durumu ile yakın ilişki içindedir. Bireyin sağlığını geliştirmesi ve tüm GYA ihtiyaçlarını kendi başına karşılayabilmesi, hareket yeteneğini doğru bir şekilde kullanmasıyla yakından bağlantılıdır (82-88). Düzenli fiziksel egzersiz yapmak, HT'yi kontrol altında tutmaya yardımcı olur. Yürüyüş, yüzme, yoga gibi düşük etkili egzersizler tercih edilebilir. Yüzme, yoga, pilates gibi düşük etkili sporlar, HT'li bireyler için uygun olabilir. Bu aktiviteler, KB'yi düşürmeye ve genel sağlık durumunu iyileştirmeye yardımcı olur (80-82).

Yaşamın sürdürülmesi kadar, yaşam kalitesini iyileştirmede de önemli rol oynayan bir diğer GYA *çalışma ve eğlence* yaşamıdır. Sağlıklı ve yetişkin bir birey, zamanını değerlendirmek veya eğlenmek ve yaşamında geçimini sağlamak amacıyla bir uğraş edinmektedir. Uğraş verilen alan bireyin geçimini sağlamasında yeterliyse

geriye kalan zaman için kendine zevk verebilecek faaliyetlerle uğraşabilir. Boş zaman aktiviteleri veya seçilen uğraşlar bireyin kişiliği, sosyokültürel özellikleri ve ruhsal sağlığına göre değişiklik gösterebilmektedir. İşsizlik veya emeklilik gibi sebeplerle bir uğraşın olmaması, bireyin yaşam kalitesini ve sağlığını olumsuz etkileyebilir. Sağlıklı/hasta bireyler için çalışma ve eğlence yaşamına yönelik verileri toplayan hemşire, birey için gerekli olan yardımcı girişimleri uygulamakta ve sorunların çözümüne katkı sunmaktadır (73-82). HT'li bireyler için çalışma ve eğlence aktivitelerinin dikkatli bir şekilde planlanması ve yönetilmesi, KB'nin kontrol altında tutulması ve genel sağlığın korunması açısından büyük önem taşır. Hem iş hayatı hem de sosyal aktiviteler, stres düzeyini ve dolayısıyla KB'yi arttırabilir (85). Boş zamanlarda hobi edinmek ve sevilen aktivitelerle meşgul olmak, zihinsel rahatlama sağlayarak stresi azaltabilir ve KB'yi kontrolünü kolaylaştırabilir. İş yerinde düzenli aralıklarla mola vermek, mola sırasında kısa yürüyüşler yapmak, derin nefes almak ve gevşeme tekniklerinden yararlanmak genel sağlık durumunu iyileştirebilir (82).

Cinsellik sadece insan neslinin sürdürülmesi ve seksüel yaşam ile ilgili olarak dar bir çerçevede düşünülmemelidir. Cinsellik, iki farklı cinsiyetten bireylerin davranışlarının, kişiliklerinin ve toplumsal rollerinin gelişiminde önemli bir rol oynar. Cinsellik ayrıca fiziksel görünüm, giyim tarzı, sözlü ve sözsüz iletişim, aile ve ilişkiler, sosyal roller, eğlence etkinlikleri ve iş hayatıyla da yakından bağlantılıdır (88, 89). HT'li bireylerde cinselliğin ifadesi hem fizyolojik hem de psikolojik faktörler tarafından etkilenebilir. HT, kan damarlarının sertleşmesine ve daralmasına yol açarak ve hormonal dengesizliklere bağlı olarak hem erkek hem de kadınlarda libidoda azalmaya yol açabilir. Kadınlarda, HT ilaçları vajinal kuruluğa neden olarak cinsel ilişki sırasında rahatsızlık oluşturabilir (84,87).

Uyku, bireyin çeşitli derecedeki uyaranlarla uyandırılabilirdiği, insanlar için vazgeçilmez, temel bir GYA'dır. Uyku esnasında vücutta biyolojik süreçler aktif şekilde sürmekte, hücreler büyüme ve yenilenme faaliyetlerine devam etmektedir. Yetersiz uyku durumunda; bireyde stres, huzursuzluk ve uyku bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle bireylerin uyudukları ortam özellikleri, yaşamlarını etkileyen değişimler, uyku alışkanlıklarındaki farklılıklar incelenmelidir. Bunlara ek olarak uyku, günlük yaşamda stres ve stres kaynakları ile baş etmede de önemli rol üstlenmektedir (75-77, 80). HT ve uyku arasındaki ilişki, oldukça karmaşık ve birbirini

etkileyen faktörlere dayanır. Sirkadiyen ritim, KB dahil olmak üzere birçok fizyolojik süreci düzenler. Düzensiz uyku alışkanlıkları, sirkadiyen ritmi bozarak HT'nin gelişimine zemin hazırlayabilir. HT'li bireylerde obstrüktif uyku apnesi görülme riski yüksektir, tedavi edilmediğinde kardiyovasküler riski artırabilir. HT'li bireylerde stres ve anksiyete de uyku bozukluklarına yol açarak uykunun kalitesini ve süresini olumsuz etkiler (78, 79).

Ölüm süreci, tüm GYA'ları etkileyen ve yaşamın sonlanmasını ifade eden bir dönemdir. Son yıllarda, ölüm sürecindeki bireylerin ve ailelerinin hastane veya huzurevi gibi kurumları tercih etme oranının artması, bu süreçte hemşirelerin üstlendiği sorumlulukları artırmıştır. Terminal dönemdeki birey, insan onuruna yakışır bir şekilde en kapsamlı, en iyi bakımı almalı ve huzurlu ölümü bekleyebilmelidir. Aynı zamanda, ölen bireyin aile üyeleri/yakınlarına psikolojik desteğin sağlanmasında da hemşireler önemli görevler üstlenmektedir (98-101). HT, tedavi edilmediğinde kardiyovasküler hastalıklar, inme, böbrek yetersizliği ve diğer organ hasarları gibi komplikasyonlar ve ani ölümlere yol açabilir (50).

3. Yaşam Aktivitelerini Etkileyen Faktörler

Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modelinin bir diğer boyutu da bireylerin yaşam aktivitelerini neden birbirinden ayrı olarak yapmak istediklerini açıklamasıdır. Modele göre bireylerin GYA aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirilmesini etkileyen faktörler beş grupta; (I) biyofizyolojik, (II) psikolojik, (III) sosyokültürel, (IV) çevresel ve (V) politikoekonomik toplanmaktadır (72-76).

(I) Biyofizyolojik faktörler: İnsan anatomisini ve fiziksel performansını ifade etmektedir. Bunun bir kısmı bireyin genetiğiyle belirlenmekte ve genellikle bireyin yüz ifadesinde, fiziki görünüşünde ve fiziksel performansında kalıtımın açıkça etkisi görülebilmektedir. Yaşam boyunca bireyin yaşam aktivitesini etkileyen bedenin fiziksel durumunun büyük bir önceliği bulunmaktadır. Fiziksel yapı, bireyin bağımlılık derecesini de etkilemektedir (70, 74). Genetik özellikler, sağlık durumu, yaş ve beden işlevleri gibi faktörler, hemşirelik tanılarının ve bakım sonuçlarının belirlenmesinde, bireyin tanılanmasında, hemşirelik müdahalelerinin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Biyofizyolojik faktörler yaşam süresi dikkate alındığında daha iyi görülebilmektedir. Örneğin; yaşlı bireyin bedeni ile ilgili biyofizyolojik faktörler yaşlının bağımsızlığını sınırlayabilmekte ve sorunlara

neden olabilmektedir (75-77). HT'li bireylerde aile öyküsü ve genetik mutasyonlar gibi faktörlerin yanı sıra ileri yaş, cinsiyet, obezite, insülin direnci, böbrek hastalıkları, strese bağlı katekolamin artışı, yüksek sodyum, düşük potasyum alımı, hiperlipidemi, sedanter yaşam gibi bireysel ve çevresel faktörler HT'nin gelişimini, seyrini ve yönetimini olumsuz etkileyebilir (78, 79).

(II) Psikolojik faktörler: Bireyin GYA'ları gerçekleştirebilmesini etkileyen bu faktörler, biyofizyolojik, çevresel, sosyokültürel ve politiko-ekonomik faktörler ve modelin diğer bileşenleri ile değerlendirilmektedir. Bunun yanı sıra, bireyin entelektüel yetenekleri, ruhsal durumu, kişilik özellikleri, tutumları ve davranışları da alt başlıklar halinde ele alınmaktadır (103-106). Bu faktörler, yaşam boyunca etkileşim içindedir. Entelektüel ve duygusal gelişim, kişinin bağımlılık/bağımsızlık derecesini belirlemekte ve böylece yaşamsal aktiviteleri etkilemektedir. Doğumsal veya edinsel bazı durumlarda bireyin zekâ durumu olumsuz etkilenmekte, bu bireylerin hemşirelik bakımı gereksinimleri, normal gelişim sürecindeki bir bireyden farklılık göstermektedir (100-104). Öte yandan huy, mizaç gibi bireysel özellikler, normal gelişim sürecindeki bireylerin de hemşirelik bakımı gereksinimlerini birbirinden farklılaştırabilmektedir. Psikolojik faktörler bireyin sadece duyguları değil, bilinç ve algılama yeteneği, ruh hali ve düşünceleri ile de ilişkilidir (117-119). HT'li bireylerde kişilik özellikleri, stres, anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları gibi durumlar HT'nin kontrolünü zorlaştırabilir (102, 103).

(III) Sosyokültürel faktörler: Sosyokültürel faktörler yaşamın din, spiritualite ve etik yönünü kapsayan ve bireyin yaşadığı toplum ve kültürün etkisi ile yakından ilgisi olan durumlardır. Bireyin içinde bulunduğu toplum ve kültürel çevre duygusal ve entelektüel kapasitesini ve gelişimini etkilemektedir. Bu faktörler yaşamı, bireye özgü olarak hayat boyunca etkilemektedir. Hemşireler bireye özgü bakım planını hazırlarken; bireylerin içinde bulundukları sosyal yapının özellikleri, eğitim düzeyi, statü ve roller, kültürel farklar, inanç ve değerler ve sosyal ilişkileri detaylı olarak ele almalıdır (88-90). HT'li bireylerde sosyokültürel faktörler, hastalığın gelişimi, yönetimi ve genel sağlık durumu üzerinde olumlu veya olumsuz etki gösterebilir. Kültürel beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyi, sosyal destek, ekonomik durum, eğitim seviyesi, iş koşulları ve çevresel faktörler HT riskini ve yönetimini etkileyebilir (101-106).

(IV) Çevresel faktörler: Hemşire, bireyin yaşadığı ortamda bulunan ses, güneş ışığı, elektrik dalgaları, inorganik ve organik partiküller, coğrafi faktörler, karayolları, binalar gibi yapay çevre koşulları, iklim özellikleri, bitki ve hayvan çeşitliliği, giysileri, ev/yaşadığı ortamın özellikleri gibi pek çok konuyu temel alarak kapsamlı bir bakım planı hazırlamalı ve sunmalıdır. Örneğin; konuşma ile oluşan ses dalgaları insanlarla iletişim kurmada, profesyonel vokalistler tarafından seslendirme sonucu oluşanlar çalışma, şarkı söyleme sonucu oluşanlar ise eğlenme için önemlidir. Ses dalgaları ayrıca yangın alarmı gibi acil durumlarda insanlara hızlı hareket etmeleri ve güvenli çevreyi sürdürmeleri için uyarıcı olmaktadır (112-115). Fiziksel çevre, yaşam alanları, fiziksel aktivite imkânları, sosyal ve ekonomik çevre, HT riskini ve yönetimini doğrudan etkiler (110-112).

(V) Politik-ekonomik faktörler: Genellikle politik veya ekonomik yaptırımlar ve mevzuat düzenlemeleri ile şekillenmektedir. Bireyin yaşamındaki yönetsel, yasal ve ekonomik yönleri ile ilişkisini ifade etmektedir. Hemşireler yaşam aktivitelerini ele alırken bu faktörü de göz önünde bulundurulmalıdır (110-113). Yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde; yaşam tarzı, stratejileri, siyasi ve ekonomik düzenlemeler, bireylerin ve sivil toplum kuruluşlarının etkisi, maddi yeterliliği, devlet ve yasaların etkisi, bireyin yaşadığı ülkenin ekonomik özellikleri gibi değişkenler politik-ekonomik faktörler bileşeni içinde ele alınmaktadır. Hemşireler bakım verdikleri bireylerin yaşam aktivitelerini hem politik hemde ekonomik faktörler açısından değerlendirmekte ve bu doğrultuda hemşirelik bakım planı sunmaktadır (114-117). HT’de politiko-ekonomik faktörler, HT yönetimi ve tedaviye erişimde önemli bir etkiye sahip olabilir. Sağlık politikaları, ekonomik durum, eğitim düzeyi, sosyal destek sistemlerinin varlığı, sağlık hizmetlerinin altyapısı ve kaynaklara sınırlı erişim gibi faktörler HT gelişimini ve yönetimini etkileyebilir (112, 113).

4. Bağımlılık/Bağımsızlık Durumu

Hemşirenin bakım verdiği bireye özgü bağımlılık/bağımsızlık kavramı oldukça önemli olup Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modelinin diğer öğeleri, özellikle yaşam aktiviteleri ile doğrudan ilişkilidir. Bireyin bağımlılık/bağımsızlık durumu, yaşam süresi dikkate alınarak saptanmaktadır (110-114). Modelde insan yaşamının evreleri dikkate alındığında; bireylerin yetişkinlik döneminde bağımsızlık açısından en üst düzeye ulaştığı, yaşlılık döneminde ise bunun giderek azaldığı gerçeği

ile hareket edilmektedir. Yetişkinler hastalık ya da kaza durumunda solunum için mekanik ventilatör cihazına, hareket için de yardımcı araç gereçlere bağımlı hale gelebilmektedir. Ayrıca, bireyler yardımcı araç gereçleri kullanarak yaşam aktivitelerinde daha bağımsız olabilmektedir (112-116). Hemşireliğin en önemli rol ve sorumluluklarından biri de bireyin yaşamına anlam katmak ve esenliğe ulaşmasını sağlamak, diğer bir ifadeyle sağlığı geliştirmek ve korumaktır. Öte yandan bazı kronik hastalık veya engellilik gibi bağımlılık gelişmesi ya da olasılığı durumlarında, bireyin her bir yaşam aktivitesini gerçekleştirebilmesinde olabilecek en üst düzeyde bağımsızlığını kazanmasına yardım edecek girişimlere hemşirelik bakım planında yer verilmelidir (98-115). Sonuç olarak hemşireler, bazı durumlarda bireylerin yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirmelerine yardım etmekte, bireyin tam bağımlı olduğu durumlarda ise yaşam aktiviteleri gereksinimlerini bireyin yerine gerçekleştirmektedir. Bireyin her bir yaşam aktivitesindeki bağımlılık/bağımsızlık durumunu tanılamak, hemşirelerin önemli rol ve sorumluluklarından biri olup elde edilen veriler bireyin yardım gereksiniminin “ne” ve “ne düzeyde” olduğuna karar vermektedir. Bu karar sonucunda bireyin bağımlılıktan bağımsızlığa geçişine yardım etmektedir (76-80, 115).

5. Yaşamda Bireysellik

Bireysellik, Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modelinin diğer öğelerinin yaşam aktivitelerine olan etkileri ve bunlar arasındaki karşılıklı etkileşime göre ortaya çıkmaktadır (96-98). Yaşam modelinde, “yaşamın” karmaşık olan yapısı sade ve basit bir şekilde kavramsallaştırılmaktadır. Bu modelde, her bireyin yaşamı benzersiz bir şekilde deneyimlediği gerçeği vurgulanmaktadır. Ayrıca, bireyselliğin çeşitli biyofizyolojik, psikolojik, çevresel, sosyokültürel ve politik-ekonomik faktörlerin etkisiyle oluştuğu belirtilmektedir (102-104).

2.9.3. Roper, Logan ve Tierney Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeline Dayandırılan Eğitim Programının Farkındalıkla Desteklenmesi

Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modelinin önemli bileşenlerinden olan psikososyal ve sosyokültürel boyut strese doğrudan etkilenmekte, stres nedeniyle ani KB değişimleri görülebilmekte ve HT'nin yönetimi daha da güç hale gelebilmektedir (85-88). Bu kapsamda, bu doktora tez çalışmasında

Roper, Logan Tierney GYA dayalı hemşirelik modelinin beş bileşeni ve yaşam aktiviteleri temelinde HT'li bireylere özgü grup danışmanlığı yolu ile sekiz hafta boyunca sürdürülen eğitimin programı içerisine; katılımcıların günlük yaşamdaki zorlayıcı olayları anlamlandırma, bunları kabullenme ve şimdiki ana odaklanmalarına destek olarak, stresle etkili şekilde baş edebilmeleri için farkındalık temelli yaklaşımın entegre edilmesi ve böylelikle bu sinerjistik etkiden yararlanım hedeflenmiştir (96,113-115).

Jon Kabat-Zinn tarafından geliştirilen farkındalık temelli yaklaşım, haftalık oturumlardan oluşan ve sekiz haftaya yayılan bir eğitim programıdır. Farkındalık temelli yaklaşım içerisinde beden farkındalığı (vücut taraması), yoga, meditasyon ve kısa farkındalık egzersizleri öğretilmektedir. Ek olarak, bireylere bu teknikleri evde uygulamaları tavsiye edilerek günlük yaşamlarına entegre etmeleri önerilmektedir. Farkındalık, bilinçli olarak bireyin şimdiki zamanda kendi deneyimine, yargılayıcı ve tepkisel olmayan bir şekilde farkındalığını ve odaklanma pratiğini vurgular. Dikkati şimdiki ana, meraka, açıklığa ve kabule odaklamayı gerektirir (68-72). Sekiz haftalık program genellikle vücut tarama meditasyonu, oturma meditasyonu, Hatha yoga ve yürüyüş meditasyonu gibi formal uygulamalar ve günlük olayların farkındalığı, kişilerarası iletişim, tekrarlayan düşünceler/duygular ve bunların bedensel duyumlarla bağlantısı gibi informal uygulamaları da içermektedir (36).

Farkındalık yaklaşımı; *kabullenme, merak ve açıklık* tutumu ile şimdiki andaki deneyimlerin bilinçli farkındalığına yönelik dikkatin öz düzenlenmesidir (36-39). Farkındalık eğitimi, meraklı ve yargılayıcı olmayan bir bakış açısıyla, içte ve dışta olup bitenlerin bilincinde olmak için bireylerin içsel yeteneklerini güçlendirmeyi amaçlar (7). Başlangıçta psikosomatik bozukluklar için uygulanan farkındalık müdahaleleri, ilerleyen yıllarda çeşitli hasta popülasyonlarında fiziksel ve zihinsel iyilik halini geliştirmede geniş etkinlik göstermiştir (37-46). Garland ve ark. (2013) farkındalık programına katılan kanserli bireylerde SKB'de ve kalp hızında azalma olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde, bir hafta boyunca günde 30 dakikalık meditasyon yapan hemşirelerde ve hemşirelik öğrencilerinde de SKB'nin düştüğü belirtilmiştir (154). Farkındalık temelli yaklaşımların düzenli olarak uygulanmasının, HT ve KVH ile bağlantılı olan stres ve duygudurum değişikliğinin azaltılması da dahil olmak üzere pek çok yolla KB'yi düşürdüğü bildirilmektedir (110-113). Güncel

metaanalizler de transandantal meditasyon ve yoganın hipertansif yetiřkinlerde SKB ve DKB'yi dūřürücü etkisini doęrulamıřtır (49-51).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tasarımı

Randomize kontrollü çalışma tasarımına sahiptir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Zekai Tahir Burak Ek Bina Kardiyoloji polikliniğine başvuran HT'li bireyler ile Mart 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında tek merkezli olarak yürütülmüştür.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Zekai Tahir Burak ek binasında dört ayrı kardiyoloji polikliniği bulunmaktadır. Üç poliklinikte uzman hekim, bir poliklinikte asistan hekim görev yapmaktadır. Her poliklinikte hasta kayıtlarını yapan bir sekreter bulunmaktadır. Bu polikliniklerde, bir günde ortalama 220 hastaya hizmet verilmektedir. Poliklinik muayeneleri 08:00-17:00 arasında hafta içi beş gün süreyle yapılmaktadır. Poliklinikte, doktor istemiyle, vital bulguların ölçümü, laboratuvar tetkikleri, ekokardiyografi, elektrokardiyogram, eforlu elektrokardiyografi, holter takılması, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme gibi tanısal yöntemler kullanılmaktadır. En az altı aydır HT tanısı olan bireylerin rutin kardiyolojik takip veya kontrolleri ulusal ve uluslararası kılavuzlar paralelinde ayda bir defa yapılmaktadır. Bu bireylerin aylık kontrollerinde KB ölçümleri, hemogram, açlık glikoz değeri, üre, kreatinin, ürik asit, glomerüler filtrasyon hızı, sodyum, potasyum, lipid panelini içeren kan ve tam idrar tetkikleri değerlendirilmektedir. Aksi bir durum olması halinde böbrek fonksiyon testlerini içeren kan tetkikleri daha kısa aralıklarla tekrarlanabilmektedir. Hastanın değerlerinde normalden sapmalar olması halinde rutin kontrol haftada bir ya da iki haftada bir olarak da uygulanabilmektedir. İlgili polikliniklerde hemşire görev yapmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, Mart 2023-Mayıs 2024 tarihleri arasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Zekai Tahir Burak Ek Bina Kardiyoloji polikliniğine başvuran HT'li bireyler oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uyan katılımcılar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında; araştırma tasarımına en yakın olan Cicolini ve ark. (2014) tarafından HT'li bireylerde hemşire liderliğinde verilen eğitimin etkilerini inceleyen randomize kontrollü müdahale araştırması temel alınmıştır (123). İlgili çalışmada

müdahale sonrası SKB değeri; müdahale grubunun $135,0 \pm 8,0$ ve kontrol grubunun $143,0 \pm 6,0$ olarak bulunmuştur (123). Bu değerler temel alınarak; iki grup arasındaki SKB ortalamaları üzerinden G*Power 3.1.9.4 paket programı ile %80 güç, %95 güven aralığı, 1,13 Cohen d ve 0,05 yanılma payı ile örneklem hesaplaması yapılmış ve minimum 44 birey (müdahale grubu 22, kontrol grubu 22) dahil edilmesi gerektiği belirlenmiştir (Tablo 3.1.). Araştırma örnekleminde oluşabilecek kayıplar %20 olarak öngörüldüğünde (124); örnekleme en az 54 bireyin dahil edilmesi gerektiği bulunmuştur.

Tablo 3.1. Sistolik kan basıncı değerine göre güç analizi.

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)	
Analysis: A priori: Compute required sample size	
Input: Tail(s)	= Two
Effect size d	= 1.1313708
α err prob	= 0.05
Power (1- β err prob)	= 0.95
Allocation ratio N2/N1	= 1
Output: Noncentrality parameter δ	= 3.7523324
Critical t	= 2.0180817
Df	= 42
Sample size group 1	= 22
Sample size group 2	= 22
Total sample size	= 44
Actual power	= 0.9559274

Araştırmada, örnekleme uygunluk kriterleri açısından toplam 147 HT'li birey değerlendirilmiştir. Bu bireylerden 41'i dahil edilme kriterlerini karşılamadığı (akıllı telefonu olmayanlar: 9, işitme sorunu olanlar: 4, psikiyatrik hastalığı olanlar:3, malign hastalığı olanlar: 7, HT'nin ileri evresinde olanlar: 9, okur yazar olmayanlar:9) ve kalan 33 birey ise araştırmaya katılmayı reddettiği için araştırmaya dahil edilmemiştir. Müdahale grubunda araştırmaya dahil edilen fakat müdahalenin başlangıcında hastane yatışı olan (n=2), kontrol grubunda ise 8. hafta ve 12. hafta değerlendirmelerine katılmayan (n=1) bireyler araştırmadan çıkarılmıştır. Çalışma müdahale grubu 35, kontrol grubu 35 olmak üzere toplam 70 birey ile tamamlanmıştır (Şekil 3.1.).

Araştırmanın sonuçlanmasından sonra, müdahale ve kontrol grubunun 12. haftadaki SKB değerlerinin ortalama ve standart sapmaları üzerinden, G*Power 3.1.9.4 programı kullanılarak post-hoc güç analizi yapılmıştır. %5 yanılma payı, %95

güven aralığı, Cohen $d=3.63$ etki büyüklüğü ve 70 katılımcı (35 müdahale, 35 kontrol) üzerinden yapılan hesaplama, çalışmanın gücünün %100 olduğunu göstermiştir (Tablo 3.2.).

Tablo 3.2. Sistolik kan basıncı değerine göre post-hoc güç analizi.

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)	
Analysis: Post hoc: Compute achieved power	
Input: Tail(s)	= Two
Effect size d	= 3.6380344
α err prob	= 0.05
Sample size group 1	= 35
Sample size group 2	= 35
Output: Noncentrality parameter δ	= 15.2189898
Critical t	= 1.9954689
Df	= 68
Power (1- β err prob)	= 1.0000000

Dahil edilme kriterleri

- Yaşı 18-65 arasında olan
- Okuma ve yazma bilen
- En az 6 aydır evre 1 primer HT tanısı ile takip edilen (21)
- En az bir antihipertansif ilaç kullanan
- Son bir ayda antihipertansif ilaç tedavisinde değişiklik yapılmamış olan
- Akıllı cep telefonu ve WhatsApp® uygulamasını kullanabilen
- İnternet erişimi olan ve çevrimiçi oturumlarına katılmayı kabul eden bireyler.

Dahil edilmeme kriterleri

- İşitme ve görme problemi olan
- Bilişsel yetersizliği olan
- Majör depresyon gibi psikiyatrik bir tanısı olan
- Son 6 ay içinde majör kalp ameliyatı öyküsü olan
- İleri evre KOAH, kalp yetersizliği, astım, kansere bağlı ciddi semptom yükü olan
- Araştırma sırasında başka bir zihin-beden temelli (yoga, meditasyon, gevşeme egzersizi vb.) yaklaşım kullanan bireyler örnekleme dahil edilmemiştir.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri

- Online eğitim oturumlarına peş peşe en az iki kez katılmayan
- Araştırma takvimine uyamayacağını bildiren
- Araştırma sırasında hastane yatışı olan
- Araştırma sürecinde antihipertansif ilaç tedavisinde değişiklik yapılan
- Araştırmaya devam etmek istemeyen bireyler araştırmadan çıkarılma kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.4. Araştırma Gruplarına Randomizasyon

Araştırma ekibinde yer alan hekim, poliklinik kontrolüne gelen ve araştırmaya dahil olabilecek HT'li bireyleri, doktora tez öğrencisine (araştırmacı) yönlendirmiştir. HT'li bireyler poliklinikte bulunan bekleme odasında araştırmaya dahil edilme kriterleri açısından araştırmacı tarafından değerlendirilerek, araştırmanın amacı, kapsamı, yapılacak eğitim programı, süresi ve kendilerinden beklenenler hakkında bilgilendirilmiştir. Araştırmacı, eğitim programının çevrimiçi 5-10 kişilik gruplar halinde yapılacağını ve araştırmaya katılımın gönüllülüğe dayalı olduğunu vurgulayarak, gönüllü olanlardan aydınlatılmış onamını almış ve düzenli olarak isimlerini listelemiştir. Bu görüşmeler sırasında araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerden aktif kullandıkları iletişim bilgileri alınmıştır. Araştırmacı eş zamanlı olarak katılımcı listelerini e-posta ile tez danışmanına iletmiştir.

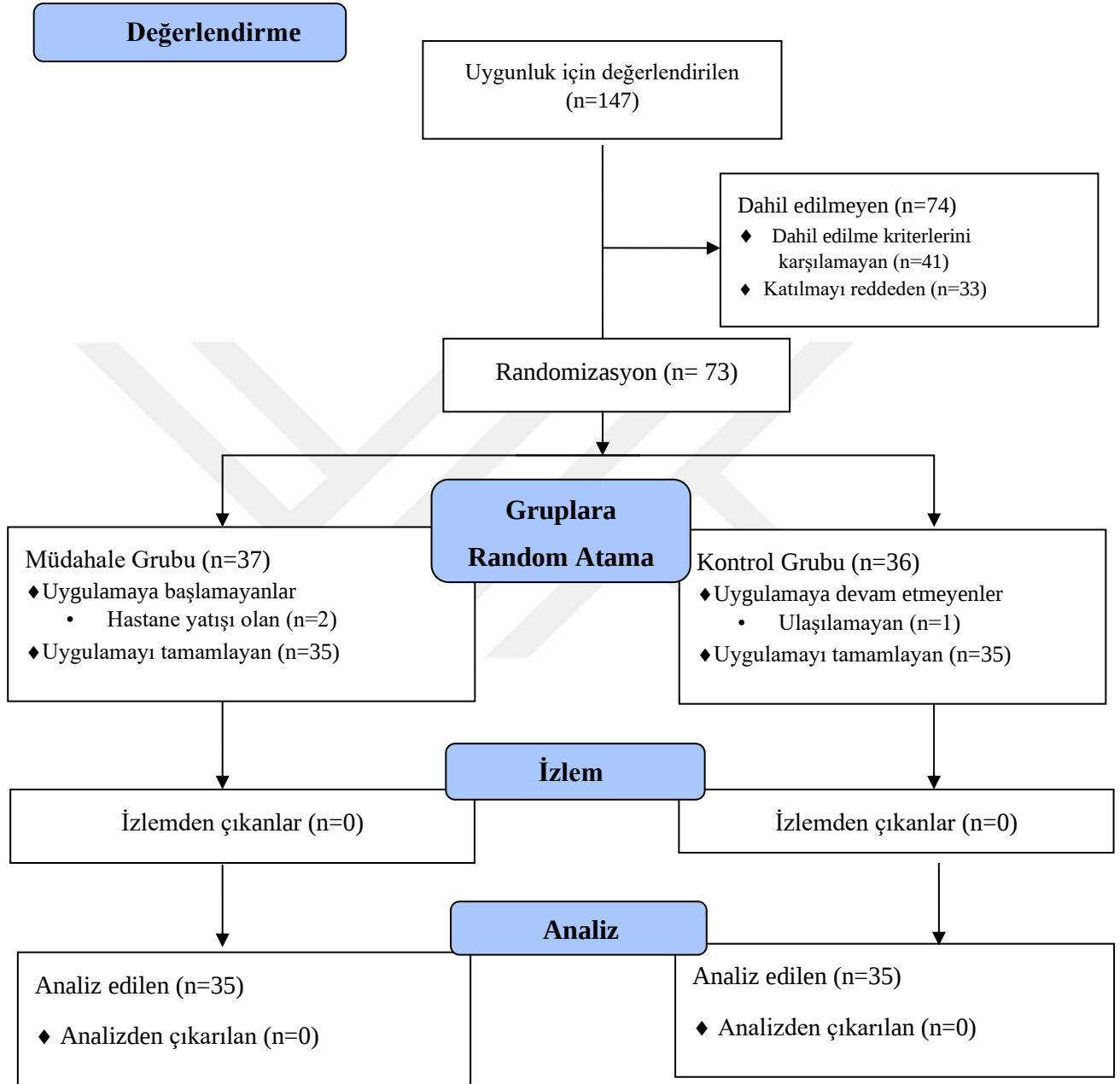
Randomizasyon, örnekleme alınan bireylerin müdahale ve kontrol gruplarına rastgele atanmalarını sağlayarak katılımcı sayısının gruplarda eşit ve dengeli olmasını sağlamaktadır (125). Araştırma gruplarında homojen dağılımı sağlamak üzere, araştırmacılar HT üzerinde etkileri olan bağımsız değişkenlere yönelik detaylı literatür taraması yapmıştır (79, 126, 127). Bu kapsamda, HT'li bireylerde, yaşın ilerlemesiyle KB'nin aşamalı olarak yükselmeye devam ettiği ve farklı yaş gruplarındaki bireylerin, HT gelişiminde ve yönetiminde farklı riskler taşıdığı belirlenmiştir (79). Ayrıca, genç yetişkinlerde stres ve yaşam tarzı faktörleri daha belirginken, orta yaşlı bireylerde biyolojik yaşlanma ve kronik hastalıkların etkisinin daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (126). Bu nedenle, yaş değişkeni, genç yetişkinler ve erken-orta yaşlı bireyleri kapsayacak şekilde 18-44 yaş; orta yaşlı bireyler için 45-65 yaş şeklinde iki kategoriye ayrılmıştır (79, 126). Benzer şekilde $BKİ > 25 \text{ kg/m}^2$ olan bireylerde primer HT'nin hızlı ilerlediği bildirilmiştir (127). Bu

nedenle, katılımcılar BKİ açısından da (18,5-24,9 kg/m² ve 25+ kg/m²) iki kategoriye ayrılarak, tabakalı randomizasyonla (<https://www.randomizer.org>) müdahale (n=37) ve kontrol (n=36) gruplarına atanmıştır (Tablo 3.3). Tabakalı randomizasyon, seçim yanlılığını engellemek için katılımcıların özelliklerini bilmeyen tez danışmanı tarafından yapılmıştır. Her atama sonrası ilgili sonuçlar tez danışmanı tarafından e-posta üzerinden araştırmacıya iletilmiştir. Bu sonuçlara göre araştırmacı, katılımcıları telefon ile arayarak dahil oldukları araştırma grubu (müdahale veya kontrol) hakkında bilgilendirme yapmıştır. Bu süreç, gerekli örneklem sayısına ulaşıncaya kadar devam etmiştir. Araştırmanın CONSORT diyagramı Şekil 3.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 3.3. Tabakalı randomizasyon listesi.

Tabakalama kiretleri		Müdahale Grubu (n)	Kontrol Grubu (n)
Yaş	BKİ		
18-44 yıl	18,5-24,9 kg/m ²	7	7
	25+ kg/m ²	2	4
	Toplam	9	11
45-65 yıl	18,5-24,9 kg/m ²	5	7
	25+ kg/m ²	23	18
	Toplam	28	25
Toplam		37	36

BKİ: Beden Kitle İndeksi



Şekil 3.1. CONSORT diyagramı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında, Katılımcı Bilgi Formu (Ek-5), Hipertansiyon Takip Formu (Ek-6), Metabolik Kontrol Değişkenleri İzlem Formu (Ek-7), Hipertansiyon Bilgi Değerlendirme Formu (Ek-8), Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği (Ek-9), Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (Ek-10), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-11) ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Ek-12) araştırmacı tarafından kardiyoloji polikliniğinde yüz-yüze uygulanmıştır.

3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu (Ek-5)

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür taramasıyla geliştirilen bu form (1, 38, 57, 95, 96), HT'li bireylerin sosyodemografik özellikleri ile HT tanı ve tedavisiyle ilgili günlük yaşam aktivitelerine ilişkin verileri elde etmek amacıyla, Roper, Logan ve Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli bileşenlerini dikkate alarak geliştirilmiştir ve toplam 20 sorudan oluşmaktadır. Formda, HT'li bireylerin GYA'larını etkileme potansiyeli olan yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, sigara ve alkol kullanım durumu, HT süresi, rutinde kullandığı ilaçlar, reçete dışı ilaç kullanımı, komorbidite, KB değişimini fark etme durumu ve HT'ye yönelik önceden eğitim alma durumu gibi sorular bulunmaktadır (86-92).

3.5.2. Hipertansiyon Takip Formu (Ek-6)

Araştırmacılar tarafından güncel rehberlere dayalı olarak hazırlanan (1, 21, 84) ve katılımcıların evde yaptıkları KB ölçümlerini kaydetmeleri amacıyla oluşturulan bir formdur. KB, poliklinikte ilk görüşme sırasında katılımcılar beş dakika dinlendirildikten sonra, araştırmacı tarafından Omron M3 Comfort HEM-7134 modeli tansiyon aleti ile birey oturur pozisyondayken ölçülmüş ve ilgili forma kaydedilmiştir. Ardından tüm katılımcılara ESC/ESH kılavuzu (21) önerilerine göre evde tansiyon ölçümünün nasıl yapılacağı uygulamalı olarak gösterilmiştir. Bu takip formundan her katılımcıya bir adet verilerek, sekiz hafta boyunca, gösterildiği şekilde haftanın aynı gün ve saatinde KB ölçümlerini yaparak bu forma işlemeleri talep edilmiştir. Bireyler ölçümden sonra, bu formun fotoğrafını araştırmacıya her hafta WhatsApp® uygulaması üzerinden göndermiştir. Araştırmanın 8. ve 12. haftalarındaki poliklinik kontrollerinde katılımcılar 5 dakika dinlendirildikten sonra

araştırmacı tarafından aynı tansiyon aleti kullanılarak, bireyler oturur pozisyondayken KB tekrar ölçülmüş ve bu forma kaydedilmiştir.

3.5.3. Metabolik Kontrol Değişkenleri İzlem Formu (Ek-7)

Literatür taraması (54-57, 61, 63) sonrası geliştirilen bu form, HT'li bireylerin açlık kan şekeri, HbA1c, üre, kreatinin, ürik asit, glomerüler filtrasyon hızı, serum sodyum ve potasyum değerleri, lipid paneli, hemogram, boy, kilo, BKİ değerlerine yönelik toplam 15 soru içermektedir. Metabolik kontrol değişkenlerine ilişkin veriler, ilk değerlendirme kapsamında (0. hafta-T0) hastane kayıtlarından elde edilmiş, müdahale ve kontrol gruplarında bulunan her katılımcı araştırmanın sekizinci haftasını tamamladığında (8. hafta-T1) araştırma ekibinde yer alan hekim tarafından ilgili değişkenler için rutin kan tetkikleri istenmiş ve sonuçlar aynı forma araştırmacı tarafından hastane kayıtları kontrol edilerek kaydedilmiştir.

3.5.4. Hipertansiyon Bilgi Değerlendirme Formu (Ek-8)

Araştırmaya dâhil edilen bireylerin HT bilgisini belirlemek için araştırmacılar tarafından uzman görüşleri ile şekillendirilen ve eğitim modüllerinin tamamını kapsayıcı nitelikteki bu form geliştirilmiştir. Formda, çoktan seçmeli toplam 20 soru bulunmaktadır. Bu form için DISCERN Kılavuzuna (Ek-14) göre 7 uzmanın görüşü alınmış ve uzmanların önerilerine göre form üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır (128). Müdahale ve kontrol grubundaki bireyler için ilk modül uygulaması başlatılmadan önce ve son modül uygulaması tamamlandıktan sonra, bu form yüz-yüze uygulanmıştır. Bu formla bireylerin müdahale öncesi ve müdahale sonrasındaki HT bilgi durumları değerlendirilmiş ve veriler, “doğru” ve “yanlış” olarak sınıflandırılmış ve sayı-yüzde şeklinde hesaplanmıştır.

3.5.5. Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği (Ek-9)

Ölçek, Han ve ark. (2014) tarafından Orem'in öz bakım modeli ve motivasyonel görüşme teknikleri kullanılarak geliştirilmiştir (129). Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kes ve Gökdoğan (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir (130). Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeğinin davranış, motivasyon ve öz yeterlik şeklinde üç alt boyutu bulunmaktadır (130). Her bir öz bakım uygulamasına ilişkin (nadiren/hiçbir zaman = 1, her zaman = 4), davranış değişikliği için motivasyonu (önemli değil = 1, çok önemli = 4) ve güveni (kendinden emin değil = 1, çok emin =

4) değerlendiren dörtlü Likert tipte 20 madde içermektedir. Bu ölçekte, her alt boyut ayrı olarak değerlendirilmekte ve ölçekten toplamda en az 20, en fazla 80 puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar, öz bakımın daha iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt boyutları için Cronbach alfa katsayıları 0,83 ile 0,93 arasında değişiklik göstermektedir. Bu ölçek, okuryazarlık düzeyi düşük olan bireylerin öz bakımlarını da değerlendirebilmektedir.

3.5.6. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (Ek-10)

HT'li bireylerin tedaviye uyumunu değerlendirmek amacıyla Kim, Hill ve Levine (2000) tarafından geliştirilen ölçeğin (131), Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Karademir ve ark. (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir (132). Ölçek, üç alt boyut (görüşme, medikal ve beslenme) ve toplam 14 sorudan oluşmaktadır. Dörtlü Likert tipi ölçek ile puanlanmaktadır ve yanıt seçenekleri şu şekildedir: (1) “Hiçbir zaman”, (2) “Bazen”, (3) “Çoğu zaman” ve (4) “Her zaman”. Ölçeğin 6. sorusu dışında kalan tüm maddeler olumsuz olarak ifade edilmiştir ve bu soru ters kodlanmaktadır. Toplam puan hesaplanırken, tüm soruların yanı sıra medikal alt boyutu için 1, 2, 9, 10, 11, 12, 13 ve 14. sorular; beslenme alt boyutu için 3, 4 ve 5. sorular; görüşme alt boyutu için ise 6, 7 ve 8. soruların puanları toplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 14 ile 56 arasında değişmekte; 14 puan tam uyumu ifade ederken, daha yüksek puanlar tedavi uyumsuzluğunu göstermektedir. Sorular olumsuz nitelikte olduğundan, puan arttıkça tedaviye uyumun azaldığı anlaşılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ilaç uyumu için 0,83; tuz alımı için 0,62 ve toplam puan için 0,72 olarak bildirilmiştir.

3.5.7. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-11)

Walker ve ark. (1987) tarafından geliştirilen ve 1996'da yenilenen bu ölçek, bireylerin sağlıklı yaşam biçimlerine yönelik davranışlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır (133). Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Bahar ve ark. (2008) tarafından yapılmıştır (134). Ölçek; (I) Manevi gelişim, (II) Sağlık sorumluluğu, (III) Fiziksel aktivite, (IV) Beslenme, (V) Kişilerarası ilişkiler, (VI) Stres yönetimi olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlardan alınabilecek toplam puan, bireyin genel sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını göstermektedir. Ölçekte toplamda 52 madde bulunmakta olup maddelerin hepsi

olumlu ifadelerden oluşmaktadır. Değerlendirme dört dereceli Likert tip ile yapılmaktadır: "Hiçbir zaman (1)", "Bazen (2)", "Sık sık (3)", "Düzenli olarak (4)". Ölçekten alınabilecek minimum puan 52, maksimum puan 208'dir. Ölçeğin geliştirildiği çalışmadaki Cronbach alfa değeri ölçeğin toplamı için 0,94 ve alt boyutları için 0,79-0,87 aralığında değişmektedir.

3.5.8. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Ek-12)

Brown ve Ryan (2003) (135) tarafından geliştirilen bu ölçeğin, Türkçe'ye uyarlaması Özyeşil ve ark. (2011) (136) tarafından yapılmıştır. Ölçek, bireylerin bilinçlilik durumlarındaki kişisel farklılıkları değerlendirir ve günlük yaşamda anlık deneyimlerin farkında olma ve bu deneyimle dikkat etme eğilimlerini ölçer. Altılı Likert tipi olan bu ölçek, "hemen hemen her zaman=6" ve "hemen hemen hiçbir zaman=1" şeklinde puanlanmakta olup toplamda 15 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçekten alınabilecek toplam puan ise 15 ile 90 arasında değişmektedir. Yüksek puan, bilinçli farkındalığın yüksek düzeyde olduğu bilgisini vermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bildirilmiştir.

Araştırmada kullanılan tüm ölçüm araçlarına yönelik geçerlik ve güvenirlik bulguları Tablo 3.4.'te sunulmuştur.

Tablo 3.4. Ölçekler ve alt boyutlarının güvenirlik analizleri (n=70).

Ölçek/Alt boyut	Cronbach Alfa
Hipertansiyon Öz Bakım Ölçeği	
Davranış Alt Boyutu	0,942
Motivasyon Alt Boyutu	0,904
Öz Etkililik Alt Boyutu	0,910
Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği	0,970
Medikal Alt Boyutu	0,958
Beslenme Alt Boyutu	0,863
Görüşme Alt Boyutu	0,856
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği	0,977
Bilinçli Farkındalık Ölçeği	0,920

3.5.9. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi Formu (Ek-13)

Bu form, sağlıklı/hasta bireylere yönelik yazılı eğitim materyallerinin okunabilirlik durumunu değerlendirmek amacıyla Doak ve ark. (1996) tarafından geliştirilmiştir (137). Türkiye’de Gökdoğan (2003) (165), Demir ve ark. (2008) (166) tarafından yapılan araştırmalarda kullanılmıştır. Form, toplam 27 sorudan ve altı ana bölümden oluşmaktadır: (I) içerik (4 madde), (II) okuryazarlık düzeyi (5 madde), (III) resim, grafik, tablo, liste (5 madde), (IV) plan ve format (8 madde), (V) öğrenme ve motivasyon (3 madde), (VI) kültürel açıdan uygunluk (2 madde). Her bir maddeye "evet" yanıtı için 1 puan, "hayır" yanıtı için 0 puan verilmekte ve değerlendirme toplam 1-27 puan arasında yapılmaktadır. Yüksek puanlar, materyalin okunabilirlik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.5.10. Eğitim Kitapçıklarının Uygunluk, Güvenirlik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN (Ek-14)

Charnock ve ark. (1997) tarafından geliştirilen bir ölçektir (167). Ölçeğin geçerlik ve güvenirlilik çalışması (2003) Gökdoğan tarafından gerçekleştirilmiştir (165). Bu ölçek, eğitim materyallerinin güvenirliliğini ve bilgi kalitesini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur ve toplam 16 soru içermektedir. İlk 8 soru bilginin güvenirliliğini ölçerken, 9’dan 15’e kadar olan sorular tedavi ve bakım seçenekleriyle ilgili verilen bilgilerin kalitesini değerlendirmektedir. 16. soru ise materyalin genel değerlendirmesini yapmaktadır. Her bir soru 1 ile 5 arasında puanlanmaktadır. İlk 15 sorunun puan aralığı 15 ile 75 arasında değişirken, 16. soru ayrı olarak değerlendirilir. Toplam ortalama puanlara göre; 16-26 puan arası “çok zayıf”, 27-38 puan arası “zayıf”, 39-50 puan arası “orta”, 51-62 puan arası “iyi” ve 63 ve üzeri puanlar “mükemmel” olarak sınıflandırılmaktadır. Değerlendirmede toplam puanın düşük olması kalitenin düşük olduğunu, yüksek olması ise kalitenin yüksek olduğunu göstermektedir (165, 167).

3.6. Hipertansiyon Öz Yönetim Programının Tasarımı ve Uygulanması

Hipertansiyon Öz Yönetim Programı, Roper, Logan ve Tierney GYA hemşirelik modeline dayalı, bilinçli farkındalıkla desteklenen, HT’li bireylerin kendi sağlık durumlarını anlamalarını, sağlıkla ilgili kararlar almalarını ve tedavi süreçlerini yönetmeleri için gerekli bilgi, beceri ve farkındalığın kazandırılmasına yönelik

literatür incelemesi ile güncel kanıtlardan yararlanılarak hazırlanan çok bileşenli, çevrimiçi bir eğitim programıdır. Eğitim programı, her haftası farklı renkle simgelenen sekiz farklı modülden oluşmaktadır. Her modül sonunda katılımcılara araştırmacı tarafından grup eşliğinde bilinçli farkındalık uygulaması yaptırılmıştır. Ayrıca her modül sonunda katılımcıların öğrenmelerini pekiştirmek ve sağlıklı yaşam tarzı davranışları geliştirebilmelerini sağlamak için (gün içinde tüketilen tuzlu yiyecekleri liste yapma, evde KB ölçme, kalori cetveli kullanma, günlük tartılma, fiziksel aktivite türleri, vb.) çeşitli uygulamalar hazırlanmıştır. Araştırmada katılımcıların hastane ziyaretleri için zorunlu tutulmaması, ev ortamında konforlarının korunması, ev koşullarında uzaktan eğitim ile öğrenmenin desteklenmesi, kronik hastalık yönetiminde tele-hemşirelik yaklaşımının yaygınlaştırılması, interaktif eğitim ve farkındalık uygulamalarının sürdürülebilirliğinin desteklenebilmesi için çevrimiçi eğitim yöntemi tercih edilmiştir.

Bu eğitim programı, “Aşama I-Hazırlık” ve “Aşama II- Uygulama” olarak iki basamaklı olarak yürütülmüştür.

Aşama I: Hipertansiyon Öz Yönetim Programı Hazırlık Aşaması

Programın hazırlık aşamasında, müdahalede kullanılacak ve Roper, Logan ve Tierney GYA dayalı hemşirelik modeline temellendirilen ve farkındalık ile desteklenen eğitim programının sunumunda kullanılan eğitim modüllerinin kapsamının belirlenmesi için güncel rehberler eşliğinde detaylı literatür taraması (165-169), Roper, Logan ve Tierney GYA modelinin eğitim programına entegrasyonu, modüllerin hazırlanması, modüllerin içeriğine uygun HT bilgi değerlendirme formunun oluşturulması, eğitim programı rehberlerinin geliştirilmesi, uzman görüşlerinin alınması, gerekli değişikliklerin tamamlanması ve ön uygulama süreçleri tamamlanmıştır.

Eğitim Rehberlerinin Geliştirilmesi

Müdahale grubundaki katılımcılara, HT’de öz bakımın geliştirilmesi için “Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi” ve “Hipertansiyonla Yaşıyorum ve Farkındayım Uygulama Rehberi” eşliğinde 8 hafta boyunca çevrimiçi eğitim sunulmuştur. Aşağıda eğitim programında kullanılan rehberlere yönelik detaylı açıklamalar bulunmaktadır:

Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi (Ek-15)

Araştırmacılar, HT'li bireylerin ihtiyaçlarını dikkate alarak, güncel araştırmalar ve kanıta dayalı tedavi rehberlerini incelemiş ve Roper, Logan ve Tierney GYA dayalı hemşirelik modeli (Tablo 3.4) çerçevesinde “Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi”ni (Ek-15) hazırlamışlardır (4, 67, 68, 75, 80, 106, 107). Bu eğitim rehberinde HT'nin bireylerin sağlığı üzerindeki etkileri, olası riskler ve bu risklerin azaltılması için geliştirilmesi gereken öz bakım ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ele alınmıştır.

Roper, Logan ve Tierney GYA hemşirelik modeli doğrultusunda geliştirilen bu eğitim programı rehberinde 8 farklı modül bulunmaktadır. Bunlar sırasıyla; (I) Kırmızı modül: Hipertansiyonu Tanıyalım (kalp ve damar yapısı, HT tanımı, nedenleri, tanısı, sağlık etkileri), (II) Mavi Modül: Hipertansiyonda Öz Bakım (özbakımın tanımı ve önemi, HT'de özbakım davranışları), (III) Sarı Modül: Hipertansiyonda Tedaviye Uyum (tedaviye uyumun tanımı ve önemi, tedavi uyumunu etkileyen faktörler, uyumun artırılması için stratejiler), (IV) Turuncu modül: Hipertansiyonda Beslenme (sağlıklı beslenme, tuz kısıtlaması, kilo kontrolü), (V) Mor modül: Hipertansiyonda Fiziksel Aktivite (aktif yaşam ve egzersiz, HT'de önerilen fiziksel aktiviteler), (VI) Gri modül: Hipertansiyon ve Diğer Günlük Yaşam Aktiviteleri (solunum, boşaltım, vücut ısısının kontrolü, bireysel hijyen ve iletişim) (VII) Yeşil modül: Hipertansiyonda Güvenli Çevrenin Sağlanması (çalışma ve eğlence, cinsel yaşam, uyku, HT komplikasyonları, hipotansiyon, düşmeler, ölüm ve yas süreçleri) ve (VIII) Pembe modül: Hipertansiyon ve Stres (stresin tanımı, stresin KB üzerindeki olumsuz etkileri, stres yönetimi teknikleri) şeklindedir. Her bir modül görsellerle ve tablolarla desteklenmiş olup ilgili eğitim rehberi toplam 163 sayfadan oluşmuştur.

Hipertansiyonla Yaşıyorum ve Farkındayım Uygulama Rehberi (Ek-16)

HT ile yaşayan bireylerin hastalığı daha iyi yönetmelerine yardımcı olmak için araştırmacılar tarafından güncel literatüre (43, 46, 138) göre tasarlanan, özellikle nefes ve oturma farkındalığı tekniklerine odaklanan bir rehber daha hazırlanmış ve eğitim programının içerisine entegre edilmiştir. Araştırmada bireylerin nefes farkındalığı sayesinde nefeslerini izleyerek stres seviyelerini azaltmaları ve KB'yi kontrol altına almaları; oturma farkındalığı ile de beden duruşları ve hislerini gözlemleyerek beden

farkındalığını arttırmaları ve genel rahatlama sağlamaları hedeflenmiştir.

Uzman Görüşlerinin Alınması

Roper, Logan ve Tierney GYA hemşirelik modeline dayalı modüler eğitim rehberinin uygunluğunu değerlendirmek için 7 uzmandan geri bildirim alınmıştır. Bu uzmanlar, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında görev yapan öğretim üyeleri (n=5), kardiyoloji hekimi (n=1) ve kardiyoloji hemşiresinden (n=1) oluşmuştur (Ek-17).

Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Uzmanlar Tarafından Değerlendirilmesi

Uzman görüşlerinin değerlendirilmesinde Yazılı Eğitim Materyali Değerlendirme Formu ve DISCERN Ölçüm aracı kullanılmıştır (Tablo 3.5.).

Tablo 3.5. Yazılı eğitim materyallerinin uygunluğuna ilişkin elde edilen uzman görüşleri (n=7).

n	Minimum	Maksimum	X±SS
7	21	28	24,8±3,03

X±SS: Ortalama±Standart sapma

Tablo 3.5.'te yazılı öğretim materyallerinin uygunluğuna ilişkin 7 uzmanın değerlendirme puanlarının sonuçları yer almaktadır. Hazırlanan eğitim materyali için alınan uzman görüşü sonucunda toplam puan ortalamasının 24,8±3,03 olduğu bulunmuştur. Bu verilere göre “Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi” ve “Hipertansiyonla Yaşıyorum ve Farkındayım Uygulama Rehberi”nin içerik, okuryazarlık ve kültürel gibi alt parametrelerde uygun olduğu belirlenmiştir.

Eğitim Rehberlerinin Güvenilirlik, Bilgi Kalitesi ve Genel Kalitesinin Uzmanlar Tarafından Değerlendirilmesi

“DISCERN” kullanılarak değerlendirilmiştir. Değerlendirmeler sonrası bazı modül içeriğindeki anlam karışıklığı olan ifadeler, yazım hataları, uzun konu içerikleri, eğitim oturumlarının süresi, bilinçli farkındalık yaklaşımında kullanılacak adımlar ve süresi, teorik eğitimin davranış değişikliğine yönelik beceri uygulamalarını içeren konularda gerekli düzeltmeler yapılmıştır (Tablo 3.6.).

Tablo 3.6. Eğitim kitapçığının güvenilirlik, bilgi kalitesi ve genel kalitesine ilişkin DISCERN ölçeği ile elde edilen veriler (n=7).

Alt Boyut	X±SS
Güvenirlik (8-40 puan)	35,0±3,67
Bilgi Kalitesi (7-35 puan)	33,4±1,51
Genel Kalite (1-5 puan)	4,6±0,54
DISCERN Toplam Puan (16-80 puan)	73±4,79

X±SS: Ortalama±Standart sapma

Tablo 3.6’da DISCERN’e göre bu araştırmada kullanılan eğitim rehberlerinin içeriğinin güvenilirlik ve bilgi kalitesi yönünden uzmanların değerlendirme sonuçları verilmiştir. Bu sonuçlar incelendiğinde; kitapçığın güvenilirliğinin puan ortalaması 35,0±3,67; bilgi kalitesi puan ortalaması 33,4±1,51 ve genel kalite puan ortalaması 4,6±0,54 olarak hesaplanmıştır. DISCERN aracının toplam puan ortalaması 73 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, uzmanların eğitim rehberleri hakkındaki görüşlerinin istatistiksel uyumunu değerlendirmek için "Kendall'ın uyum katsayısı (Wa) kullanılmıştır. Analiz sonucunda, araştırmacı tarafından hazırlanan rehberler için 7 uzman arasında yüksek görüş birliği olduğu ve bu görüşlerin birbirleriyle uyumlu olduğu saptanmıştır (Kendall's Wa=0.245, p<0.05 (p: 0.041), χ^2 :25.682). Bu sonuçlar, eğitim rehberlerinin güvenilir olduğunu ve içerdiği bilginin yanı sıra genel kalitesinin de yüksek olduğunu desteklemiştir.

Hipertansiyon Öz Yönetim Programının Ön Uygulaması

Veri toplama araçlarının anlaşılabilirliğinin belirlenmesi ve uzman görüşleri ile son hali verilen eğitim programının uygulama sürecinin değerlendirilmesi amacıyla 20-28 Mart 2023 tarihleri arasında, kardiyoloji polikliniğinde rutin poliklinik kontrolleri sırasında, “Kırmızı Modül” üzerinden 3 katılımcı ile ön uygulama gerçekleştirilmiştir. Ön uygulama sonrası ölçüm araçlarında herhangi bir değişiklik yapılmamış olup, eğitim rehberleri ve uygulama süreci ile ilgili sorunlar (bazı modül içeriklerinin tam olarak ne ifade ettiğinin anlaşılmaması, yazım hataları, eğitim oturumlarının süresi ve katılımcıların seanslar öncesi bilgilendirilme belirsizliği, vb.) giderilmiştir. Buna göre; eğitim oturumlarının 20 dakika, farkındalık uygulamasının 25 dakika olmasına ve katılımcıların seanslar öncesi bilgilendirilmesi için WhatsApp® grubunun oluşturulmasına karar verilerek son değişiklikler

tamamlanmıştır. Ön uygulamaya katılan bireyler araştırma örneklemine dahil edilmemiştir.

Aşama II: Hipertansiyon Öz Yönetim Programının Uygulama Aşaması

Araştırmanın uygulaması, 3 Nisan 2023-31 Mayıs 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Müdahale Grubu

Araştırmaya yönelik katılımcıların bilgilendirme sürecini takiben, HT’li bireylere araştırmacı tarafından ilk değerlendirme verileri için Bilgilendirilmiş Onam Formu, Katılımcı Bilgi Formu, Hipertansiyon Takip Formu, Metabolik Kontrol Değişkenleri İzlem Formu, Hipertansiyon Bilgi Değerlendirme Formu, Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği, Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II ve Bilinçli Farkındalık Ölçeği yüz-yüze uygulanmıştır. Görüşme ortalama 25-30 dakika sürmüştür. Ardından, araştırmacı tarafından haftanın dört günü (pazartesi, çarşamba, cuma, cumartesi/pazar) çevrimiçi grup oturumları için katılımcılar ile uygulama takvimi oluşturulmuştur. Katılımcıların ilgili günlere gruplandırması (10’ar kişi) yapıldıktan sonra katılımcıların uygun oldukları saat aralıkları dikkate alınarak peş peşe iki Zoom oturumu yapılmıştır. İlgili Zoom oturumu linki bu gruplar için WhatsApp® üzerinden sabah 10:00’da araştırmacı tarafından paylaşılarak, eğitim saati bildirilmiştir. Müdahale materyalleri olarak “Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi” ve “Hipertansiyonla Yaşıyorum ve Farkındayım Uygulama Rehberi” kullanılmıştır. İlk Zoom oturumunda “Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Rehberi (Ek-15)’de yer alan “Kırmızı Modül” araştırmacı tarafından (20 dakika) interaktif yöntemlerle power point üzerinden anlatılmıştır. Modül anlatımı tamamlandıktan sonra 10 dakika ara verilmiş ve aynı link üzerinden ikinci oturuma geçilmiştir. Bu oturumda, Hipertansiyonla Yaşıyorum ve Farkındayım Uygulama Rehberi (Ek-16)’ne göre bilinçli farkındalık uygulaması (25 dakika), katılımcılar koltuk/sandalyede oturur pozisyonda iken, araştırmacıyı rahatlıkla duyabilecekleri şekilde grup oturumu şeklinde tamamlanmıştır. Böylelikle, haftada bir seans; eğitim modülü için 20 dakika ve farkındalık uygulaması için 25 dakika olacak şekilde, her hafta toplam 45 dakika, toplam 8 hafta boyunca araştırmanın uygulaması sürdürülmüştür.

Bilinçli farkındalık uygulamasına yönelik grup oturumları sırasında araştırmacının rehberliğinde aşağıdaki uygulama basamakları takip edilmiştir.

Farkındalık uygulama adımları:

1. Uygulama için sessiz, sakın ve loş bir oda seçin. Farkındalık uygulamasını rahat bir sandalyede oturarak yapın. Üzerinizde sizi aşırı sıkan tayt, ayakkabı gibi giysilerin olmamasına dikkat edin, rahat bir kıyafet giyin.
2. Sandalyede pozisyon alırken, sırtınızı sandalyeye dayanmadan düz bir pozisyona getirin, koltuk altınız açık olacak şekilde, her iki elinizin avuç içi yukarıya bakacak şekilde ellerinizi bacaklarınızın üzerine yerleştirin. Bu sırada ayak tabanlarınızın yere tam basmasına dikkat edin ve tüm uygulama sırasında gözlerinizi kapalı tutun.
3. Dikkatinizi karnınızda seçeceğiniz bir noktaya yoğunlaştırın. Burnunuzdan havanın içinize girdiğini ve dışarıya çıktığını fark edin, nefesinizi kendi uyumuna bırakın, karnınızın şişip indiğini fark edin. Bu süreçteki memnuniyete odaklanın.
4. Farkındalık uygulaması boyunca nefes alırken karın nefesi tekniğini uygulayın. Bu teknikte burnunuzdan nefes alın, 1 saniye bekleyin, nefesini verin, verdikten sonra tekrar 1 saniye bekleyin ve tekrar nefes alın.
5. Çevrenizdeki sesleri, kokuları ve hisleri fark etmeniz bir-iki dakika alacaktır.
6. Kendinize 10-15 dakika boyunca zaman verin ve bu sürede nefesinize odaklanmaya devam edin.
7. Dikkatinizin nefes alışverişinizden farklı bir yöne kaydığını fark ederseniz, bu durumu fark eder fark etmez, ne düşünüyor olduğunuzun farkına varın ve kendi kendinize “Düşünüyorum, düşünüyorum” diye tekrarlayıp; bu düşünceyi bırakın ve tekrar nefes alıp vermeye dönün.
8. Farkındalık uygulaması tamamlandığında sonlandırmak için kendinize zaman tanıyın ve yavaşça gözlerinizi açın.

HT öz yönetim eğitim programı haftada bir seans, toplam 8 modül şeklinde, 8 hafta boyunca, her hafta farklı modül içeriği ile sürdürülmüştür. Sekiz haftalık bu eğitim ve farkındalık oturumları tamamlandıktan sonra araştırmacının uygulaması sonlandırılmış (8.hafta), müdahale grubuna ek bir müdahalede bulunulmamış ve 8.hafta (müdahale sonu-T1) ve 12. hafta (izlem-T2) değerlendirmeleri poliklinikte katılımcıların rutin kontrolleri sırasında araştırmacı tarafından yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Aşağıda HT öz yönetim programının haftalık uygulama basamakları ve modül içerikleri sunulmuştur (Tablo 3.7.).

1. Hafta (Kırmızı Modül): Bu haftada katılımcılara, Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi'nin ilk modülü, “Hipertansiyonu Tanıyalım” uygulanmıştır. Bu

modülde tansiyon ve HT'nin tanımı ve önemi, risk faktörleri, belirtileri, HT'nin zararlarına yönelik bilgiler yer almaktadır. Modül tamamlandıktan sonra katılımcıların soruları yanıtlanmış ve nefes ve oturma farkındalık uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ardından, bir sonraki seansın eğitim planı, günü ve saati kontrol edilerek oturum sonlandırılmıştır.

2. Hafta (Mavi Modül): Bu haftada katılımcılara, Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi'nin ikinci modülü, "Hipertansiyonda Öz Bakım" uygulanmıştır. Bu modülde öz bakımın tanımı, HT'de öz bakımın önemi, evde tansiyon ölçümü, sigara ve alkol kullanımının HT ile ilişkisi ve düzenli doktor kontrollerine yönelik konular yer almaktadır. Modül tamamlandıktan sonra katılımcıların soruları yanıtlanmış ve nefes ve oturma farkındalığı uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ardından, bir sonraki seansın eğitim planı, günü ve saati kontrol edilerek oturum sonlandırılmıştır.

3. Hafta (Sarı Modül): Bu haftada katılımcılara, Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi'nin üçüncü modülü, "Hipertansiyonda Tedaviye Uyum" uygulanmıştır. Bu modülde HT'de ilaç tedavisinin amaçları, ilaç uyumunun tanımı, ilaç uyumsuzluğunun olası nedenleri ve bireylerin ilaç tedavisine uyumunu arttırmak için önemli bilgilerin yer aldığı bölümler bulunmaktadır. Modül tamamlandıktan sonra katılımcıların soruları yanıtlanmış ve nefes ve oturma farkındalık uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ardından, bir sonraki seansın eğitim planı, günü ve saati kontrol edilerek oturum sonlandırılmıştır.

4. Hafta (Turuncu Modül): Bu haftada katılımcılara, Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi'nin dördüncü modülü, "Hipertansiyonda Beslenme" uygulanmıştır. Bu modülde yeterli ve dengeli beslenme, HT'de beslenmenin önemi, HT'li bireylerin tüketebileceği besinler, tuz kullanımı, kilo ve bel çevresi ölçümlerine yönelik başlıklar yer almaktadır. Modül tamamlandıktan sonra katılımcıların soruları yanıtlanmış ve nefes ve oturma farkındalık uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ardından, bir sonraki seansın eğitim planı, günü ve saati kontrol edilerek oturum sonlandırılmıştır.

5. Hafta (Mor Modül): Bu haftada katılımcılara, Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi'nin beşinci modülü, "Hipertansiyonda Fiziksel Aktivite" uygulanmıştır. Bu modülde fiziksel aktivitenin tanımı, HT'de fiziksel aktivitenin önemi, yararları, türleri, süresi, sıklığı, dikkat edilmesi gereken noktalara yönelik

bilgiler yer almaktadır. Modül tamamlandıktan sonra katılımcıların soruları yanıtlanmış ve nefes ve oturma farkındalık uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ardından, bir sonraki seansın eğitim planı, günü ve saati kontrol edilerek oturum sonlandırılmıştır.

6. Hafta (Yeşil Modül): Bu haftada katılımcılara, Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi'nin altıncı modülü, "Hipertansiyonda Güvenli Çevrenin Sağlanması" uygulanmıştır. Bu modülde çevre ve HT, güvenli çevre, güvenli çevre oluşumunda ilgili faktörler, sosyal çevre ve HT, güvenli çevre için HT'li bireylere öneriler şeklinde başlıklar yer almaktadır. Modül tamamlandıktan sonra katılımcıların soruları yanıtlanmış ve nefes ve oturma farkındalık uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ardından, bir sonraki seansın eğitim planı, günü ve saati kontrol edilerek oturum sonlandırılmıştır.

7. Hafta (Gri Modül): Bu haftada katılımcılara, Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi'nin yedinci modülü, "Hipertansiyon ve Diğer Günlük Yaşam Aktiviteleri" uygulanmıştır. Bu modülde solunum, boşaltım, beden ısısının kontrolü, bireysel hijyen, uyku, iletişim, çalışma ve eğlence, cinsel yaşam konularına yönelik başlıklar yer almaktadır. Modül tamamlandıktan sonra katılımcıların soruları yanıtlanmış ve nefes ve oturma farkındalık uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ardından, bir sonraki seansın eğitim planı, günü ve saati kontrol edilerek oturum sonlandırılmıştır.

8. Hafta (Pembe Modül): Bu haftada katılımcılara, Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi'nin sekizinci (son) modül, "Hipertansiyon ve Stres" uygulanmıştır. Bu modülde stresin tanımı, stres faktörleri, stres durumunda bedende oluşan tepkiler, HT ile stres arasındaki ilişki ve stres yönetimine yönelik başlıklar yer almaktadır. Modül tamamlandıktan sonra katılımcıların soruları yanıtlanarak, son kez nefes ve oturma farkındalık uygulaması gerçekleştirilmiştir.

Farkındalık uygulaması; 8 hafta boyunca ilgili eğitim modüllerinin her birinin sunulmasının hemen ardından aynı seansın devamında 25 dakikalık grup oturumları yoluyla, haftada bir defa, toplam 8 hafta boyunca yürütülmüştür.

Tablo 3.7. Hipertansiyon Öz Yönetim Eğitim Programının GYA Hemşirelik Modeli Bileşenlerine Uyarlanması.

Model Bileşeni	1. Hafta: Kırmızı Modül		
Yaşam Modeli	Güvenli çevrenin sürdürülmesi	Etkileyen Faktörler	Konu Başlıkları
		- Biyo-fizyolojik faktörler - Psikolojik faktörler - Sosyo-kültürel faktörler - Çevresel faktörler - Ekonomik faktörler	- Tansiyonun tanımı ve önemi - Hipertansiyonun tanımı ve türleri - Hipertansiyonda risk faktörleri - Hipertansiyonun belirtileri - Hipertansiyonun vücuda verdiği zararlar
Hemşirelik Modeli	Tanılama	Hipertansiyonun genel özellikleri hakkında bilgi eksikliği	
		Amaç	Bu modülün sonunda, bireylere hipertansiyonun tanımı, özellikleri ve türleri, hipertansiyonda risk faktörleri, hipertansiyon sonrasında görülebilecek değişiklikler hakkında bilgi, tutum ve farkındalık kazandırmak.
	Planlama	Öğrenim Hedefleri	- Tansiyonu ve hipertansiyonu tanımlar. - Hipertansiyon türlerini ifade eder. - Hipertansiyonun risk faktörlerini sıralar. - Hipertansiyonun belirtilerini sıralar. - Hipertansiyonun vücuda verdiği zararları açıklar.
		Eğitimin Süresi	20 dakika
		Eğitim Araç, Gereç ve Materyalleri	- Bilgisayar - Telefon veya tablet - Mesaj - Resimler
		Eğitim Yöntem ve Teknikleri	- Online yüz-yüze eğitim - Sesli okuma tekniği - Soru-cevap tekniği - Beyin fırtınası
	Uygulama	25 dakika nefes ve oturma farkındalığı	
	Değerlendirme	Uygulama 1: Düşük, normal ve yüksek tansiyon değerlerini belirlemesi Uygulama 2: Hipertansiyonda değiştirilemeyen ve değiştirilebilen risk faktörlerini gruplaması	

Model Bileşeni	2. Hafta: Mavi Modül		
Yaşam Modeli	Öz bakım uygulamaları	Etkileyen Faktörler	Konu Başlıkları
		• Biyo-fizyolojik faktörler • Psikolojik faktörler • Sosyo-kültürel faktörler • Çevresel faktörler • Ekonomik faktörler	▪ Öz bakım uygulamaları ▪ Hipertansiyonda öz bakım uygulamalarının önemi ▪ Alkol ve sigara kullanımını bırakma ▪ Düzenli doktor kontrolü ▪ Evde tansiyon ölçümü
Hemşirelik Modeli	Tanılama	Hipertansiyonu olan bireylerin öz bakım uygulamalarında eksiklik	
		Amaç	Bu modülün sonunda, bireylere öz bakım uygulamaları hakkında bilgi, tutum, farkındalık ve beceri kazandırmak.
	Planlama	Öğrenim Hedefleri	▪ Öz bakımı tanımlar. ▪ Öz bakım uygulamalarının önemini açıklar. ▪ Sigara ve alkol kullanımının hipertansiyon üzerindeki etkilerini açıklar. ▪ Düzenli doktor kontrollerinin önemini açıklar. ▪ Doğru tansiyon ölçme basamaklarını sayar. ▪ Tansiyon ölçme adımlarına uygun olarak tansiyonu ölçer.
		Eğitimin Süresi	20 dakika
		Eğitim Araç, Gereç ve Materyalleri	▪ Bilgisayar ▪ Telefon veya tablet ▪ Mesaj ▪ Resimler
		Eğitim Yöntem ve Teknikleri	▪ Online yüz-yüze eğitim ▪ Sesli okuma tekniği ▪ Soru-cevap tekniği ▪ Beyin fırtınası ▪ Video gösterimi
	Uygulama	25 dakika nefes ve oturma farkındalığı	
	Değerlendirme	▪ Uygulama 1: Bir hafta boyunca sabah ve akşam kan basıncını ölçmesi ve kaydetmesi	

Model Bileşeni	3. Hafta: Sarı Modül		
Yaşam Modeli	Homeostazisin sağlanması ve sürdürülmesi	Etkileyen Faktörler	Konu Başlıkları
		- Biyo-fizyolojik faktörler - Psikolojik faktörler - Sosyo-kültürel faktörler - Çevresel faktörler - Ekonomik faktörler	- Hipertansiyon ilaç tedavisi ve önemi - Hipertansiyonda ilaç tedavisinin genel amaçları - Hipertansiyonda kullanılan ilaçlar - Hipertansiyon ve ilaç uyumsuzluğunun nedenler - Hipertansiyonda ilaç uyumunu arttırmak için önemli bilgiler
Hemşirelik Modeli	Tanılama	Hipertansiyonu olan bireylerin tedavi uyumlarında yetersizlik	
		Amaç	Bu modülün sonunda, bireylere antihipertansif ilaç kullanımı ve tedavisi hakkında bilgi, tutum, farkındalık kazandırmak.
	Planlama	Öğrenim Hedefleri	- Antihipertansif ilaç kullanımının önemini açıklar. - Antihipertansif ilaç gruplarını sayar. - İlaç uyumunu tanımlar. - Antihipertansif ilaç uyumsuzluğunun nedenlerini sıralar. - Antihipertansif ilaç uyumunun artırılması için gerekli stratejileri sayar.
		Eğitimin Süresi	20 dakika
		Eğitim Araç, Gereç ve Materyalleri	- Bilgisayar - Telefon veya tablet - Mesaj - Resimler
		Eğitim Yöntem ve Teknikleri	- Online yüz-yüze eğitim - Sesli okuma tekniği - Soru-cevap tekniği - Beyin fırtınası
	Uygulama	25 dakika nefes ve oturma farkındalığı	
	Değerlendirme	Doktor tarafından reçete edilen antihipertansif ilaç/ilaçlarını her gün alması ve kan basıncı kontrolünü sağlaması	

Model Bileşeni	4. Hafta: Turuncu Modül		
Yaşam Modeli	▪ Beslenme	Etkileyen Faktörler	Konu Başlıkları
		• Biyo-fizyolojik faktörler • Psikolojik faktörler • Sosyo-kültürel faktörler • Çevresel faktörler • Ekonomik faktörler	▪ Yeterli ve dengeli beslenme nedir? ▪ Hipertansiyonda beslenmenin önemi ve temel ilkeleri ▪ Hipertansiyonu olan bireyler için güvenli besin kaynakları ▪ Hipertansiyonu olan bireyler hangi besinleri tüketmemelidir? ▪ Hipertansiyon ve tuz kullanımı
Hemşirelik Modeli	Tanılama	Hipertansiyonu olan bireylerin beslenme örüntüsünde bozukluk	
		Amaç	Bu modülün sonunda, hipertansiyonu olan bireylere sağlıklı beslenme hakkında bilgi, tutum, farkındalık ve beceri kazandırarak davranış değişikliği oluşturmaktır.
	Planlama	Öğrenim Hedefleri	▪ Yeterli ve dengeli beslenmeyi tanımlar. ▪ Sağlıklı beslenmenin önemini kavrar. ▪ Hipertansiyon ve beslenme arasındaki ilişkiyi açıklar. ▪ Hipertansiyonda sağlıklı besin kaynaklarını sıralar. ▪ Hipertansiyonda tüketilmemesi gereken besin kaynaklarını sıralar. ▪ Hipertansiyon ve tuz ilişkisini ifade eder.
		Eğitimin Süresi	20 dakika
		Eğitim Araç, Gereç ve Materyalleri	▪ Bilgisayar ▪ Telefon veya tablet ▪ Mesaj ▪ Resimler
		Eğitim Yöntem ve Teknikleri	▪ Online yüz-yüze eğitim ▪ Sesli okuma tekniği ▪ Soru-cevap tekniği ▪ Beyin fırtınası
	Uygulama	25 dakika nefes ve oturma farkındalığı	
	Değerlendirme	▪ Haftalık alışveriş listesini hazırlaması ve araştırmacıya göndermesi	

Model Bileşeni	4. Hafta: Turuncu Modül-Uygulama		
Yaşam Modeli	Farkında olarak sağlıklı beslenme	Etkileyen Faktörler	Konu Başlıkları
		• Biyo-fizyolojik faktörler • Psikolojik faktörler • Sosyo-kültürel faktörler • Çevresel faktörler • Ekonomik faktörler	▪ Kalori ▪ Kalori cetveli ve meyve sebzelerin kalori değerleri ▪ Porsiyon ▪ Tuz-Yağ-Posa ▪ Beden kitle indeksi ▪ Kilo takibi ▪ Bel çevresi ölçümü
Hemşirelik Modeli	Tanımlama	Hipertansiyonu olan bireylerin beslenme örüntüsünde bozukluk	
	Amaç	Bu modülün sonunda, hipertansiyonu olan bireylere sağlıklı beslenme davranışı kazandırmaktır.	
	Planlama	Öğrenim Hedefleri	• Besinlerdeki kalori değerlerini gösterir. • Porsiyon terimini örneklerle açıklar. • Besinlerin şeker oranını değerlendirir. • Besinleri tuz, lif ve yağ açısından değerlendirir. • Vitamin ve mineral yönünden zengin besinlere örnekler verir. • Bireysel olarak sağlıklı beslenme planı hazırlar. • Bireysel olarak hazırladığı sağlıklı beslenme planını uygular. • Beden kitle indeksini hesaplar. • Boy, kilo ve beden kitle indeksini değerlendirir.
		Eğitimin Süresi	20 dakika
		Eğitim Araç, Gereç ve Materyalleri	▪ Bilgisayar ▪ Telefon veya tablet ▪ Mesaj ▪ Resimler
		Eğitim Yöntem ve Teknikleri	▪ Online yüz-yüze eğitim ▪ Sesli okuma tekniği ▪ Soru-cevap tekniği ▪ Beyin fırtınası ▪ Video gösterimi
	Uygulama	25 dakika nefes ve oturma farkındalığı	
	Değerlendirme	▪ Porsiyon, kalori, tuz, yağ ve posa tablosu oluşturma. ▪ Bir gün boyunca tüketilen tüm besinleri öğün zamanlarına göre çizelgeye kaydedilmesi ve kalorilerinin hesaplanması. ▪ Kilo, boy ve bel çevresi ölçümünün yapılarak; beden kitle indeksinin hesaplama.	

Model Bileşeni	5. Hafta: Mor Modül		
Yaşam Modeli	Fiziksel aktivite	Etkileyen Faktörler	Konu Başlıkları
		• Biyo-fizyolojik faktörler • Psikolojik faktörler • Sosyo-kültürel faktörler • Çevresel faktörler • Ekonomik faktörler	▪ Fiziksel Aktivite/Egzersiz Tanımı ▪ Fiziksel Aktivitenin Yararları ▪ Fiziksel aktivite şiddeti ▪ Fiziksel Aktivite Türü ve Sıklığı ▪ Fiziksel aktivitede dikkat edilmesi gereken noktalar
Hemşirelik Modeli	Tanılama	Hipertansiyonu olan bireylerin fiziksel aktivite planlamada etkisizlik	
		Amaç	Bu modülün sonunda, hipertansiyonu olan bireylere fiziksel aktivite hakkında bilgi, tutum, farkındalık ve beceri kazandırarak hareketli bir yaşam tarzı oluşturmaktır.
	Planlama	Öğrenim Hedefleri	▪ Fiziksel aktivite ve egzersizi tanımlar. ▪ Fiziksel aktivitenin yararlarını sıralar. ▪ Fiziksel hareketlilik ile sağlık arasındaki bağlantıyı açıklar. ▪ Fiziksel aktivite türlerini sıralar. ▪ Fiziksel aktivite sırasında olabilecek riskleri ifade eder. ▪ Fiziksel aktivite risklerine yönelik alınması gereken önlemleri ifade eder. ▪ Uygun süre ve sıklıkta fiziksel aktivite uygulamalarını yapar.
		Eğitimin Süresi	20 dakika
		Eğitim Araç, Gereç ve Materyalleri	▪ Bilgisayar ▪ Telefon veya tablet ▪ Mesaj ▪ Resimler
		Eğitim Yöntem ve Teknikleri	▪ Online yüz-yüze eğitim ▪ Sesli okuma tekniği ▪ Soru-cevap tekniği ▪ Beyin fırtınası ▪ Video gösterimi
	Uygulama	25 dakika nefes ve oturma farkındalığı	
	Değerlendirme	▪ Haftada en az üç gün evde ya da dışarıda hafif tempoda fiziksel aktivite yapılması	

Model Bileşeni	5. Hafta: Mor Modül-Uygulama		
Yaşam Modeli	Hareketi fark etme	Etkileyen Faktörler	Konu Başlıkları
		- Biyo-fizyolojik faktörler - Psikolojik faktörler - Sosyo-kültürel faktörler - Çevresel faktörler - Ekonomik faktörler	- Dayanıklılık egzersizleri - Kuvvet egzersizleri - Esneklik egzersizleri - Denge egzersizleri
Hemşirelik Modeli	Tanılama	Hipertansiyonu olan bireylerin fiziksel aktivite uygulamalarında yetersizlik	
		Amaç	Bu modülün sonunda, hipertansiyonu olan bireylere düzenli fiziksel aktivite davranışı kazandırmaktır.
	Planlama	Öğrenim Hedefleri	- Fiziksel aktivite türlerini sıralar. - Sağlıklı kiloyu tanımlar. - Bireysel olarak egzersiz planı hazırlar. - Bireysel olarak hazırladığı egzersiz planını uygular.
		Eğitimin Süresi	20 dakika
		Eğitim Araç, Gereç ve Materyalleri	- Bilgisayar - Telefon veya tablet - Mesaj - Resimler
		Eğitim Yöntem ve Teknikleri	- Online yüz-yüze eğitim - Sesli okuma tekniği - Soru-cevap tekniği - Beyin fırtınası - Video gösterimi
	Uygulama	25 dakika Nefes ve oturma farkındalığı	
	Değerlendirme	- Karışık halde verilen egzersiz türlerini gruplanması. - Günlük-haftalık yapılan egzersizlerin kaydedilmesi ve araştırmacıyla paylaşılması	

Model Bileşeni	6. Hafta: Gri Modül		
Yaşam Modeli	- Solunum - Boşaltım - Beden ısısının kontrolü - Bireysel Hijyen - İletişim	Etkileyen Faktörler	Konu Başlıkları
		- Biyo-fizyolojik faktörler - Psikolojik faktörler - Sosyo-kültürel faktörler - Çevresel faktörler - Ekonomik faktörler	Nefes teknikleri
			Böbrekler ve HT
			Stres durumunda bedensel tepkiler
			Genel hijyen kuralları
			Sağlık çalışanları ve aile-arkadaşlar ile iletişim
Hemşirelik Modeli	Tanılama	Hipertansiyonu olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik	
		Amaç	Bu modülün sonunda, hipertansiyonu olan bireyler günlük yaşam aktivitelerini değerlendirebilmeleri amaçlanmıştır.
	Planlama	Öğrenim Hedefleri	- Nefes tekniklerini uygular. - Hijyen uygulamalarına dikkat eder. - Stresli durumda vücudunda oluşan tepkileri ifade eder. - Düzenli olarak sağlık çalışanlarıyla iletişim kurar.
		Eğitimin Süresi	20 dakika
		Eğitim Araç, Gereç ve Materyalleri	- Bilgisayar - Telefon veya tablet - Mesaj - Resimler
		Eğitim Yöntem ve Teknikleri	- Online yüz-yüze eğitim - Sesli okuma tekniği - Soru-cevap tekniği - Beyin fırtınası - Video gösterimi
	Uygulama	25 dakika nefes ve oturma farkındalığı	
	Değerlendirme	Bireyin öz bildirimine dayalı değerlendirilir.	

Model Bileşeni	7. Hafta: Yeşil Modül		
Yaşam Modeli	- Çalışma ve eğlence - Cinsel yaşam - Uyku - HT komplikasyonları - Ölüm ve yas süreçleri	Etkileyen Faktörler	Konu Başlıkları
		- Biyo-fizyolojik faktörler - Psikolojik faktörler - Sosyo-kültürel faktörler - Çevresel faktörler - Ekonomik faktörler	Çevre ve hipertansiyon
			Güvenli iç çevrenin önemi- Hipertansiyon ilişkili komplikasyonlar
			Güvenli dış çevrenin önemi
			Güvenli çevre oluşumunu etkileyen faktörler
			Sosyal çevre ve hipertansiyon
Hemşirelik Modeli	Tanılama	Hipertansiyonu olan bireylerin günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik	
		Amaç	Bu modülün sonunda, güvenli çevreye ilişkin bilgi, tutum, farkındalık kazandırarak öz yönetimi güçlendirmek amaçlanmıştır.
	Planlama	Öğrenim Hedefleri	- Güvenli çevreyi tanımlar. - Çalışma hayatında riskli durumları sayar. - Sosyal destek sistemlerini açıklar. - Ani kan basıncı düşmelerine yönelik yapılması gerekenleri açıklar. - Ani kan basıncı yükselmelerine ilişkin yapılması gerekenleri açıklar.
		Eğitimin Süresi	20 dakika
		Eğitim Araç, Gereç ve Materyalleri	- Bilgisayar - Telefon veya tablet - Mesaj - Resimler
		Eğitim Yöntem ve Teknikleri	- Online yüz-yüze eğitim - Sesli okuma tekniği - Soru-cevap tekniği - Beyin fırtınası
	Uygulama	25 dakika nefes ve oturma farkındalığı	
	Değerlendirme	Bireyin öz bildirimine dayalı değerlendirilir.	

Model Bileşeni	8. Hafta: Pembe Modül		
Yaşam Modeli	*Stres ve stres yönetimi	Etkileyen Faktörler	Konu Başlıkları
		• Biyo-fizyolojik faktörler • Psikolojik faktörler • Sosyo-kültürel faktörler • Çevresel faktörler • Ekonomik faktörler	Stres nedir?
			Strese yol açan faktörler
			Stres durumunda bedensel tepkiler
			Hipertansiyon ve stres ilişkisi
			Stres ile baş etme yöntemleri
Hemşirelik Modeli	Tanılama	Stresle başa çıkmada etkisizlik.	
		Amaç	Bu modülün sonunda, hipertansiyonu olan bireylere stres ve baş etme yöntemleri hakkında bilgi, tutum, farkındalık ve beceri kazandırarak stresi yönetebildiği bir yaşam oluşturmaktır.
	Planlama	Öğrenim Hedefleri	▪ Stresi tanımlar. ▪ Stres faktörlerini sıralar. ▪ Stresli durumda vücudunda oluşan tepkileri ifade eder. ▪ Hipertansiyon ve stres arasındaki ilişkiyi kavrar. ▪ Stres ile baş etme yöntemlerini sayar.
		Eğitimin Süresi	20 dakika
		Eğitim Araç, Gereç ve Materyalleri	▪ Bilgisayar ▪ Telefon veya tablet ▪ Mesaj ▪ Resimler
		Eğitim Yöntem ve Teknikleri	▪ Online yüz-yüze eğitim ▪ Sesli okuma tekniği ▪ Soru-cevap tekniği ▪ Beyin fırtınası ▪ Video gösterimi
	Uygulama	25 dakika nefes ve oturma farkındalığı	
	Değerlendirme	▪ Bireyin diğer eğitim seansına kadar yaşadığı stresli durumları ve verdiği tepkileri araştırmacılar tarafından hazırlanan ilgili forma kaydetmesi. ▪ Stres ile baş etmek için yaptığı uygulamaları kaydetmesi; düzenli fiziksel aktivite yapması, sağlıklı beslenme alışkanlıklarını benimsemesi ve alkol-tütün kullanımını azaltması.	

3.6.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubu ise 8 hafta boyunca yalnızca rutin bakım (KB ölçümü, kan testleri, ilaç reçetesi yazımı, hekim muayenesi) almış ve bunların dışında ek bir müdahalede bulunulmamıştır. Müdahale grubuna benzer şekilde kontrol grubu için de araştırmanın başlangıcında (T0), 8. haftasında (T1) ve 12. haftasında (T2) aynı veri toplama araçları bireyler polikliniğe rutin kontrole geldikleri sırada araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Veri toplama aşamasının tamamlanmasının ardından etik ilkeler gereğince yararlanım ilkesi gözetilerek kontrol grubu katılımcıları için de grup oturumları (10'ar kişilik) şeklinde bir seans farkındalık uygulaması araştırmacı tarafından Zoom üzerinden yaptırılmış ve bu katılımcılara da “Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Rehberi (Ek-15) ve Hipertansiyonla Yaşıyorum ve Farkındayım Uygulama Rehberi (Ek-16) pdf dokümanı olarak verilmiştir.

Tablo 3.8’de müdahale ve kontrol grubu için araştırmanın uygulama planı sunulmuştur.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verilerinin analizi için SPSS (Statistical Package of Social Sciences) 23.0.2. paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluk durumu Kolmogrov-Smirnov testi, basıklık-çarpıklık katsayısı ve histogram ve Q-Q grafikleri ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin analizinde ortalama, standart sapma, normal dağılıma uymayan veriler için sayı, yüzdelik, medyan, minimum-maksimum değerleri kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının karşılaştırılmasında parametrik testlerden Student t testi, eşleştirilmiş gruplarda t testi, ANOVA; non-parametrik testlerden Mann-Whitney U ve Wilcoxon testlerinden yararlanılmıştır. Gruplar içinde zamana göre değişimi değerlendirmek için Friedman testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma protokolünün uygulanması için Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu onayı (**13. 03. 2023** tarih ve **2023/27** sayılı karar) alınmıştır (Ek-1). Etik kurul onayı sonrasında Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni alınmıştır (Ek-2). Sonrasında detaylı şekilde hazırlanan bilgilendirilmiş onam formu (Ek-3) ile araştırma protokolü hakkında bireylere bilgilendirme yapılmış ve gönüllülük esasına göre bireyler araştırma örneğine dâhil edilmiştir. Araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki Bildirgesi İlkelerine uyulmuştur. Araştırmada kullanılan tüm ölçekler için yazarları ile e-posta üzerinden iletişime geçilerek kullanım konusunda onayları alınmıştır (Ek-4). Bireylerin sosyodemografik ve soru formlarına işlenen bilgileri sadece araştırma amaçlı kullanılmış ve herhangi bir üçüncü kişi ve kurumla başka bir amaçla paylaşılmamıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından kapalı ve güvenli bir dolapta araştırma sonuna kadar saklanmıştır.

4. BULGULAR

Hipertansif bireylerde Roper, Logan, Tierney'in GYA hemşirelik modeline temellendirilen ve farkındalık ile desteklenen eğitim programı sonrasında bulgular; (I) katılımcıların sosyodemografik özellikleri, (II) klinik özellikleri, (III) öz bakım puanları, (V) tedavi uyumu puanları, (VI) sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları, (VII) bilinçli farkındalık puanları, (VIII) SKB ve DKB değerleri, (IX) metabolik değişken değerleri ve (X) HT bilgi düzeyi şeklinde sırasıyla sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikler

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=70).

Tanımlayıcı Özellik		Müdahale Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test istatistiği	p
Yaş (yıl) (X±SS)		48,40±7,09		48,43±8,79		1,348 ^a	0,250
BKİ (kg/m ²)(X±SS)		26,22±2,67		25,89±2,70		0,012 ^a	0,914
		n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	28	80,0	25	71,4	0,699 ^b	0,403
	Erkek	7	20,0	10	28,6		
Medeni durum	Bekar	4	11,4	5	14,3	0,128 ^b	0,721
	Evli	31	88,6	30	85,7		
Eğitim düzeyi	İlköğretim	21	60,0	28	80,0	3,456 ^b	0,485
	Lise	9	25,7	4	11,4		
	Üniversite	5	14,3	3	8,6		
Meslek	Kamu personeli	15	42,8	19	54,2	2,266 ^b	0,519
	Özel sektör	9	25,7	10	28,6		
	Serbest meslek	11	31,5	6	17,2		
	Çalışmıyor	3	8,6	5	14,3		
Gelir durumu	Gelir giderden az	32	91,4	29	82,8	1,148 ^b	0,284
	Gelir gidere eşit	3	8,6	6	17,2		
Çocuk durumu	Var	31	88,5	32	91,4	0,159 ^b	0,690
	Yok	4	11,5	3	8,6		
Tütün/tütün ürünleri kullanım durumu	Hiçbir zaman	8	22,8	7	20,0	0,991 ^b	0,803
	Nadiren	13	37,1	10	28,5		
	Sıklıkla	13	37,1	17	48,5		
	Her zaman	1	3,0	1	3,0		
Tütün/tütün ürünlerinin günlük tüketimi (adet)	Yarım paket (10 dal)	21	77,9	16	57,1	2,742 ^b	0,254
	Bir paket (20 dal)	6	22,1	12	42,9		
Alkol kullanım durumu	Hiçbir zaman	25	71,4	24	68,6	1,854 ^b	0,603
	Nadiren	7	20,0	5	14,3		
	Sıklıkla	3	8,6	5	14,3		
	Her zaman	0	0,0	1	2,8		
Alkol kullanım miktarı (kadeh)	Bir kadeh	8	80,0	7	63,6	0,754 ^b	0,686
	İki kadeh	2	20,0	4	36,4		

^aStudent t test, ^b Ki-kare.

HT'li bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde, müdahale grubunun yaş ortalamasının $48,40 \pm 7,09$ yıl olduğu, %80'inin kadın, %88,6'sının evli, %60'ının ilköğretim mezunu, %88,5'inin çocuk sahibi olduğu, %91,4'ünün aktif olarak çalıştığı, %91,4'ünün ekonomik durumunu yetersiz olarak algıladığı, %77,2'sinin tütün/tütün ürünleri kullandığı ve kullanan bireylerin %77,9'unun günde yarım paket sigara tükettiği ve %71,4'ünün ise hiç alkol kullanmadığı görülmektedir.

Kontrol grubunun yaş ortalamasının $48,43 \pm 8,79$ yıl olduğu, %71,4'ünün kadın, %85,7'sinin evli, %80'inin ilköğretim mezunu, %91,4'ünün çocuk sahibi olduğu, %85,7'sinin aktif olarak çalıştığı, %82,8'inin ekonomik durumunu yetersiz olarak algıladığı, %80'inin tütün/tütün ürünleri kullandığı ve kullanan bireylerin %57,1'inin günde yarım paket tükettiği ve %68,6'sının ise hiç alkol kullanmadığı belirlenmiştir.

Müdahale ve kontrol gruplarının tabakalı randomizasyon kriterleri olan yaş ve BKİ değerleri ve diğer sosyodemografik özellikler açısından benzer dağılım gösterdikleri ve aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

4.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

Katılımcıların klinik özelliklerine yönelik bulgular Tablo 4.2.'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Katılımcıların klinik özellikleri (n=70).

Özellik		Müdahale Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Test istatistiği	p
HT süresi (yıl) (X±SS)		1,46±0,66		1,75±0,46		4,361 ^a	0,118
KB'deki değişimi fark etme durumu	Hayır	n	%	n	%	1,095 ^b	0,290
	Evet	12	34,3	9	25,7		
Evde düzenli KB ölçme/ölçtürme	Hayır	23	65,7	26	74,3	0,622 ^b	0,735
	Evet	14	40,0	21	31,4		
HT ile ilgili eğitim alma durumu	Hayır	21	60,0	24	68,6	1,752 ^b	0,456
	Evet	31	88,6	29	82,8		
HT'ye yönelik kullanılan ilaçlar*	CCB	4	11,4	6	17,2	0,420 ^b	0,517
	ARB	22	62,9	15	42,8		
	Diüretikler	8	22,9	5	14,3		
	ACEI	10	28,6	9	25,7		
	β Blokerler	2	5,7	4	11,4		
Antihipertansif ilaç dışında ilaç kullanımı	Hayır	13	37,1	16	45,7	0,056 ^b	0,812
	Evet	22	62,3	27	77,3		
Antihipertansif ilaç dışında kullanılan ilaçlar*	OAD	10	28,5	12	34,3	1,858 ^b	0,453
	Statinler	13	37,1	11	31,4		
	Diğer**	22	62,8	18	51,4		
Kullandığı ilaç sayısı	1-2	26	74,3	29	82,8	2,211 ^b	0,321
	3-4	6	17,1	4	11,4		
	5 ve üzeri	3	8,6	2	5,8		
Eşlik eden komorbid hastalık durumu	Yok	16	45,7	18	51,4	0,514 ^b	0,148
	Var	19	54,3	17	48,6		
Komorbid hastalıklar*	DM	16	45,7	13	37,1	1,752 ^b	0,456
	KAH	10	28,5	9	25,7		
	Dislipidemi	9	25,7	7	20,0		
	Diğer***	12	34,1	15	42,8		

^aANOVA testi, ^b Ki-kare, ACEI: Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörleri, ARB: Anjiyotensin Reseptör Blokerleri, CCB:Kalsiyum Kanal Blokerleri, DM: Diabetes Mellitus, HT: Hipertansiyon, KAH: Koroner Arter Hastalığı, KB: Kan Basıncı. OAD: Oral Antidiyabetikler, *Katılımcılar birden fazla seçenek bildirmiştir. **Analjezik, Antibiyotik, Antikoagülan, Bronkodilatör, Dopamin Agonistleri, İnsülin, Kortikosteroidler, Laksatif, Nonsteroid Antiinflatuar İlaçlar, Proton Pompa İnhibitörleri; *** Astım, Behçet Hastalığı, Benign Prostat Hiperτροφisi, Glökom, Katarakt, Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı, Kronik Bronşit, Osteoporoz, Polikistik Böbrek, Polikistik Over, Tiroid Bezi Hastalıkları.

Müdahale grubundaki bireylerin HT tanı süresi ortalamasının 1,46±0,66 yıl olduğu, %65,7'sinin KB'deki değişimi fark ettiği, %40'ının evde düzenli KB ölçmediği/ölçtürmediği ve %88,6'sının HT ile ilgili eğitim almadığı belirlenmiştir. Bireylerin %62,9'unun kalsiyum kanal blokörü, %37,1'inin β bloker %26,6'sının diüretik, %22,9'unun anjiyotensin reseptör blokerü, %5,7'sinin anjiyotensin

dönüştürücü enzim inhibitörleri kullandığı tespit edilmiştir. Bireylerin %62,3'ünün antihipertansif ilaç dışında farklı ilaçlar kullandığı, bu ilaçlardan en çok kullanılanları %37,1 ile statin türevleri ve %28,5 ile oral antidiyabetik izlemiştir. Katılımcıların %74,8'inin 1-2, %17,1'inin 3-4, %8,6'sının 5 ve daha fazla sayıda ilaç kullandığı görülmüştür. Katılımcıların %54,3'ünde HT'ye eşlik eden komorbiditesinin olduğu, bu hastalıkların %45,7'sinin diabetes mellitus, %34,2'sinin diğer hastalık grubu, %28,5'inin KAH ve %25,7'sinin dislipidemi olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki bireylerin HT tanı süresi ortalamasının $1,75 \pm 0,46$ yıl olduğu, %74,3'ünün KB'deki değişimi fark ettiği, %31,4'ünün evde düzenli KB ölçmediği/ölçtürmediği ve %82,8'inin HT ile ilgili eğitim almadığı belirlenmiştir. Bireylerin %42,8'inin kalsiyum kanal blokörü, %45,7'sinin β bloker, %25,7'sinin diüretik, %14,3'ünün anjiyotensin reseptör blokerü, %11,4'ünün anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri kullandığı tespit edilmiştir. Bireylerin %77,3'ünün antihipertansif ilaç dışında farklı ilaçlar kullandığı, bu ilaçlardan en çok kullanılan %51,4 ile diğer ilaçlar grubu olmuş, bunu %34,3 ile oral antidiyabetikler, %31,4 ile statin türevleri izlemiştir. Katılımcıların %82,8'inin 1-2, %11,4'ünün 3-4, %5,8'inin ve 5 daha fazla sayıda ilaç kullandığı görülmüştür. Katılımcıların %48,6'sında HT'ye eşlik eden komorbid hastalık olduğu, bunların %42,8'inin diğer hastalık grubu, %37,1'inin diabetes mellitus, %25,7'sinin KAH ve %20'sinin dislipidemi olduğu tespit edilmiştir.

Müdahale ve kontrol gruplarının HT klinik özellikleri açısından benzer dağılım gösterdikleri, aralarında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

4.3. Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3'te müdahale ve kontrol grubundaki HT'li bireylerin Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği puan dağılımları, gruplar arasındaki fark ve gruplar içinde zamana göre değişim bulguları sunulmuştur.

Tablo 4.3. Müdahale ve kontrol gruplarının hipertansiyon öz bakım profili ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması (n=70).

HT Öz Bakım Ölçeği Alt Boyutları	Ölçüm zamanı	Müdahale Grubu (n=35) Medyan (Min-Maks)	Kontrol Grubu (n=35) Medyan (Min-Maks)	Gruplar arası fark (Test istatistiği, p değeri*)
Davranış	Başlangıç (T0)	37,0 (28,0-42,0)	36 (30,0-43,0)	472,0 ^a 0,096
	8.hafta (T1)	63,0 (54,0-68,0)	36,0 (30,0-47,0)	46,0 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	63,0 (60,0-67,0)	38,0 (31,0-44,0)	39,0 ^a <0,001
	Grup içi fark (Test istatistiği, *p değeri) (T0-T3)	56,16 ^c <0,001 T0-T1: <0,001 T0-T2: <0,001 T1-T2: 0,651	11,63 ^c 0,321 T0-T1:0,056 T0-T2: 0,230 T1-T2: 0,086	---
Motivasyon	Başlangıç (T0)	36,0 (30,0-44,0)	37,0 (31,0-44,0)	507,5 ^a 0,215
	8.hafta (T1)	66,0 (58,0-70,0)	39,0 (33,0-71,0)	35,0 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	66,0 (61,0-71,0)	40,0 (33,0-50,0)	38,0 ^a <0,001
	Grup içi fark (Test istatistiği, *p değeri) (T0-T3)	54,97 ^c <0,001 T0-T1: <0,001 T0-T2: <0,001 T1-T2: 0,222	32,66 ^c 0,680 T0-T1: <0,001 T0-T2: 0,016 T1-T2: <0,001	---
Öz etkililik	Başlangıç (T0)	32,17±2,4	37,81±2,6	9,10 ^b <0,001
	8.hafta (T1)	62,45±2,8	42,77±2,8	12,14 ^b <0,001
	12. hafta (T2)	65,74±2,7	41,62±4,7	26,58 ^b <0,001
	Grup içi fark (Test istatistiği, *p değeri) (T0-T3)	1,37 ^d <0,001 T0-T1: <0,001 T0-T2: <0,001 T1-T2: <0,001	9,38 ^d 0,09 T0-T1: <0,001 T0-T2: <0,001 T1-T2: 0,857	---

T0: Başlangıç, T1: 8. hafta, T2: 12. hafta, HT: Hipertansiyon; X ±SS: Ortalama±Standart Sapma; Min: En Küçük Değer, Maks: En Büyük Değer, ^a Mann Whitney U testi; ^b Student t testi; ^c Friedman testi; ^d Eşleştirilmiş t testi; *T0-T1 ilk ölçüm ve ikinci ölçümün karşılaştırması, T0-T2 son ölçüm ve ilk ölçümün karşılaştırılması, T1-T2 ikinci ölçüm ve üçüncü ölçümün karşılaştırması; **, p<0,05.

Başlangıçta (T0), davranış ve motivasyon alt boyut puanlarının iki grup arasında anlamlı bir farklılık göstermediği (p>0,05); öz etkililik alt boyut puan ortalamaları açısından (müdahale: 32,17±2,4, kontrol: 37,81±3,4) iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (p<0,05). Sekizinci (T1) ve on ikinci (T2) haftada yapılan değerlendirmelerde ise müdahale grubundaki katılımcıların ölçeğin üç alt boyut puanı açısından da kontrol grubu katılımcılarına göre puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,001).

Zamana bağılı değişim açısından, müdahale grubu incelendiğinde, öz etkililik alt boyutu kapsamında her üç değerlendirme de değişimin anlamlı olduğu ($p<0,001$), davranış ve motivasyon alt boyutlarında ise bu değişimin başlangıç (T0)-sekizinci hafta (T1) ve başlangıç (T0)-on ikinci hafta (T2) ölçümlerinde anlamlı olduğu ($p<0,05$); fakat sekizinci hafta (T1)-on ikinci hafta (T2), yani müdahalenin bitimi ile izlem arasında anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Kontrol grubunda zamana bağılı değişim açısından ise yalnızca motivasyon alt boyutunda başlangıç(T0)-sekizinci hafta (T1), başlangıç (T0)-on ikinci hafta (T2), sekizinci hafta (T1) -on ikinci hafta (T2) ölçümlerinde değişimin anlamlı olduğu ($p<0,001$); davranış alt boyutu için başlangıç (T0)-sekizinci hafta (T1), başlangıç (T0)-on ikinci hafta (T2), sekizinci hafta (T1)-on ikinci hafta (T2) ölçümlerinde değişimin anlamlı olmadığı ($p=0.086$), öz etkililik alt boyutu için ise başlangıç(T0)-sekizinci hafta (T1) ve başlangıç (T0)-on ikinci hafta (T2) ölçümlerindeki değişimin anlamlı ($p<0,001$), sekizinci hafta (T1)-on ikinci hafta (T2) ölçümünde ise anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

4.4. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.'te müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği puanlarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.4. Müdahale ve kontrol gruplarının Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması (n=70).

Hill-Bone HT Tedavisine Uyum Ölçeği	Ölçüm zamanı	Müdahale Grubu (n=35) Medyan (Min-Maks)	Kontrol Grubu (n=35) Medyan (Min-Maks)	Gruplar arası fark (Test istatistiği, p değeri*)
Görüşme	Başlangıç (T0)	8,0 (6,0-10,0)	8,0 (5,0-10,0)	577,0 ^a 0,665
	8.hafta (T1)	4,0 (3,0-6,0)	8,0 (5,0-10,0)	15,5 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	4,0 (3,0-6,0)	8,0 (5,0-10,0)	8,0 ^a <0,001
Medikal	Başlangıç (T0)	21,0 (16,0-27,0)	22,0 (16,0-26,0)	545,5 ^a 0,427
	8.hafta (T1)	11,0 (8,0-15,0)	22,0 (16,0-27,0)	38,0 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	10,0 (8,0-12,0)	22,0 (17,0-27,0)	26,0 ^a <0,001
Beslenme	Başlangıç (T0)	8,0 (5,0-10,0)	8,0 (4,0-10,0)	525,0 ^a 0,287
	8.hafta (T1)	5,0 (3,0-6,0)	9,0 (5,0-10,0)	62,0 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	4,0 (3,0-6,0)	9,0 (5,0-10,0)	20,0 ^a <0,001
		X ±SS	X ±SS	
Toplam puan	Başlangıç (T0)	36,97±3,3	37,02±3,9	0,06 ^b 0,948
	8.hafta (T1)	19,94±2,7	37,60±4,2	20,50 ^b <0,001
	12. hafta (T2)	18,54±2,2	38,40±4,1	25,30 ^b <0,001
Grup içi fark (Test istatistiği, *p değeri)		22,51 ^c <0,001	5,43 ^c 0,066	---
(T0-T3)		T0-T1: <0,001 T0-T2: <0,001 T1-T2: <0,001	T0-T1: 0,065 T0-T2: 0,056 T1-T2: 0,061	

T0: Başlangıç, T1: 8. hafta, T2: 12. hafta, HT: Hipertansiyon; IQR: Çeyrekler arası; X ±SS: Ortalama±Standart Sapma; ^a Mann Whitney U testi; ^b Student t testi; ^c Friedman testi; Min: En Küçük Değer, Maks: En Büyük Değer, *T0-T1 ilk ölçüm ve ikinci ölçümün karşılaştırması, T0-T2 son ölçüm ve ilk ölçümün karşılaştırılması, T1-T2 ikinci ölçüm ve üçüncü ölçümün karşılaştırması; ** p<0,05.

Müdahale grubundaki bireylerin Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği toplam puan ortalamasının başlangıçta (T0) 36,97±3,3; sekizinci haftada (T1) 19,94±2,7 ve on ikinci haftada (T2) 18,54±2,2 olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunun ölçek toplam puan ortalamasının başlangıçta (T0) 37,02±3,9; sekizinci haftada (T1) 37,60±4,2 ve on ikinci haftada (T2) 38,40±4,1 olduğu bulunmuştur. Bu açıdan, sekizinci (T1) ve on ikinci haftada (T2) yapılan ölçümlerde müdahale ve kontrol gruplarında ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olduğu (p<0,001) ve müdahale grubu puanlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu belirlenmiştir (p<0,001).

Zamana göre değişim açısından ise ölçek toplam puanlarında kontrol grubunda üç ölçüm zamanında (T0, T1, T2) da değişimin anlamlı olmadığı ($p>0,05$), müdahale grubunda ise tüm ölçümlerde bu değişimin anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$).

4.5. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.5.'te müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puanlarının karşılaştırması verilmiştir.

Tablo 4.5. Müdahale ve kontrol gruplarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması (n=70).

SYBD II Ölçeği Alt Boyutları	Ölçüm zamanı	Müdahale Grubu (n=35) Medyan (Min-Maks)	Kontrol Grubu (n=35) Medyan (Min-Maks)	Gruplar arası fark (Test istatistiği, p değeri*)
Sağlık Sorumluluğu	Başlangıç (T0)	22,0 (16,0-23,0)	22,0 (16,0-23,0)	590,500 ^a 0,580
	8.hafta (T1)	26,0 (20,0-33,0)	18,0 (13,0-22,0)	3,000 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	26,0 (21,0-33,0)	17,0 (12,0-20,0)	18,500 ^a <0,001
Fiziksel Aktivite	Başlangıç (T0)	10,0 (9,0-16,0)	10,0 (9,0-16,0)	612,500 ^a 0,290
	8.hafta (T1)	22,0 (16,0-30,0)	14,0 (11,0-17,0)	2,500 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	23,0 (16,0-30,0)	14,0 (9,0-19,0)	28,500 ^a <0,001
Beslenme	Başlangıç (T0)	16,0 (12,0-20,0)	16,0 (12,0-20,0)	420,500 ^a 0,080
	8.hafta (T1)	24,0 (21,0-28,0)	15,0 (11,0-19,0)	56,000 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	26,0 (23,0-30,0)	16,0 (12,0-20,0)	2,500 ^a <0,001
Manevi Gelişim	Başlangıç (T0)	16,0 (11,0-25,0)	16,0 (11,0-25,0)	345,000 ^a 0,210
	8.hafta (T1)	23,0 (13,0-27,0)	16,0 (13,0-20,0)	43,500 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	23,0 (18,0-27,0)	15,0 (11,0-19,0)	3,000 ^a <0,001
Kişilerarası İlişki	Başlangıç (T0)	19,0 (14,0-25,0)	19,0 (14,0-25,0)	380,00 ^a 0,350
	8.hafta (T1)	25,0 (19,0-27,0)	17,0 (14,0-21,0)	28,500 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	23,0 (18,0-27,0)	17,0 (13,0-20,0)	23,000 ^a <0,001
Stres Yönetimi	Başlangıç (T0)	16,0 (11,0-22,0)	16,0 (11,0-22,0)	590,00 ^a 0,840
	8.hafta (T1)	20,0 (17,0-24,0)	15,0 (11,0-17,0)	20,500 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	22,0 (17,0-24,0)	15,0 (11,0-17,0)	5,000 ^a <0,001

		X ±SS	X ±SS	
Toplam Puan	Başlangıç (T0)	98,83±9,7	97,76±9,2	32,40 ^b 0,120
	8.hafta (T1)	140,91±7,8	95,97±5,6	28,80 ^b <0,001
	12. hafta (T2)	143,11±9,1	95,51±6,3	27,27 ^b <0,001
Grup içi fark (Test istatistiği, *p değeri)		2,574 ^c <0,001	4,774 ^c 0,920	
(T0-T3)		T0-T1: <0,001 T0-T2: <0,001 T1-T2: 0,201	T0-T1: 0,120 T0-T2: 0,262 T1-T2: 0,092	---

T0: Başlangıç, T1: 8. hafta, T2: 12. hafta, ^a Mann Whitney U testi, ^b Student t testi, ^c Eşleştirilmiş gruplarda t testi, X ±SS: Ortalama±Standart Sapma, SYBD II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği, Min: En Küçük Değer, Maks: En Büyük Değer, **T0-T1 ilk ölçüm ve ikinci ölçümün karşılaştırması, T0-T2 son ölçüm ve ilk ölçümün karşılaştırılması, T1-T2 ikinci ölçüm ve üçüncü ölçümün karşılaştırması, *; $p<0,05$.

Başlangıçta (T0) yapılan değerlendirmede SYBD II ölçeği toplam puan ortalamasının müdahale grubunda 98,83±9,7; kontrol grubunda 97,76±9,2 olduğu belirlenmiş ve bu iki ortalama arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0,120$). Müdahale grubundaki bireylerin SYBD II ölçeği toplam puan ortalamasının sekizinci haftada (T1), 140,91±7,8; on ikinci haftada (T2) 143,11±9,1 olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunun puan ortalamaları sekizinci haftada (T1) 95,97±5,6, on ikinci haftada (T2) 95,51±6,3 olduğu belirlenmiştir. Sekiz (T1) ve on ikinci haftada (T2) yapılan değerlendirmelerde müdahale ve kontrol gruplarının ölçek toplam puanları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve müdahale grubu puanlarının kontrol grubundan daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,001$).

Müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin SYBD II ölçeğinin tüm alt boyutları için başlangıç (T0) değerlendirmesinde anlamlı bir farkın olmadığı ($p>0,05$), sekiz (T1) ve on ikinci hafta (T2) değerlendirmelerinde ise iki grup arasında ölçeğin tüm alt boyutları için farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

Gruplar içinde zamana göre değişim ele alındığında; müdahale grubunda başlangıç (T0), sekizinci (T1) ve on ikinci hafta (T2) değerlendirmesinde değişimin anlamlı olduğu ($p<0,05$); kontrol grubunda ise zamana göre değişimin her üç değerlendirmede (T0, T1, T2) de anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

4.6. Bilinçli Farkındalık Ölçeğine İlişkin Bulgular

Tablo 4.6’da müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanlarının dağılımları verilmiştir.

Tablo 4.6. Müdahale ve kontrol gruplarının Bilinçli Farkındalık Ölçeği puanlarına göre karşılaştırılması (n=70).

Bilinçli Farkındalık Ölçeği	Zaman	Müdahale Grubu (n=35)	Kontrol Grubu (n=35)	Gruplar arası fark (Test istatistiği, p değeri*)
		Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)	
Toplam puan	Başlangıç (T0)	33,0 (25-41)	24,0 (18-33)	8,998 ^a 0,042
	8. hafta (T1)	46,0 (37-55)	25,0 (18-33)	24,27 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	50,0 (41-55)	33,0 (18-35)	24,31 ^a <0,001
Grup içi fark (Test istatistiği, *p değeri)		9,92 ^b 0,007	29,03 ^b 0,544	
(T0-T3)		T0-T1: <0,001 T0-T2: <0,001 T1-T2: <0,001	T0-T1: 0,573 T0-T2: 0,442 T1-T2: 0,462	---

X ± SS: Ortalama ± Standart Sapma, ^a Mann Whitney U testi; ^b Friedman testi; Min: En Küçük Değer, Maks: En Büyük Değer, *T0-T1 ilk ölçüm ve ikinci ölçümün karşılaştırılması, T0-T2 son ölçüm ve ilk ölçümün karşılaştırılması, T1-T2 ikinci ölçüm ve üçüncü ölçümün karşılaştırılması; **, p<0,05.

Müdahale ve kontrol gruplarının başlangıç (T0) değerlendirmesinde; iki grup arasında ölçek toplam puanları (müdahale:33,0; kontrol:24,0) arasındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (p=0,042). Sekizinci hafta (T1) (müdahale: 45,0; kontrol: 25,0) ve on ikinci hafta (T2)-izlem değerlendirmesinde (müdahale:50,0; kontrol:33,0) ise ölçek toplam puan ortancaları arasındaki farkın anlamlı olduğu (p<0,001) ve müdahale grubunda bilinçli farkındalık puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05).

Grup içinde zamana göre değişim ele alındığında; müdahale grubunda T0, T1 ve T2 ölçümlerindeki değişimin anlamlı olduğu (p<0,001), kontrol grubunda ise bu değişimin üç değerlendirmede de anlamlı olmadığı görülmüştür (p>0,05).

4.7. Sistolik ve Diyastolik Kan Basıncı Değerlerine İlişkin Bulgular

Müdahale ve kontrol gruplarının SKB ve DKB ölçümlerine yönelik grup karşılaştırmaları ve bu değerlerin gruplar içerisinde zamana bağlı değişimi Tablo 4.7.'de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Müdahale ve kontrol gruplarının sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerine göre karşılaştırılması (n=70).

Kan basıncı	Ölçüm zamanı	Müdahale Grubu (n=35) Medyan (Min-Maks)	Kontrol Grubu (n=35) Medyan (Min-Maks)	Gruplar arası fark (Test istatistiği, p değeri*)
SKB (mmHg)	Başlangıç (T0)	137,0 (132,0-140,0)	138,0 (134,0-149,0)	748,0 ^a 0,109
	8.hafta (T1)	121,0 (110,0-133,0)	137,0 (134,0-140,0)	1225,0 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	124,0 (112,0-134,0)	137,0 (134,0-149,0)	1222,0 ^a <0,001
	Grup içi fark (Test istatistiği, *p değeri)	55,8 ^b <0,001	1,6 ^b 0,449	---
	(T0-T3)	T0-T1: <0,001 T0-T2: <0,001 T1-T2: 0,045	T0-T1:0,084 T0-T2: 0,300 T1-T2: 0,298	
DKB (mmHg)	Başlangıç (T0)	86,0 (72,0-91,0)	87,0 (82,0-90,0)	773,0 ^a 0,566
	8.hafta (T1)	75,0 (60,0-84,0)	88,0 (83,0-92,0)	1222,5 ^a <0,001
	12. hafta (T2)	76,0 (65,0-89,0)	87,0 (82,0-92,0)	1111,5 ^a <0,001
	Grup içi fark (Test istatistiği, *p değeri)	42,7 ^b <0,001	0,77 ^b 0,680	---
	(T0-T3)	T0-T1: <0,001 T0-T2: <0,001 T1-T2: 0,025	T0-T1: 0,168 T0-T2: 0,940 T1-T2: 0,139	

SKB: Sistolik kan basıncı, DKB: Diyastolik kan basıncı, ^aMann Whitney U testi, Min: En Küçük Değer, Maks: En Büyük Değer, ^b Friedman testi, *T0-T1 ilk ölçüm ve ikinci ölçümün karşılaştırması, T0-T2 son ölçüm ve ilk ölçümün karşılaştırılması, T1-T2 ikinci ölçüm ve üçüncü ölçümün karşılaştırması, *p<0,05.

KB değerleri incelendiğinde, müdahale grubunun başlangıç (T0) ölçümünde SKB ortancası 137,0 mmHg ve DKB ortancası 86,0 mmHg olarak hesaplanmıştır. Sekizinci hafta (T1) SKB'nin 121,0 mmHg, DKB'nin 75,0 mmHg; on ikinci hafta (T2) SKB'nin 124,0 mmHg, DKB'nin 76,0 mmHg olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise başlangıçta (T0) SKB ortancası 138,0 mmHg, DKB ise 87,0 mmHg olarak belirlenmiştir. Sekizinci hafta (T1) değerlendirmesinde SKB 137,0 mmHg'ye, DKB

ise 88,0 mmHg'ye yükselmiş, on ikinci haftada (T2) yapılan son ölçümde ise SKB'nin 137,0 mmHg ve DKB'nin 87,0 mmHg olduğu görülmüştür.

İki grup arasında başlangıç (T0) ölçümüne göre SKB ($p=0,109$) ve DKB ($p=0,566$) ortanca puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Ancak, sekiz (T1) ($p<0,001$) ve on ikinci haftada (T2) ($p<0,001$) yapılan ölçümlerde müdahale ve kontrol grupları arasında SKB ve DKB değerleri açısından farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Müdahale grubunda hem SKB hem de DKB değerlerinin kontrol grubundaki bireylere göre daha düşük olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Müdahale ve kontrol grubunda SKB ve DKB ortancalarının zamana göre değişimi incelenmiştir. Müdahale grubunda SKB ve DKB'de zaman içinde anlamlı düşme olduğu ($p<0,001$); kontrol grubunda ise bu değişimin anlamlı olmadığı ($p=0,449$; $p=0,680$) belirlenmiştir.

4.8. Metabolik Değişkenlere İlişkin Bulgular

Tablo 4.8.'de müdahale ve kontrol gruplarının metabolik değişkenler açısından karşılaştırmaları sunulmuştur.

Tablo 4.8. Müdahale ve kontrol gruplarının metabolik değişkenlere göre karşılaştırılması (n=70).

Metabolik Değişken	Ölçüm Zamanı	Müdahale Grubu (n=35)	Kontrol Grubu (n=35)	Test istatistiği p	
		Medyan (Min-Maks)	Medyan (Min-Maks)		
BKİ (kg/cm ²)	Başlangıç (T0)	26,0 (21,8-33,1)	25,8 (19,2-33,2)	586,0 ^a	0,755
	8. hafta (T1)	24,7 (20,7-31,4)	25,7 (20,1-31,7)	417,0 ^a	0,022*
GFH (mL/min/1.73m ²)	Başlangıç (T0)	83,8 (62,6-116,7)	89,5 (63,1-119,1)	536,0 ^a	0,369
	8. hafta (T1)	84,4 (60,4-114,7)	85,0 (59,9-113,2)	590,0 ^a	0,792
Üre (mg/dL)	Başlangıç (T0)	27,2 (20,3-39,6)	29,2 (21,8-38,9)	728,0 ^a	0,312
	8. hafta (T1)	26,9 (20,8-38,8)	29,8 (21,7-39,6)	365,0 ^a	0,245
		X ±SS	X ±SS		
AKŞ (mmHg)	Başlangıç (T0)	98,64±17,35	104,02±18,80	1,243 ^b	0,218
	8. hafta (T1)	94,16±18,39	103,98±17,59	2,282 ^b	0,026*
HDL (mg/dL)	Başlangıç (T0)	49,98±5,77	48,90±4,90	0,845 ^b	0,401
	8. hafta (T1)	51,55±5,36	47,58±5,04	3,192 ^b	0,002*
LDL (mg/dL)	Başlangıç (T0)	136,58±16,42	132,78±17,85	0,928 ^b	0,357
	8. hafta (T1)	122,92±14,78	137,22±18,74	3,544 ^b	<0,001*
TG (mg/dL)	Başlangıç (T0)	152,20±30,11	145,61±30,02	1,055 ^b	0,295
	8. hafta (T1)	137,88±27,10	144,62±26,85	1,046 ^b	0,299
Kreatinin (mg/dL)	Başlangıç (T0)	1,16±0,23	1,05±0,24	1,548 ^b	0,264
	8. hafta (T1)	1,04±0,12	1,09±0,16	1,435 ^b	0,312
Na ⁺ (mmol/L)	Başlangıç (T0)	141,66±2,99	140,24±2,98	0,810 ^b	0,210
	8. hafta (T1)	134,02±3,58	139,74±2,94	17,516 ^b	<0,001*
K ⁺ (mmol/L)	Başlangıç (T0)	4,27±0,49	4,26±0,36	0,017 ^b	0,987
	8. hafta (T1)	4,69±0,40	3,85±0,45	8,256 ^b	<0,001*

AKG: Açlık Kan Şekeri, BKİ: Beden Kitle İndeksi, GFH: Glomerüler Filtrasyon Hızı, HDL: Düşük Yoğunluklu Lipoprotein, K: Potasyum, LDL: Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein, Min: En Küçük Değer, Maks: En Büyük Değer, Na: Sodyum, TG: Trigliserid, X ±SS: Ortalama±Standart Sapma, ^a Mann Whitney U testi, ^b Student t testi, * p<0,05;

Katılımcıların metabolik değişkenleri araştırmanın başlangıcında (T0) ve uygulamanın bitiminde, 8. haftada (T2)'de iki defa değerlendirilmiştir. Metabolik değişkenler incelendiğinde, başlangıçta (T0) BKİ ortancasının müdahale grubunda 26,0 kg/m²; kontrol grubunda 25,8 kg/m² olduğu bulunmuştur. Sekizinci haftada (T1) yapılan ikinci ölçümde müdahale grubunun BKİ ortancası 24,7 kg/m²; kontrol

grubunun ise 25,7 kg/m² olduğu görülmüştür. Müdahale ve kontrol grubunda, sekizinci haftada (T1) BKİ ortancaları açısından farkın anlamlı olduğu ve BKİ değerinin müdahale grubunda daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,022$).

Böbrek fonksiyon testleri açısından; başlangıç (T0) ölçümlerinde müdahale grubunda GFH ortanca değerinin 83,8 mL/min/1.73m², kontrol grubunda 89,5 mL/min/1.73m², sekizinci haftada (T2) müdahale grubunda 84,4 mL/min/1.73m² ve kontrol grubunda 85,0 mL/min/1.73m² olduğu görülmüştür. Ürenin ortanca değeri başlangıçta (T0) müdahale grubunda 27,2 mg/dL, kontrol grubunda 29,2 mg/dL, sekizinci haftada (T1) ise müdahale grubunda 26,9 mg/dL, kontrol grubunda ise 29,8 mg/dL olarak kaydedilmiştir. Kreatinin ortalamasının başlangıçta (T0) müdahale grubunda 1,16±0,23 mg/dL, kontrol grubunda 1,05±0,24, sekizinci hafta (T1) değerlendirmesinde ise sırasıyla 1,04±0,12, 1,09±0,16 olduğu görülmektedir. Araştırmada, GFH, üre ve kreatinin değerleri açısından başlangıç (T0) ve sekizinci hafta (T1) ölçümlerinde iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Yapılan kan tetkikleri sonuçlarına göre, başlangıç (T0) ölçümlerinde katılımcıların açlık kan şekeri ortalaması müdahale grubunda 98,64±17,35 mg/dL; kontrol grubunda 104,02±18,80 mg/dL olarak belirlenmiştir. Sekizinci haftada (T1) müdahale grubunda açlık kan şekeri ortalaması 94,16±18,39 mg/dL değerine gerilerken, kontrol grubunda 103,98±17,59 mg/dL olduğu görülmüştür. Müdahale ve kontrol grubunda, sekizinci haftada (T1) açlık kan şekeri ortalamaları açısından farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,026$).

Kan-lipid düzeyi parametrelerinin başlangıç (T0) ölçümlerinde, müdahale grubunda yüksek dansiteli lipoprotein ortalaması 49,98±5,77 mg/dL, düşük dansiteli lipoprotein ortalaması 136,58±16,42 mg/dL, trigliserit ortalaması 152,20±30,11 mg/dL; kontrol grubunda yüksek dansiteli lipoprotein ortalaması 48,90±4,90 mg/dL, düşük dansiteli lipoprotein ortalaması 132,78±17,85 mg/dL, trigliserit ortalaması 145,61±30,02 mg/dL olarak ölçülmüştür. Sekizinci haftada (T1) ölçümünde, müdahale grubunda yüksek dansiteli lipoprotein ortalaması 51,55±5,36 mg/dL, düşük dansiteli lipoprotein ortalaması 122,92±14,78 mg/dL, trigliserit ortalaması 137,88±27,10 mg/dL; kontrol grubunda yüksek dansiteli lipoprotein düzeyi ortalaması 47,58±5,04 mg/dL, düşük dansiteli lipoprotein ortalaması 137,22±18,74 mg/dL, trigliserit

ortalaması $144,62 \pm 26,85$ mg/dL olarak belirlenmiştir. Müdahale ve kontrol grubunda yüksek ve düşük dansiteli lipoprotein ortalamaları arasındaki farkın sekizinci haftada (T1) anlamlı olduğu ($p=0,002$, $p<0,001$), ancak trigliserit ortalaması açısından iki grup arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Müdahale grubunun başlangıç (T0) sodyum ortalamasının $141,66 \pm 2,99$, kontrol grubunda ise $140,24 \pm 2,98$, sekizinci haftada (T1) ise sırasıyla $134,02 \pm 3,58$, $139,74 \pm 2,94$ olduğu görülmektedir. Potasyum ortalamasının ise başlangıçta (T0) müdahale grubunda $4,27 \pm 0,49$, kontrol grubunda $4,26 \pm 0,36$; sekizinci haftada (T1) ise sırasıyla $4,69 \pm 0,40$ ve $3,85 \pm 0,45$ olduğu görülmektedir. Müdahale ve kontrol gruplarında hem sodyum hem de potasyum değerleri açısından sekizinci hafta (T1) ölçümüne göre aradaki farkın anlamlı olduğu ($p<0,001$) ve müdahale grubunda kontrol grubuna kıyasla sodyum değerinin daha düşük, potasyum değerinin ise daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

4.9. Hipertansiyon Bilgi Değerlendirme Formuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.9.'da müdahale ve kontrol grubundaki bireylerin HT bilgi değerlendirme formundaki sorulara verdikleri doğru yanıt sayıları açısından karşılaştırmaları sunulmuştur.

Tablo 4.9. Müdahale ve kontrol gruplarının hipertansiyon bilgi düzeylerinin karşılaştırılması (n=70).

		Müdahale Grubu (n=35)		Kontrol Grubu (n=35)		Gruplar arası fark (Test istatistiği, p değeri*)
Ölçüm zamanı		Doğru Yanıt Sayısı		Doğru Yanıt Sayısı		
		1-10	11-20	1-10	11-20	
	Soru (n;%)	Soru (n;%)	Soru (n;%)	Soru (n;%)		
Hipertansiyon Bilgi Düzeyi	Başlangıç (T0)	17	18	24	11	2,885 ^a 0,089
		(%48,6)	(%51,4)	(%68,6)	(%31,4)	
	8.hafta (T1)	0	35	16	29	20,741,0 ^a <0,001
		(%0)	(%100)	(%45,7)	(%54,3)	

^a Ki-kare, * $p<0,05$.

Müdahale grubundaki bireyler HT bilgisi açısından incelendiğinde, başlangıçta yapılan ön testte (T0) 1-10 doğru yanıt veren katılımcıların %48,6; 11-20 arasında doğru yanıt veren katılımcıların ise %51,4 olduğu; sekizinci haftanın sonunda yapılan

son testte (T1) ise 1-10 doğru yanıtı olan katılımcıların %0,0; 11-20 doğru yanıtı olan katılımcıların ise %100 olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubunda ise başlangıçta (T0) 1-10 doğru yanıtı olan katılımcıların %68,6; 11-20 arasında doğru yanıtı olanların ise %31,4 olduğu; sekizinci hafta (T1) değerlendirmesinde 1-10 doğru yanıtı olan katılımcıların %45,7; 11-20 doğru yanıtı olanların %54,3 olduğu görülmüştür.

İki grup arasında başlangıç (T0) ölçümüne göre HT bilgi değerlendirme formundaki doğru yanıt sayıları açısından farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0,089$). Ancak, sekizinci haftadaki (T1) değerlendirmede müdahale ve kontrol grupları arasında doğru yanıtlanan soru sayıları açısından farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$).

5. TARTIŞMA

Dünyada ve ülkemizde kronik hastalıklar içerisinde oldukça yaygın olan ve etkin şekilde kontrol edilemediğinde oluşturduğu akut sağlık sorunları ve önemli komplikasyonlar nedeniyle sürekli eğitim desteği ve motivasyona gereksinim duyan HT'li bireylerde gerçekleştirilen bu randomize kontrollü araştırma ile öz bakım, tedavi uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirilmeye çalışılmıştır. Araştırmada Roper, Logan ve Tierney GYA dayalı hemşirelik modeline temellendirilen ve bu modelin her bir bileşenini içeren, ülkemizdeki HT'li bireylerin gereksinimlerine uygun eğitim modülleri oluşturulmuş, 8 hafta boyunca sunulan bu eğitim programı eş zamanlı olarak farkındalık temelli yaklaşımla da desteklenmiştir. Araştırmada HT'li bireylerde HT öz yönetim programının öz bakım, tedavi uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde yararlı etkiler sağladığı ortaya çıkarılmış ve böylelikle araştırmanın hipotezlerinin desteklendiği görülmüştür.

Tartışma akışında, HT'li bireylerde SKB ve DKB değerleri, metabolik değişkenler, öz bakım, tedavi uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde HT öz yönetim programının etkileri ele alınmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının karşılaştırmalı analizleri üzerinden mevcut araştırmalardaki benzer ve farklı yanlar vurgulanarak, genel çıkarımlar sunulmuştur.

Çalışmada 8 hafta boyunca sunulan HT öz yönetim programının müdahale grubunda hem SKB hem de DKB üzerinde kontrol grubuna kıyasla anlamlı düşme sağladığı görülmüştür. Benzer şekilde, Kordvarkane ve ark. (2023) tarafından yapılan bir randomize kontrollü araştırmada da Bireysel Düzenlemenin Ortak Anlam Modeli'ne dayalı eğitim programının HT'li bireylerde SKB ve DKB'yi anlamlı düzeyde düşürdüğü belirtilmiştir (139). Bu araştırmada müdahale grubunda başlangıç SKB değeri 136,88 mmHg iken, 8.haftada uygulamanın hemen bitimindeki değerlendirmede 120,71 mmHg, 12. haftada ise 123,25 mmHg şeklinde kaydedilmiştir. Kontrol grubunda ise ilk ölçümden sonra SKB ve DKB değerlerinde belirgin bir farklılık dikkat çekmemiştir. Yarı deneysel tasarımla yürütülen ve kısa dönem eğitim programının HT farkındalığı, tedavisi ve KB'ye etkilerini inceleyen başka bir araştırmada eğitim sonunda HT tedavisinin %20'den %95'e çıktığı, kontrolsüz HT oranının ise %12'den %51'e yükseldiği

gösterilmiştir (140). Marquez ve ark. (2019), 8 haftalık farkındalık temelli uygulamadan sonra SKB’de -2,6 mmHg’ye ve DKB’de -2,1 mmHg’ye varan azalma görüldüğünü bildirmiştir (46). Kılıç ve Uzunçakmak’ın (2016) HT’li bireylere verdikleri eğitim sonrasında müdahale öncesinde KB kontrol altında olmayanların oranı %32’den %21,2’ye gerilemiş, ayrıca katılımcıların SKB değerinde 14,03 mmHg, DKB’de ise 6,49 mmHg düşüş olduğu gösterilmiştir (141).

Literatürdeki çalışmaları destekler şekilde, araştırmamızda da müdahale grubunda başlangıçtan itibaren SKB değerinde 16, DKB ise 10 mmHg’lık bir azalma meydana gelmiştir (Cohen d=3,63). KB üzerinde bu etki büyüklüğünün elde edilmesinde katılımcılara modüler olarak sunulan HT öz yönetim programının istenen davranış değişikliklerini sağlamada başarılı olduğu, özellikle tuz kısıtlamaya yönelik faaliyetler, evde düzenli KB ölçümü, düzenli fiziksel aktivite bileşenlerinin yanı sıra farkındalık yaklaşımı ile vücutta oluşan genel relaksasyon yanıtı ve parasempatik sinir sistemi aktivasyonu ile stresle etkin baş edebilme yeteneği geliştirmesinin bu sürece olumlu katkıda bulunabileceği öngörülmektedir (44, 138, 142).

SKB ve DKB değerlerine benzer şekilde, HT’li bireylerde araştırmanın başlangıcında ve uygulamanın hemen bitiminde elde edilen metabolik değişkenler üzerinden gerçekleştirilen analizler ele alındığında, Roper, Logan, Tierney GYA dayalı hemşirelik modeline temellendirilen ve farkındalık temelli yaklaşım ile desteklenen HT öz yönetim eğitim programının müdahale grubunda açlık kan şekeri, yüksek dansiteli lipoprotein, düşük dansiteli lipoprotein düzeylerini anlamlı şekilde düşürdüğü, günlük potasyum alımını anlamlı düzeyde arttırdığı fakat trigliserit değerlerinde bu etkinin sağlanamadığı görülmüştür. HT’li bireylerde 12 hafta boyunca üç seans olarak uygulanan beslenme eğitimi sonrasında bulgularımızla paralel şekilde katılımcıların, açlık kan şekeri, yüksek dansiteli lipoprotein, düşük dansiteli lipoprotein düzeylerini anlamlı iyileşme sağlandığı bildirilmiştir (141). Metabolik ölçümlerde görülen bu değişimlerin bireylere eğitim içeriğinde sunulan yüksek tuz tüketiminin zararları, potasyumun vücuttaki genel etkileri, tuz kısıtlamasının HT yönetimine katkıları, ideal kiloyu koruma, hipertansiyonu durdurucu diyet uygulamaları bileşenleri, fiziksel aktivitenin

özendirilmesi, sağlıklı yeme davranışları ve öz bakım becerilerindeki artma ile doğrudan ilgili olabileceği düşünülmektedir. Triglicerit düzeylerindeki etki ise müdahalenin yalnızca 8 hafta boyunca uygulanması ve bu sürenin depo yağlar üzerindeki etkiyi görebilme açısından görece kısa olması ile açıklanabilir (143, 144). Kısa süreli müdahaleler, başlangıçta bazı biyokimyasal ve fizyolojik değişiklikler yaratabilir, ancak bu değişikliklerin kalıcı ve anlamlı olması için müdahalenin süresi ve devamlılığı önemlidir (143). Trigliceritlerin vücutta depolanmış yağlardan kaynaklandığını ve bu depoların azalmasının zaman aldığını göz önünde bulundurarak, daha uzun süreli eğitim ve müdahale programlarının daha etkili olabileceği söylenebilir.

Öz bakım, HT yönetiminde bireylerin genel sağlık sonuçlarını iyileştirmeleri ve yaşam kalitelerini arttırmaları için vazgeçilmez bir bileşendir (8, 39). Öz bakım, bireyin farkındalık düzeyinin, otokontrolünün ve motivasyonunun artırılması ile hastalık ve tedavi süreçlerine etkin katılımının sağlanması, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesine dayanmaktadır (145). Bu nedenle, öz bakım uygulamalarının değerlendirilmesinde; davranış, motivasyon ve öz etkililik boyutlarının ele alınması kritik öneme sahiptir (5, 146). Bu araştırmada, GYA dayalı hemşirelik modeline dayandırılan ve farkındalık ile desteklenen HT öz yönetim eğitim programının, kontrol grubuna kıyasla müdahale grubunda davranış, motivasyon ve öz etkililik puanlarını anlamlı düzeyde arttırdığı gösterilmiştir. Literatürde, çeşitli teorilere dayandırılan ve hemşire liderliğinde gerçekleştirilen eğitim programlarının HT öz bakım davranışlarına olumlu etkilerini gösteren klinik çalışmalar da bulunmaktadır (8, 9, 53). Ozaoemana ve ark.'nın (2019) iki grupta yarı deneysel tasarımlı çalışmasında, Bilgi-Motivasyon-Davranış Becerileri Modeline dayalı yapılandırdıkları toplum temelli sağlık eğitimi müdahalesinin, katılımcılarda HT bilgi puanı, fiziksel aktivite, uyku kalitesi, madde kullanımından uzak durma, sağlıklı beslenme ve ilaç uyumu gibi öz bakım uygulamalarını iyileştirdiği bildirilmiştir (147). Benzer şekilde, Afroamerikan HT'li bireylere verilen web tabanlı eğitim, evde KB takibi, ilaç yönetimi, hemşire danışmanlığından oluşan dört bileşenli 12 haftalık bir eğitim programının öz bakımı geliştirdiği belirtilmiştir (148). Nasresabetghadam ve ark. (2020)'nin Orem'in öz bakım teorisine dayalı sundukları eğitimin de benzer

şekilde, beslenme, kilo kontrolü ve fiziksel aktivite alanlarındaki öz bakım davranışlarını anlamlı düzeyde iyileştirdiği rapor edilmiştir (36). Jamison-Dinowitz'inin (2024), yakın zamanda kontrolsüz HT'si olan bireylere yönelik sundukları hasta merkezli öz bakım eğitim programının da öz bakım eksikliğini gidermede etkili olduğu doğrulanmıştır (149). Gök Metin ve ark.'nın (2023) metaanaliz çalışmasında da hemşirelik teorilerine dayalı çok bileşenli eğitim müdahalelerinin koroner arter hastalığı olan bireylerde öz bakım uygulamalarına önemli katkılar sağladığı vurgulanmıştır (150).

HT gibi kronik hastalık yönetiminde bireylerin öz bakım davranışlarına katılımını kısıtlayan temel engelin davranış değişikliğini sağlama konusundaki motivasyon eksikliği olduğu ifade edilmekte ve bu motivasyonun çeşitli psikososyal müdahalelerle artırılabilirliği belirtilmektedir (9, 96, 151). Son yıllarda, eğitim müdahalelerinin yanı sıra hem fiziksel hem de psikososyal yönleri ele alan farkındalık temelli uygulamaların HT'li bireylerin öz bakımını geliştirdiği yönündeki kanıtlar artmaktadır (9, 151, 152). Pereyra-Bencosme ve ark. (2023), derin nefes alma tekniklerinin HT öz yönetiminde ve stresi azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir (153). Chen ve ark. (2024), farkındalık temelli müdahalelerin HT yönetiminde olumlu bir rol oynadığını ve KB'yi düşürdüğünü göstermiştir (154). Tüm bu çalışma sonuçları perspektifinde, çalışmamız, sadece teori temelli interaktif eğitim müdahalesiyle sınırlı kalmayıp aynı zamanda nefes ve oturma farkındalığı uygulamalarını da günlük yaşama dâhil etmiş, bireylerin farkındalık düzeylerini artırarak daha bütüncül bir yaklaşımla öz bakım uygulamalarını benimsemelerine yardımcı olmuştur. Farkındalık temelli uygulamalar, bireylerin fiziksel, duygusal ve bilişsel durumlarını yargılamadan gözlemlmelerini öğreterek olumsuz düşünceleri engelleyip düşünce kalıplarını değiştirmeye motive ederek öz yeterliliğin artmasına yardımcı olmaktadır (52, 154). Bunlara ek olarak, araştırmamız katılımcılarda HT öz yönetim programı ile farkındalık uygulaması desteğinin sinerjistik etkilerinin müdahale bitimindeki dördüncü haftada (12. hafta) yapılan izlemde de devam ettiğini işaret etmiştir. Bu sonuç, farkındalık ile desteklenen eğitim programının uzun vadeli davranış değişiklikleri sağlayabileceği konusunda yeni araştırmalara kapı aralamaktadır.

Tedavi uyumu, bireyin sağlık profesyonellerinin önerilerini takip ederek hastalığı özelinde reçete edilen ilaç/ilaçları düzenli kullanması olarak özetlenebilir. HT'li bireyler için ömür boyu ve sürekli antihipertansif tedavi, ideal KB düzeylerine ulaşmanın ve öz bakımı sürdürmenin en etkili yollarından biridir (80). Optimal olmayan KB kontrolünün bireylerde antihipertansif ilaçlara zayıf uyum veya uyumsuzlukla yakından ilişkili olduğu araştırmalarla doğrulanmıştır (80, 155). Bu nedenle, antihipertansif ajanlara iyi uyumun, bireylerin optimum KB kontrolüne ulaşması açısından kritik olduğu düşünülmektedir (15, 155, 156). Ancak, ulusal ve uluslararası rehberler antihipertansif ilaç tedavisine başlayan HT'li bireylerin reçete edilen ilaçlarını almayı genellikle ilk 1 yıl içinde bıraktığını ve ilaca uyumun yetersiz olduğunu vurgulamaktadır (21, 90). Bu kapsamda, HT'li bireylerin tedaviye uyumunu iyileştirmeye yönelik çeşitli müdahaleler ve önlemler mevcut olmakla birlikte, bazı müdahalelerin etkili olduğu da doğrulanmıştır (192). Son yıllarda, sağlık okuryazarlığının zayıf olması gibi bireyle ilişkili uyumsuzluk faktörlerinin eğitim müdahaleleriyle aşılabileceğini bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (193-195).

Lu ve ark.'nın (2015) Çin'de yürüttükleri randomize kontrollü bir çalışmada, düşük sosyoekonomik statüdeki 360 hipertansif birey için toplum temelli sağlık eğitim stratejilerinin etkileri değerlendirilmiştir (193). Katılımcılar rastgele, 2 yıl boyunca grup 1 (okuma materyalleri ile kendi kendine öğrenme), grup 2 (aylık düzenli dersler) ve grup 3 (aylık interaktif eğitim atölyeleri)'ne atanmıştır. Antihipertansif ilaçların düzenli kullanımında en büyük uyum artışı grup 3'te (%36,8'den %92,3'e), ardından grup 2'de (%31,6'dan %79,8'e) ve grup 1'de (%39,7'den %50,9'a) görülmüştür. İlaçların düzenli kullanımı, "ayda üç kereden az ilaç kaçıрма" olarak tanımlanmış ve öz bildirimlerle değerlendirilmiştir. Araştırmacılar, interaktif eğitim atölyelerinin HT yönetiminde etkili bir sağlık eğitimi olduğunu bildirmişlerdir (193). Benzer olarak, Ogedegbe ve ark. (2007) tarafından Afroamerikanlarla (n=190) gerçekleştirilen randomize kontrollü başka bir çalışmada, motivasyonel görüşme danışmanlığının, tedavi uyumu ve KB kontrolü üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. Müdahale grubu, KB, diyet ve egzersiz ile ilgili davranışları ve kişisel hedefleri arasındaki çelişkiyi tanıyıp çözmelerine yardımcı olacak şekilde tasarlanmış, 3, 6, 9 ve 12. aylarda; 30-40

dakikalık hasta merkezli danışmanlık seansları almıştır. İlaç uyumu, her çalışma ziyaretinde getirilen İlaç Olayları İzleme Sistemi ile donatılmış elektronik tablet/hap monitörleri ve başlangıçtan 12. aya kadar olan KB ölçümlerindeki değişiklikler ile değerlendirilmiştir. Sonuçlar, müdahale grubunun kontrol grubuna kıyasla daha yüksek bir uyumu (sırasıyla %60 ve %47, $p=0,05$) olduğunu; motivasyonel görüşme danışmanlığı ve tablet/hap izlem sisteminin, bireylerin ilaçlarına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyum sağlamaya teşvik edebileceğini göstermiştir (194). Irmak ve ark. (2007) tarafından HT'li bireylere uygulanan ve yarı deneysel tasarımla yürütülen bir eğitim programı sonunda da katılımcıların tamamı altı aylık izlem sonunda ilaçlarını önerilen doz ve sıklıkta kullanmaya başlamışlardır (195). Son yıllarda, eğitim müdahalelerinin yanı sıra farkındalık temelli müdahalelerin de ilaç tedavisine uyumsuzluğu iyileştirmede umut verici sonuçları bulunmaktadır. Şen Gökçeimam ve ark. (2022), farkındalık ile tedavi uyumu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu; farkındalığın duygudurum üzerindeki olumlu etkilerinden dolayı ilaç uyumunu arttırabileceğini vurgulamıştır. Ancak, sekiz haftalık farkındalık temelli müdahalenin tedavi uyumuna etkilerini değerlendiren bir sistematik derlemede çelişkili sonuçlar olduğu ifade edilmiştir (196). An ve ark. (2022) ise, çok yönlü bir zihin-beden programı olan farkındalık farkındalığı programı ve sağlığı geliştirme programının da HT'de ilaç uyumunu arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır (197). Bu sonuçlara paralel olarak, araştırmamız, GYA dayalı hemşirelik modeline dayandırılan eğitim programı ve eş zamanlı sunulan farkındalık temelli uygulamanın HT'li bireylerde tedavi uyumunu geliştirdiğini, davranış ve tutum kazanma açısından olumlu katkılar sağladığını göstermesi açısından önemlidir. Modüler eğitimler sırasında, HT'ye yönelik doğru ve olumlu tutumlarla birleşen yeterli bilgi, bireylerin tedavisine uyması için en temel dayanağı oluşturmuştur. HT'li bireylerin HT hakkındaki bilgilerinin yanı sıra ilaçların gerekliliği ve yan etkileri konusunda eğitim ve danışmanlık alması da HT hakkındaki bilgilerini ve olumlu inançlarını en üst düzeye çıkararak tedaviye uyumu desteklemiş olabilir (157). Tedavi uyumu düşük olan kronik hastaları konu alan bir metaanaliz ise alışkanlığa dayalı müdahalelerin diğer müdahalelerden daha etkili olduğunu; daha fazla bileşeni olan müdahale programlarının, az bileşeni olanlara göre etki büyüklüklerinin daha fazla

olduğunu ortaya çıkarmıştır, bu bulgu bu kapsamda araştırmamızın ikinci hipotezini desteklemektedir (199). HT’de, ilaç doz saatlerinin hatırlanmaması veya hatırlamada zorluk yaşanması, hastalığın düzeldiği ya da ilacın işe yaramadığı varsayımları üzerine hekime danışılmadan ilacın kesilmesi tedavi uyumunun önündeki en önemli engellerden biridir. Çalışmamızda geliştirilen çok bileşenli HT öz yönetim eğitim programı ile bireylerin farkındalık düzeylerinin artması, düşüncelerin organize olması, zamanın doğru yönetimi ve tedavi sürecinin bilinçli şekilde takip edilmesi gibi durumların da tedavi uyumuna katkıları olmuş olabilir.

HT’de öz bakım ve tedavi uyumu kadar önemli olan bir diğer bileşen ise sağlıklı yaşam biçimi davranış değişiklikleridir. Bu araştırma, Roper, Logan ve Tierney GYA dayalı hemşirelik modeline dayalı geliştirilen ve eş zamanlı olarak farkındalık temelli yaklaşımla desteklenen sekiz seanslık HT öz yönetim programının HT’li bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkilerini de değerlendirmiştir. Analizler, müdahale grubundaki bireylerin sağlıklı yaşam biçimi puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bulgularımız, HT öz yönetim eğitim programının bireylerde fiziksel aktivite yapma sıklığını artırma, alkol ve sigara tüketimini sınırlama, düzenli KB ölçümüne dikkat etme, stresle baş etme gibi konularda kazandırdığı bilgi ve becerilerin daha sağlıklı olma, sağlığın sorumluluğunu alma, öz bakımı geliştirme ve tedavi uyumu üzerindeki yansımalar ile istendik şekilde motivasyon sağlamış olabilir.

Sağlığı geliştirme ve sürdürmede temel anahtar olan, sağlıklı yaşam biçimlerini geliştirme ise tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi HT için de oldukça zorlayıcıdır. Lee ve ark. (2023) tarafından HT’li bireylere uygulanan ve yarı deneysel tasarımla yürütülen bir eğitim programı sonunda katılımcıların düzenli egzersiz yapma ve diyetine uyma oranlarında önemli bir artış olduğu bildirilmiştir (158). Katılımcıların doymuş yağ ve kolesterolden zengin besinlerin günlük tüketim oranında önemli bir azalma, buna karşılık kurubaklagiller, meyve ve sebze tüketiminde ise anlamlı bir artma olduğu belirtilmiştir (158). Beune ve ark.’nın (2014), kontrolsüz HT’li Afrika kökenli bireylere, hemşire liderliğinde sundukları sorma, değerlendirme, tavsiyede bulunma, yardım etme ve düzenleme aşamalarını içeren, kültüre özgü yapılandırdıkları, her biri 30 dakika süren üç seans

motivasyonel görüşmenin ardından katılımcılarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının anlamlı düzeyde iyileştiği belirtilmiştir (159). Cicolini ve ark.'nın (2014) randomize kontrollü çalışmasında, müdahale grubundaki bireylere altı ay boyunca haftada bir, tuzdan fakir diyet, orta derecede aerobik egzersiz, sigarayı bırakma, alkol tüketimini sınırlandırma, düzenli KB ölçümü yapma/yaptırma konularında hatırlatmaları içeren e-postalar gönderilmiştir (123). Araştırmacılar, 6 ayda müdahale grubunda; ortalama günlük alkol tüketimi, içilen ortalama sigara sayısının anlamlı düzeyde azaldığını, meyve tüketimi ve günlük fiziksel aktivite süresinde ise kontrol grubuna göre anlamlı bir artış olduğunu ifade etmişlerdir (201). Kolcu ve Ergun (2020) tarafından sunulan altı seans sağlık eğitimi ve bir hafta aralıklarla düzenlenen dört kısa motivasyon toplantısını takiben de müdahale grubunda sodyum kısıtlaması, ideal beslenme alışkanlığı, düzenli egzersiz, stres azaltıcı nefes egzersizi yapma, bu davranışları düzenli uygulama sıklığının kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (160). Benzer şekilde, Villarino ve ark. (2021), tedaviye uyumsuz HT'li bireylerde yaşam tarzı müdahale programının etkilerini değerlendirmişler, üç ay içerisinde katılımcıların SKB ve DKB değerlerinde düşme ve davranışsal faktörlerde iyileşme olduğunu bildirmişlerdir (161). Beigi ve ark. (2014) yarı deneysel araştırmasında da katılımcıların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarında anlamlı artış olduğu doğrulanmıştır (162). Yakın tarihli bir metaanaliz, HT yönetimi, yaşam tarzı davranışı ve bireylerin HT ilişkili risk faktörleri hakkındaki bilgileri üzerinde hemşire liderliğindeki müdahalelerin rutin bakıma karşı etkinliğini incelemiş ve hemşire liderliğindeki müdahalelerin diyet ve fiziksel aktiviteyi iyileştirdiğini ortaya çıkarmıştır (93). Bu kapsamda çalışmalar bütüncül olarak değerlendirildiğinde, hemşire liderliğindeki eğitim ve danışmanlık programlarının, beslenme, egzersiz, sigara ve alkol kullanımını sınırlandırma, kilo yönetimi gibi özellikle kritik yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği sonucuna varılabilir.

Literatür incelendiğinde, çoğu klinik çalışmanın katılımcılarda sadece bilişsel düzeyi iyileştirmeye yönelik müdahaleler uyguladığı, HT yönetimini büyük oranda etkileyebilecek önemli bir risk faktörü olan ve sağlıksız yaşam biçimi davranışlarına yol açan stres faktörünün yönetimine odaklanmadığı dikkat

çekmektedir (44, 47). İstendik sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında köklü değişikliklerin yapılabilmesi ve bunların sürdürülebilirliğinin sağlanmasında ise farkındalık temelli yaklaşımların önemli bir pekiştireç olarak katkılar sağlayabileceği akılda bulundurulmalıdır. Farkındalık temelli yaklaşımlar arasında oldukça sık kullanılan meditasyon, HT tedavisine yönelik güncel kılavuzlarda da yer almıştır (kanıt düzeyi IIaB) (21, 90). Farkındalık temelli yaklaşımların HT yönetiminde stres düzeyini düşürdüğü, polifarmasiyi azalttığı ve KB kontrolünü sağlamada yardımcı olabileceği bildirilmiştir (44, 142). Hughes ve ark. (2016) ise KB'ye yönelik yararlı sonuçların, takibin üçüncü ayından sonra daha belirgin ve tutarlı olduğunu bildirmiştir (163). Bu kapsamda, araştırmamızda da HUY programının etkileri katılımcıların SKB, DKB, metabolik değişkenlerinden çoğu, öz bakım, ilaç uyumu, sağlıklı yaşam biçimi, bilinçli farkındalık puanlarında müdahale 8. haftada bitmesine rağmen 12. haftada yapılan izlemlerde etkilerini sürdürmeye devam etmiştir. Ayrıca, müdahale grubunda HT'ye yönelik bilgi düzeyinde önemli artış sağlandığı dikkat çekmiştir. Bulgularımızı destekler şekilde Beigi ve ark. (2014) çalışmasında da katılımcıların HT'ye yönelik bilgi düzeylerinin anlamlı şekilde arttığı bildirilmiştir (162).

Roper, Logan ve Tierney GYA dayalı hemşirelik modeline temellendirilen ve farkındalık yaklaşımı ile desteklenen bu eğitim programı, HT özelinde modüler olarak sunulan bilgi ve becerilerin yanı sıra katılımcılarda zihin-beden arasında denge kurma, stres kaynaklarını fark etme, strese etkin yanıt verme ve değişime açık olma, kabullenme konularında deneyimi arttırarak HT'de öz bakım, tedavi uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarından oluşan üç değişkeni de geliştirmede etkisini göstermiş olabilir.

Bu çalışmada, eğitim programında müdahale başladıktan sonra kayıp olmaması ve HT ön test-son test bilgi puanlarının değerlendirilmesi araştırmanın güçlü yönlerindendir. Katılımcıların düzenli olarak eğitim programına katılması, uygun ölçüm araçlarının kullanılması ve post-hoc güç analizi yapılması sonuçların güvenilirliğini ve geçerliğini doğrulamıştır. Ayrıca, bu eğitim programı HT yönetiminde GYA dayalı hemşirelik modeli eşliğinde uygulanan farkındalık temelli yaklaşımın etkilerini değerlendiren ilk çalışma olarak da kapsamlı bir bakış açısı kazandırmıştır. Araştırmada, katılımcıların KB değerlerinin yanı sıra açlık

kan şekeri, yüksek dansiteli lipoprotein, düşük dansiteli lipoprotein ve trigliserit düzeyleri gibi metabolik değişkenlerin de izlenmesi, eğitim programının genel sağlık üzerindeki etkilerini objektif olarak ortaya çıkarmaya yardımcı olmuştur.

Bununla birlikte, bu araştırmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Öncelikle, araştırmanın müdahale süresi 8 hafta, izlem süresi ise 4 hafta ile sınırlıdır. Bu süre, HT öz yönetim eğitim programının uzun vadedeki etkilerini değerlendirmek için yetersiz olabilir ve daha uzun izlem süreleri gerekebilir. Ayrıca, araştırma tek bir merkezde gerçekleştirilmiştir, bu da sonuçların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Bu sınırlılıklara rağmen, araştırmanın HT yönetiminde hemşirelik modelinin yanı sıra farkındalık temelli yaklaşımın da potansiyel yararlarını eş zamanlı olarak ortaya koymasının yeni çalışmalara yön verebileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Roper, Logan ve Tierney'in GYA dayalı hemşirelik modeline temellendirilen ve farkındalık yaklaşımıyla desteklenen bu modüler HT öz yönetim eğitim programı sonunda;

- Müdahale grubunun SKB ve DKB değerlerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu
- Müdahale grubundaki katılımcılarda açlık kan şekeri, düşük dansiteli lipoprotein ve BKİ'nin anlamlı şekilde azaldığı ama trigliserit düzeyinde 12 haftanın sonunda belirgin bir fark olmadığı
- Ülkemizde HT'li bireylerin özellikle direnç gösterdiği tuz tüketimi konusunda serum sodyum düzeyini düşürdüğü
- HT özelinde her hafta modüler olarak, grup eşliğinde sunulan 20 dakika teorik eğitim ve bunu takiben 25 dakika süreyle uygulanan farkındalık temelli yaklaşımın müdahale grubunda hem 8. hafta hem de 12. haftada öz bakım, tedavi uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiği ortaya çıkarılmıştır.

6.2. Öneriler

- Kırsal kesimde yaşayan, hastanelere erişim sorunu olan, pandemi, deprem vb. kriz durumlar yaşayan bireyler için HT öz yönetim eğitimlerinin uzaktan eğitim şeklinde organize edilmesi
- Yetişkin eğitimi prensiplerinden hareketle eğitim içeriklerinin hedefe uygun şekilde ve modüler olarak hazırlanması
- Sağlık profesyonellerinin, özellikle hemşirelerin, farkındalık temelli eğitim programları konusunda eğitilmesi ve bu becerilerini danışmanlık ve eğitim programlarına taşımaları
- HT öz yönetim programının uzun vadeli etkilerinin ileri evre HT'li bireylerde de değerlendirilmesi

- Kronik hastalıkların yönetiminde hemşirelik teori ve modellerini kullanan ve randomize kontrollü tasarımı olan yeni araştırmalar ile alanda kanıt düzeyinin artırılması
- Farkındalık temelli yaklaşımların katılımcıların günlük yaşamlarına entegre edilmesi için yeni planlamalar yapılması önerilir.



7. KAYNAKLAR

1. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. Türk hipertansiyon uzlaşı raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2019;47(6):535-46.
2. Aşkın L, Tanrıverdi O, Türkmen S, Aktürk E. 2018 Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Hipertansiyon Derneği Kılavuzu: Hipertansiyona Güncel Yaklaşımlar ve Tedavi Stratejileri. *MN Kardiyoloji.* 2018;25(4):205-11.
3. WHO. Hypertension. 2021;<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> (Erişim Tarihi: 10.02.2023).
4. 17 Mayıs Hipertansiyon Günü Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü [Internet]: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2024 [updated Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2024. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/17-mayis-ht.html>.
5. Konlan KD, Shin J. Determinants of self-care and home-based management of hypertension: an integrative review. *Global Heart.* 2023;18(1).
6. Mekonnen HS, Gebrie MH, Eyasu KH, Gelagay AA. Drug adherence for antihypertensive medications and its determinants among adult hypertensive patients attending in chronic clinics of referral hospitals in Northwest Ethiopia. *BMC Pharmacology and Toxicology.* 2017;18(1):1-10.
7. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, Nakhla M, Ahmed SB, Dumanski SM, et al. Hypertension Canada's 2020 comprehensive guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in adults and children. *Canadian Journal of Cardiology.* 2020;36(5):596-624.
8. Hasriani, Sjattar EL, Arafat R. Transtheoretical model on the self-care behavior of hypertension patients: a systematic review. *Journal of Health Research.* 2021;ahead-of-print(ahead-of-print).
9. Asa Kohneforoudi Z, Gholian-Aval M, Tehrani H, Esmaily H. Evaluation of Self-Care Status and Its Relationship with Self-Efficacy of Patients with Hypertension. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion.* 2021;8(4):336-47.
10. Jones NR, McCormack T, Constanti M, McManus RJ. Diagnosis and management of hypertension in adults: NICE guideline update 2019. *British Journal of General Practice.* 2020;70(691):90-1.
11. Massimi A, De Vito C, Brufola I, Corsaro A, Marzuillo C, Migliara G, et al. Are community-based nurse-led self-management support interventions effective in chronic patients? Results of a systematic review and meta-analysis. *PloS one.* 2017;12(3):e0173617.
12. Bryant KB, Sheppard JP, Ruiz-Negrón N, Kronish IM, Fontil V, King JB, et al. Impact of self-monitoring of blood pressure on processes of hypertension care and long-term blood pressure control. *Journal of the American Heart Association.* 2020;9(15):e016174.
13. Bosworth HB, Olsen MK, Grubber JM, Neary AM, Orr MM, Powers BJ, et al. Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. *Annals of internal medicine.* 2009;151(10):687-95.
14. Li R, Liang N, Bu F, Hesketh T. The effectiveness of self-management of hypertension in adults using mobile health: systematic review and meta-analysis. *JMIR mHealth and uHealth.* 2020;8(3):e17776.
15. Dego TR, Bobasa EM. Adherence to anti-hypertensive medication and contributing factors among non-comorbid hypertensive patients in two hospitals of jimma town, south west ethiopia. *Gulhane Tip Dergisi.* 2016;58(1):60.
16. Mennini FS, Marcellusi A, Von Der Schulenburg JMG, Gray A, Levy P, Sciattella P, et al. Cost of poor adherence to anti-hypertensive therapy in five European countries. *The European Journal of Health Economics.* 2015;16(1):65-72.
17. Wan J, Wu Y, Ma Y, Tao X, Wang A. Predictors of poor medication adherence of older people with hypertension. *Nursing Open.* 2022.

18. Poulter NR, Borghi C, Parati G, Pathak A, Toli D, Williams B, et al. Medication adherence in hypertension. *Journal of hypertension*. 2020;38(4):579-87.
19. Ott C, Schmieder RE. Diagnosis and treatment of arterial hypertension 2021. *Kidney International*. 2022;101(1):36-46.
20. Organization WH. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults: web annex A: summary of evidence: World Health Organization; 2021.
21. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European heart journal*. 2018;39(33):3021-104.
22. Organization WH. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults: summary. 2022.
23. Etmnani K, Tao Engström A, Göransson C, Sant'Anna A, Nowaczyk S. How behavior change strategies are used to design digital interventions to improve medication adherence and blood pressure among patients with hypertension: systematic review. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(4):e17201.
24. Izeogu C, Kalinowski J, Schoenthaler A. Strategies to improve adherence to anti-hypertensive medications: a narrative review. *Current Hypertension Reports*. 2020;22:1-16.
25. Khadoura KJ, Shakibazadeh E, Mansournia MA, Aljeesh Y, Fotouhi A. Effectiveness of motivational interviewing on medication adherence among Palestinian hypertensive patients: a clustered randomized controlled trial. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2021;20(5):411-20.
26. Anderson LJ, Nuckols TK, Coles C, Le MM, Schnipper JL, Shane R, et al. A systematic overview of systematic reviews evaluating medication adherence interventions. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2020;77(2):138-47.
27. Ampofo AG, Khan E, Ibitoye MB. Understanding the role of educational interventions on medication adherence in hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Heart & Lung*. 2020;49(5):537-47.
28. Yazdanpanah Y, Saleh Moghadam AR, Mazlom SR, Haji Ali Beigloo R, Mohajer S. Effect of an educational program based on health belief model on medication adherence in elderly patients with hypertension. *Evidence Based Care*. 2019;9(1):52-62.
29. Gutierrez MM, Sakulbumrungsil RC. Effect of Patient Education Intervention on Medication Adherence and Blood Pressure of Hypertensive Filipino Patients: Systematic Review and Meta-analysis. *Philippine Journal of Science*. 2021;150(4).
30. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. *Patient Education and Counseling*. 2012;89(1):57-62.
31. Mouodi S, Hosseini SR, Ghadimi R, Cumming RG, Bijani A, Mouodi M, et al. Lifestyle interventions to promote healthy nutrition and physical activity in middleage (40-60 Years) adults: a randomized controlled trial in the north of Iran. *Journal of Research in Health Sciences*. 2019;19(1):e00434.
32. Stergiou GS, Palatini P, Parati G, O'Brien E, Januszewicz A, Lurbe E, et al. 2021 European Society of Hypertension practice guidelines for office and out-of-office blood pressure measurement. *Journal of Hypertension*. 2021;39(7):1293-302.
33. Rodriguez MA, Friedberg JP, DiGiovanni A, Wang B, Wylie-Rosett J, Hyounng S, et al. A tailored behavioral intervention to promote adherence to the DASH diet. *American journal of health behavior*. 2019;43(4):659-70.
34. Chen M-L, Hu J, McCoy TP, Letvak S, Ivanov L. Associations of lifestyle intervention effect with blood pressure and physical activity among community-dwelling older Americans with hypertension in Southern California. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(16):5673.

35. Blumenthal JA, Hinderliter AL, Smith PJ, Mabe S, Watkins LL, Craighead L, et al. Effects of lifestyle modification on patients with resistant hypertension: results of the TRIUMPH randomized clinical trial. *Circulation*. 2021;144(15):1212-26.
36. Nasresabetghadam S, Jahanshahi M, Fotokian Z, Nasiri M, Hajiahmadi M. The effects of Orem's self-care theory on self-care behaviors among older women with hypertension: A randomized controlled trial. *Nursing and Midwifery Studies*. 2021;10(2):99-108.
37. Krishnamoorthy Y, Nagarajan R, Murali S. Effectiveness of multiple combined lifestyle interventions in reducing blood pressure among patients with prehypertension and hypertension: a network meta-analysis. *Journal of Public Health*. 2023;45(2):e319-e31.
38. Edelman D, Dolor RJ, Coffman CJ, Pereira KC, Granger BB, Lindquist JH, et al. Nurse-led behavioral management of diabetes and hypertension in community practices: a randomized trial. *Journal of general internal medicine*. 2015;30:626-33.
39. Khademian Z, Ara FK, Gholamzadeh S. The effect of self care education based on orem's nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension: a quasi-experimental study. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2020;8(2):140.
40. Delavar F, Pashaeypoor S, Negarandeh R. The effects of self-management education tailored to health literacy on medication adherence and blood pressure control among elderly people with primary hypertension: A randomized controlled trial. *Patient education and counseling*. 2020;103(2):336-42.
41. Obezite T, Grubu HÇ. Hipertansiyon tanı ve tedavi kılavuzu. *Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği*, Ankara. 2018:15-7.
42. Herrod PJ, Doleman B, Blackwell JE, O'Boyle F, Williams JP, Lund JN, et al. Exercise and other nonpharmacological strategies to reduce blood pressure in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2018;12(4):248-67.
43. Solano Lopez AL. Effectiveness of the mindfulness-based stress reduction program on blood pressure: a systematic review of literature. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2018;15(5):344-52.
44. Blom K, Baker B, How M, Dai M, Irvine J, Abbey S, et al. Hypertension Analysis of Stress Reduction Using Mindfulness Meditation and Yoga: Results From the Harmony Randomized Controlled Trial. *American Journal of Hypertension*. 2014;27(1):122-9.
45. Trudel X, Brisson C, Gilbert-Ouimet M, Milot A. Psychosocial stressors at work and ambulatory blood pressure. *Current cardiology reports*. 2018;20(12):1-9.
46. Ponte Márquez PH, Feliu-Soler A, Solé-Villa MJ, Matas-Pericas L, Filella-Agullo D, Ruiz-Herrerias M, et al. Benefits of mindfulness meditation in reducing blood pressure and stress in patients with arterial hypertension. *Journal of human hypertension*. 2019;33(3):237-47.
47. Conversano C, Orrù G, Pozza A, Miccoli M, Ciacchini R, Marchi L, et al. Is Mindfulness-Based Stress Reduction Effective for People with Hypertension? A Systematic Review and Meta-Analysis of 30 Years of Evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(6):2882.
48. Lee EK, Yeung NC, Xu Z, Zhang D, Yu C-P, Wong SY. Effect and acceptability of mindfulness-based stress reduction program on patients with elevated blood pressure or hypertension: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2020;76(6):1992-2001.
49. Williams H, Simmons LA, Tanabe P. Mindfulness-based stress reduction in advanced nursing practice: a nonpharmacologic approach to health promotion, chronic disease management, and symptom control. *Journal of Holistic Nursing*. 2015;33(3):247-59.
50. Sangprasert P, Palangrit S, Tiyoa N, Pattaraarchachai J. Effects of mindfulness-based health education practice on health behaviors and quality of life among hypertensive patients. *Journal of Health Research*. 2019;33(3):186-96.
51. Nejati S, Zahiroddin A, Afrookhteh G, Rahmani S, Hoveida S. Effect of group mindfulness-based stress-reduction program and conscious yoga on lifestyle, coping strategies, and systolic and

diastolic blood pressures in patients with hypertension. *The Journal of Tehran University Heart Center*. 2015;10(3):140.

52. Babak A, Motamedi N, Mousavi SZ, Darestani NG. Effects of mindfulness-based stress reduction on blood pressure, mental health, and quality of life in hypertensive adult women: a randomized clinical trial study. *The Journal of Tehran University Heart Center*. 2022;17(3):127.

53. Farazian F, Emami Moghadam Z, Heshmati Nabavi F, Behnam Vashani H. Effect of self-care education designed based on bandura's self-efficacy model on patients with hypertension: a randomized clinical trial. *Evidence Based Care*. 2019;9(2):44-52.

54. Friedberg JP, Rodriguez MA, Watsula ME, Lin I, Wylie-Rosett J, Allegrante JP, et al. Effectiveness of a tailored behavioral intervention to improve hypertension control: primary outcomes of a randomized controlled trial. *Hypertension*. 2015;65(2):440-6.

55. Roper N, Logan WW, Tierney AJ. *The Roper-Logan-Tierney model of nursing: based on activities of living*. (No Title). 2000.

56. Williams BC. The Roper-logan-tierney model of nursing. *Nursing2020 Critical Care*. 2017;12(1):17-20.

57. Moura GNd, Nascimento JCd, Lima MAd, Frota NM, Cristino VM, Caetano JA. Activities of living of disabled people according to the Roper-Logan-Tierney model of nursing. *Northeast Network Nursing Journal*. 2015;16(3).

58. Holland K, Jenkins J. *Applying the Roper-Logan-Tierney Model in Practice-E-Book: Applying the Roper-Logan-Tierney Model in Practice-E-Book: Elsevier Health Sciences*; 2019.

59. Ata EE, Cobanoglu A. Evaluation of Care Plans Prepared by First-Year Nursing Students According to the Activities of Daily Living Model and NANDA Diagnoses. *International Journal of Caring Sciences*. 2022;15(1):201.

60. Davies B, Galloway J. *Rehabilitation in long-term conditions. Long-Term Conditions: A Guide for Nurses and Healthcare Professionals*. 2011.

61. Cetinkaya Eren O, Buker N, Tonak HA, Urguden M. The effect of video-assisted discharge education after total hip replacement surgery: a randomized controlled study. *Scientific Reports*. 2022;12(1):3067.

62. Arda Sürücü H, Büyükkaya Besen D, Erbil EY. Empowerment and social support as predictors of self-care behaviors and glycemic control in individuals with type 2 diabetes. *Clinical nursing research*. 2018;27(4):395-413.

63. Nuray Turan PhD B, Merdiye Sendir PhD B. Defining care needs for inpatients in the orthopaedics and traumatology clinic. *International Journal of Caring Sciences*. 2019;12(2):1-7.

64. Elsherif M, Noble H. Management of COPD using the Roper-Logan-Tierney framework. *British Journal of Nursing*. 2011;20(1):29-33.

65. Gultas M, Neriman Akansel R. Nursing Care of the Patient after Breast Conserving Surgery According to Life Model: A Case Study. *International Journal of Caring Sciences*. 2017;10(2):1075.

66. Sousa SS, Andrade MJ, Fernandes CS, Barbeiro SR, Teixeira VT, Pereira RS, et al. Healthcare Experience of People with Acute Spinal Cord Injury: A Phenomenological Study. *Nursing Reports*. 2023;13(4):1671-83.

67. Bakir GK, Göktas S. The effects of motivational interviews about activities of daily living on physical adjustment and quality of life in elderly total knee arthroplasty patients: A randomised-controlled trial. 2023.

68. Meredith AH, Schmelz AN, Dawkins E, Carter A. Group education program for hypertension control. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2020;22(11):2146-51.

69. Gabb G. What is hypertension? *Australian Prescriber*. 2020;43(4):108.

70. Carey RM, Whelton PK, Committee* AAHW. Prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: synopsis of the 2017 American College of

Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline. *Annals of internal medicine*. 2018;168(5):351-8.

71. Mills KT, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nature Reviews Nephrology*. 2020;16(4):223-37.

72. Number of people living with hypertension has doubled to 1.28 billion since 1990. [Internet] 2021 [Available from: Erişim adresi: <https://www.who.int/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>. .

73. Ostchega Y, Fryar CD, Nwankwo T, Nguyen DT. Hypertension prevalence among adults aged 18 and over: United States, 2017–2018. 2020.

74. Song J-J, Ma Z, Wang J, Chen L-X, Zhong J-C. Gender differences in hypertension. *Journal of cardiovascular translational research*. 2020;13(1):47-54.

75. Valenzuela PL, Carrera-Bastos P, Gálvez BG, Ruiz-Hurtado G, Ordovas JM, Ruilope LM, et al. Lifestyle interventions for the prevention and treatment of hypertension. *Nature Reviews Cardiology*. 2021;18(4):251-75.

76. Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E, Lim SS, Abate D, Abate KH, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The lancet*. 2018;392(10159):1923-94.

77. Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2023. [Internet]. 2024 [updated Erişim Tarihi: 18 Haziran 2024]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709>.

78. Zhou B, Perel P, Mensah GA, Ezzati M. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nature Reviews Cardiology*. 2021;18(11):785-802.

79. Singh JN, Nguyen T, Kerndt CC, Dhamoon AS. Physiology, blood pressure age related changes. 2019.

80. Adinkrah E, Bazargan M, Wisseh C, Assari S. Adherence to hypertension medications and lifestyle recommendations among underserved African American middle-aged and older adults. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(18):6538.

81. Organization WH. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019: World Health Organization; 2019.

82. T.C. SB. "Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı 2015-2020". Ankara; 2015.

83. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız BO, Altun B, Ertürk Ş, et al. Turkish hypertension consensus report. *Türk Kardiyoloji Dernegi arsivi: Turk Kardiyoloji Derneginin yayin organidir*. 2015;43(4):402-9.

84. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandao AA, Feitosa ADdM, et al. Brazilian guidelines of hypertension–2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2021;116:516-658.

85. Chakraborty DS, Lahiry S, Choudhury S. Hypertension Clinical Practice Guidelines (ISH, 2020): What Is New? *Medical Principles and Practice*. 2021;30(6):579-84.

86. Wright KD, Jones LM, Adams IR, Moss KO, Harmon-Still C, Nguyen CM, et al. Co-created health education intervention among older African American women living with hypertension. *EXPLORE*. 2022;18(2):234-9.

87. Mogi M, Maruhashi T, Higashi Y, Masuda T, Nagata D, Nagai M, et al. Update on hypertension research in 2021. *Hypertension Research*. 2022;45(8):1276-97.

88. Mancia Chairperson G, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, Muiesan M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal

Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). *Journal of hypertension*. 2023;41(12):1874-2071.

89. Parikh NI PM, Wang TJ, Benjamin EJ, Lanier KJ, Levy D, D'Agostino RB, Kannel WB, Vasan RS. A risk score for predicting near-term incidence of hypertension: the Framingham Heart Study. *Annals of internal medicine*. . PMID:18195335. 2008;148(2):102-10.

90. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS. Acc/aha/aapa/abc/acpm/ags/APhA/ASH/ASPC/nma/pcna guideline for the prevention, Detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a Report of the American College of Cardiology/American heart Association. Task force on clinical practice guidelines//J. Am. Coll. Cardiol.-2017.-Nov 13. *Почки*. 2018;7(1):68-74.

91. Raby K, Rocco M, Oparil S, Gilbert ON, Upadhya B. Heart failure primary prevention: what does SPRINT add?: recent advances in hypertension. *Hypertension*. 2021;77(6):1804-14.

92. Üner S, Balcılar M, Ergüder T. Türkiye hanehalkı sağlık araştırması: bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörleri prevalansı 2017 (STEPS). Dünya Sağlık Örgütü Türkiye Ofisi, Ankara. 2018:21-66.

93. Stephen C, Halcomb E, Fernandez R, McInnes S, Batterham M, Zwar N. Nurse-Led interventions to manage hypertension in general practice: A systematic review and Meta-Analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2022;78(5):1281-93.

94. Tan JP, Cheng KKF, Siah RCJ. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of education on medication adherence for patients with hypertension, hyperlipidaemia and diabetes. *Journal of advanced nursing*. 2019;75(11):2478-94.

95. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Hypertension*. 2020;75(6):1334-57.

96. Ademe S, Aga F, Gela D. Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):1-9.

97. Collaboration NCDRF. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957-80.

98. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *The Lancet*. 2021;398(10304):957-80.

99. Song C, Li X, Ning X, Song S. Nursing case management for people with hypertension: A randomized controlled trial protocol. *Medicine*. 2020;99(52).

100. Tan FCJH, Oka P, Dambha-Miller H, Tan NC. The association between self-efficacy and self-care in essential hypertension: a systematic review. *BMC Family Practice*. 2021;22(1).

101. Wang Z, Chen Z, Zhang L, Wang X, Hao G, Zhang Z, et al. Status of hypertension in China: results from the China hypertension survey, 2012–2015. *Circulation*. 2018;137(22):2344-56.

102. Yang E, Sharma G, Ram V. American and European hypertension guidelines: finding common ground. *American Journal of Cardiology*. 2019;123(8):1378-82.

103. Forody Z, Aval, M., Tehrani, H., & Esmaily, H. The Effect of self-efficacy education based on self-care behaviors of self-administered hypertension groups. *The Journal of Tolooebehdasht*. 2021.

104. Park E, Kim J. The impact of a nurse-led home visitation program on hypertension self-management among older community-dwelling Koreans. *Public Health Nursing*. 2016;33(1):42-52.

105. Roldan PC, Ho GY, Ho PM. Updates to adherence to hypertension medications. *Current hypertension reports*. 2018;20:1-7.

106. Villalva CM, Alvarez-Muiño XLL, Mondelo TG, Fachado AA, Fernández JC. Adherence to treatment in hypertension. *Hypertension: from basic research to clinical practice*. 2017:129-47.

107. Zomahoun HTV, Guenette L, Gregoire J-P, Lauzier S, Lawani AM, Ferdynus C, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology*. 2017;46(2):589-602.
108. Xue J, Conwell Y, Tang W, Bogner HR, Li Y, Jiang Y, et al. Treatment adherence as a mediator of blood pressure control in Chinese older adults with depression. *International journal of geriatric psychiatry*. 2019;34(3):432-8.
109. Kim B, Jang S-I, Kim DH, Lee SG, Kim TH. Association Between Hypertension Management Education and Multiple Healthy Behaviors: A Cross-Sectional Study. *American Journal of Health Promotion*. 2022;08901171221081097.
110. Islam FMA, Lambert EA, Islam SMS, Islam MA, Biswas D, McDonald R, et al. Lowering blood pressure by changing lifestyle through a motivational education program: a cluster randomized controlled trial study protocol. *Trials*. 2021;22(1).
111. Gerage AM, Benedetti TRB, Cavalcante BR, Farah BQ, Ritti-Dias RM. Efficacy of a behavior change program on cardiovascular parameters in patients with hypertension: a randomized controlled trial. *Einstein (São Paulo)*. 2020;18.
112. Stamler J. The INTERSALT Study: background, methods, findings, and implications. *The American journal of clinical nutrition*. 1997;65(2):626S-42S.
113. He FJ, MacGregor GA. How far should salt intake be reduced? *Hypertension*. 2003;42(6):1093-9.
114. Strazzullo P, D'Elia L, Kandala N-B, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. *Bmj*. 2009;339.
115. Committee DGA, HHS, Prevention OoD, Promotion H, USDA, Promotion CfNP. Dietary guidelines for Americans 2015-2020: Government Printing Office; 2015.
116. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension*. 2001;38(5):1112-7.
117. Noordzij M, Uiterwaal CS, Arends LR, Kok FJ, Grobbee DE, Geleijnse JM. Blood pressure response to chronic intake of coffee and caffeine: a meta-analysis of randomized controlled trials. *LWW*; 2005. p. 921-8.
118. Ulva SM, Iriyanti E. Risk Factors of Hypertension Incidence at the Age of 20-45 Years. *MIRACLE Journal Of Public Health*. 2021;4(2):214-23.
119. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Annals of internal medicine*. 2002;136(7):493-503.
120. Albayrak D. KOAH'lı hastalara yaşam modeline göre verilen hemşirelik eğitiminin günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesine etkisi: İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2018.
121. Kilic D, Turkoglu N, Baysal HY, Adibelli D, Bilgin S, Akyil RC. The Effect of education provided using the Roy's Adaptation Model on hypertension management. *International Journal of Caring Sciences*. 2018;11(1):333-43.
122. Kaya N. Roper Logan Tierney'in Hemşirelik Modeli: Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi, K Babadağ, T Aştı (Eds), 2. Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık. 2012:1-7.
123. Avila-Palencia I, Rodríguez DA, Miranda JJ, Moore K, Gouveia N, Moran MR, et al. Associations of urban environment features with hypertension and blood pressure across 230 Latin American cities. *Environmental health perspectives*. 2022;130(2):027010.
124. Zhang Z, Laden F, Forman JP, Hart JE. Long-term exposure to particulate matter and self-reported hypertension: a prospective analysis in the Nurses' Health Study. *Environmental health perspectives*. 2016;124(9):1414-20.
125. Şeker ŞE. Maslow'un ihtiyaçlar piramiti (Maslow hierarchy of needs). *YBS Ansiklopedisi*. 2014;1(1):43-5.

126. Health Nif, Excellence C. National Institute for Health and Care Excellence: NICE: NICE; 2016.
127. Świątoniowska-Lonc N, Polański J, Tański W, Jankowska-Polańska B. Impact of satisfaction with physician–patient communication on self-care and adherence in patients with hypertension: cross-sectional study. *BMC health services research*. 2020;20:1-9.
128. Tavakoly Sany SB, Peyman N, Behzhad F, Esmaeily H, Taghipoor A, Ferns G. Health providers' communication skills training affects hypertension outcomes. *Medical teacher*. 2018;40(2):154-63.
129. Robbins R, Butler M, Schoenthaler A. Provider burnout and patient-provider communication in the context of hypertension care. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(8):1452-9.
130. Yao M, Zhou X-y, Xu Z-j, Lehman R, Haroon S, Jackson D, et al. The impact of training healthcare professionals' communication skills on the clinical care of diabetes and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *BMC Family Practice*. 2021;22:1-23.
131. Cernes R, Zimlichman R. RESPeRATE: the role of paced breathing in hypertension treatment. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2015;9(1):38-47.
132. VSON Cavalcante A, Fonseca JD, Araujo Cruz HR, Nascimento VF, Santana Silva JP, Lins CA, et al. Neural respiratory drive during maximal voluntary ventilation in individuals with hypertension: A case-control study. *PloS one*. 2024;19(6):e0305044.
133. Lelong H, Galan P, Kesse-Guyot E, Fezeu L, Hercberg S, Blacher J. Relationship between nutrition and blood pressure: a cross-sectional analysis from the NutriNet-Santé Study, a French web-based cohort study. *American journal of hypertension*. 2015;28(3):362-71.
134. Fantin F, Macchi F, Giani A, Bissoli L. The importance of nutrition in hypertension. *MDPI*; 2019. p. 2542.
135. Royani Z, Heidari M, Sabzi Z, Kalantari S, Chehrehgosha M, Kouchaki GM, et al. Patient privacy from the perspectives of perioperative nurses: a qualitative study. *Journal of Multidisciplinary Care*. 2021;10(4):144-8.
136. Pugh D, Gallacher PJ, Dhaun N. Management of hypertension in chronic kidney disease. *Drugs*. 2019;79(4):365-79.
137. Xu H, Huang X, Risérus U, Cederholm T, Lindholm B, Årnlöv J, et al. Urinary albumin excretion, blood pressure changes and hypertension incidence in the community: effect modification by kidney function. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2014;29(8):1538-45.
138. Kim S, Goel R, Kumar A, Qi Y, Lobaton G, Hosaka K, et al. Imbalance of gut microbiome and intestinal epithelial barrier dysfunction in patients with high blood pressure. *Clinical science*. 2018;132(6):701-18.
139. Galappatthy P, Waniganayake YC, Sabeer MI, Wijethunga TJ, Galappatthy GK, Ekanayaka RA. Leg edema with (S)-amlodipine vs conventional amlodipine given in triple therapy for hypertension: a randomized double blind controlled clinical trial. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2016;16:1-10.
140. Roper N. The Roper-Logan-Tierney. *Blueprint for Use of Nursing Models: Education, Research, Practice, and Administration*. 1996(14):289.
141. Chen Q, Wang J, Tian J, Tang X, Yu C, Marshall RJ, et al. Association between ambient temperature and blood pressure and blood pressure regulators: 1831 hypertensive patients followed up for three years. *PloS one*. 2013;8(12):e84522.
142. Komulainen S, Oja T, Rintamäki H, Virokannas H, Keinänen-Kiukaanniemi S. Blood pressure and thermal responses to whole body cold exposure in mildly hypertensive subjects. *Journal of Thermal Biology*. 2004;29(7-8):851-6.
143. Tam HL, Leung LYL, Chan ASW. Effectiveness of Tai Chi in patients with hypertension: an overview of meta-analyses. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2023;38(5):443-53.

144. Manfredini F, Malagoni AM, Mandini S, Boari B, Felisatti M, Zamboni P, et al. Sport therapy for hypertension: why, how, and how much? *Angiology*. 2009;60(2):207-16.
145. Treff C, Benseñor I, Lotufo P. Leisure-time and commuting physical activity and high blood pressure: the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Journal of human hypertension*. 2017;31(4):278-83.
146. Byambasukh O, Snieder H, Corpeleijn E. Relation between leisure time, commuting, and occupational physical activity with blood pressure in 125 402 adults: the lifelines cohort. *Journal of the American Heart Association*. 2020;9(4):e014313.
147. Wang Y, Metri KG, Singh A, Raghuram N. Immediate effect of mind sound resonance technique (MSRT—a yoga-based relaxation technique) on blood pressure, heart rate, and state anxiety in individuals with hypertension: a pilot study. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*. 2020;17(2):20170177.
148. Nascimento E, Maia A, Nardi A, Silva A. Sexual dysfunction in arterial hypertension women: the role of depression and anxiety. *Journal of affective disorders*. 2015;181:96-100.
149. Zhong Q, Anderson Y. Management of hypertension with female sexual dysfunction. *Medicina*. 2022;58(5):637.
150. Wang Y, Mei H, Jiang Y-R, Sun W-Q, Song Y-J, Liu S-J, et al. Relationship between duration of sleep and hypertension in adults: a meta-analysis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2015;11(9):1047-56.
151. Li C, Shang S. Relationship between Sleep and Hypertension: Findings from the NHANES (2007–2014). *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(15):7867.
152. Seravalle G, Grassi G. Sleep apnea and hypertension. *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*. 2022;29(1):23-31.
153. Inayat A, Faisal MS, Hayat W, Shabbier G, Ishtiaq M. Complications among hypertensive patients admitted to medical & intensive care units. *Journal Of Medical Sciences*. 2016;24(2):60-3.
154. Afroze A, Mohammed I. Hypertension: Diagnosis and management in primary care. *InnovAiT*. 2021;14(9):534-9.
155. D'Agostino Sr RB, Pencina MJ, Massaro JM, Coady S. Cardiovascular disease risk assessment: insights from Framingham. *Global heart*. 2013;8(1):11-23.
156. Park H, Oh S, Noh Y, Kim JY, Kim J-H. Heart rate variability as a marker of distress and recovery: the effect of brief supportive expressive group therapy with mindfulness in cancer patients. *Integrative cancer therapies*. 2018;17(3):825-31.
157. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celiberti I, Di Nicola M, Capasso LM, et al. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*. 2014;51(6):833-43.
158. Lee K-H. Sample size calculations with dropouts in clinical trials. *Communications for Statistical Applications and Methods*. 2008;15(3):353-65.
159. Lim C-Y, In J. Randomization in clinical studies. *Korean journal of anesthesiology*. 2019;72(3):221-32.
160. Roush GC, Zubair A, Singh K, Kostis WJ, Sica DA, Kostis JB. Does the benefit from treating to lower blood pressure targets vary with age? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension*. 2019;37(8):1558-66.
161. Landi F, Calvani R, Picca A, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, et al. Body mass index is strongly associated with hypertension: Results from the longevity check-up 7+ study. *Nutrients*. 2018;10(12):1976.
162. Charnock D, Shepperd S, Needham G, Gann R. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1999;53(2):105-11.

163. Han H-R, Lee H, Commodore-Mensah Y, Kim M. Development and Validation of the Hypertension Self-care Profile. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 2014;29(3):E11-E20.
164. Kes D, Gökdoğan F. Reliability and validity of a Turkish version of the hypertension self-care profile. *Journal of Vascular Nursing*. 2020;38(3):149-55.
165. Kim MT, Hill MN, Bone LR, Levine DM. Development and testing of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Progress in cardiovascular nursing*. 2000;15(3):90-6.
166. Karademir M, Koseoglu IH, Vatansever K, Van Den Akker M. Validity and reliability of the Turkish version of the Hill–Bone compliance to high blood pressure therapy scale for use in primary health care settings. *The European journal of general practice*. 2009;15(4):207-11.
167. Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996;13:120-6.
168. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;12(1):1-13.
169. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003;84(4):822.
170. Özyeşil Z, Arslan C, Kesici Ş, Deniz ME. Bilinçli farkındalık ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*. 2011;36(160).
171. Doak LG, Doak CC, Meade CD, editors. Strategies to improve cancer education materials. *Oncology nursing forum*; 1996.
172. Stewart A, Zimmerman A, Tutterow C, Manna J, Meletis S, Conner RS. Mindfulness & hypertension. *Nursing made Incredibly Easy*. 2020;18(1):36-42.
173. Kordvarkane Z, Oshvandi K, Mohammadi Y, Azizi A. Effect of education based on the Common-Sense Model of Self-Regulation on blood pressure and self-management of hypertensive patients: A clinical trial study. *International Journal of Nursing Sciences*. 2023;10(3):294-301.
174. Ribeiro CD, Resqueti VR, Lima Í, Dias FA, Glynn L, Fregonezi GA. Educational interventions for improving control of blood pressure in patients with hypertension: a systematic review protocol. *BMJ open*. 2015;5(3):e006583.
175. Kılıç M, Uzunçakmak T. The Effect of Hypertension Education On Hypertension Control. *Bozok tıp dergisi*. 2016;6(1):13-9.
176. Alamout MM, Rahmanian M, Aghamohammadi V, Mohammadi E, Nasiri K. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on weight loss, improvement of hypertension and attentional bias to eating cues in overweight people. *International journal of nursing sciences*. 2020;7(1):35-40.
177. Thuita AW, Kiage BN, Onyango AN, Makokha AO. Effect of a nutrition education programme on the metabolic syndrome in type 2 diabetes mellitus patients at a level 5 Hospital in Kenya: "a randomized controlled trial". *BMC nutrition*. 2020;6:1-14.
178. Kelly RB. Diet and exercise in the management of hyperlipidemia. *American family physician*. 2010;81(9):1097-102.
179. Khairy S, Aslan A, Samara AM, Mousa I, Alkaiyat AS, Zyoud SEH. Factors associated with self-efficacy in patients with hypertension: a cross-sectional study from Palestine. *Journal of Health, Population and Nutrition*. 2021;40(1).
180. Lee MC, Wu SFV, Lu KC, Wang WH, Chen YY, Chen HM. Effect of patient-centred self-management programme on mental health, self-efficacy and self-management of patients with hypertensive nephropathy: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. 2021;30(21-22):3205-17.
181. Ozoemena EL, Iweama CN, Agbaje OS, Umoke PC, Ene OC, Ofili PC, et al. Effects of a health education intervention on hypertension-related knowledge, prevention and self-care practices in Nigerian retirees: a quasi-experimental study. *Archives of Public Health*. 2019;77:1-16.

182. Still CH, Margevicius S, Harwell C, Huang M-C, Martin L, Dang PB, et al. A community and technology-based approach for hypertension self-management (Coachman) to improve blood pressure control in african americans: Results from a pilot study. *Patient preference and adherence*. 2020;2301-13.
183. Jamison-Dinowitz A. A Patient Centered Quality Improvement Education Program Designed to Improve the Health of Patients Living with Uncontrolled Hypertension in a Primary Care Setting. 2024.
184. Gok Metin Z, Izgu N, Gulbahar Eren M, Eroglu H. Theory-based nursing interventions in adults with coronary heart disease: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Nursing Scholarship*. 2023;55(2):439-63.
185. Araújo-Soares V, Hankonen N, Presseau J, Rodrigues A, Sniehotta FF. Developing Behavior Change Interventions for Self-Management in Chronic Illness. *European Psychologist*. 2019;24(1):7-25.
186. Jalilian F, Motlagh FZ, Solhi M, Gharibnavaz H. Effectiveness of self-management promotion educational program among diabetic patients based on health belief model. *Journal of education and health promotion*. 2014;3.
187. Pereyra-Bencosme KL, Arango D, Lichtenstein F, Mateo GA, Gormaz-Bravo AS, Acosta ÁJ, et al. The Efficacy of Deep Breathing Techniques in Patients with Elevated Blood Pressure and Hypertension: A Review of the Literature. *Principles and Practice of Clinical Research*. 2023;9(1).
188. Chen Q, Liu H, Du S. Effect of mindfulness-based interventions on people with prehypertension or hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Cardiovascular Disorders*. 2024;24(1):104.
189. Al-Noumani H, Wu J-R, Barksdale D, Sherwood G, Alkhasawneh E, Knafl G. Health beliefs and medication adherence in patients with hypertension: a systematic review of quantitative studies. *Patient education and counseling*. 2019;102(6):1045-56.
190. Bhagavathula AS, Shah SM, Aburawi EH. Medication adherence and treatment-resistant hypertension in newly treated hypertensive patients in the United Arab Emirates. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(21):5036.
191. Lu C-H, Tang S-T, Lei Y-X, Zhang M-Q, Lin W-Q, Ding S-H, et al. Community-based interventions in hypertensive patients: a comparison of three health education strategies. *BMC public health*. 2015;15:1-9.
192. Ogedegbe G, Chaplin W, Schoenthaler A, Statman D, Berger D, Richardson T, et al. A practice-based trial of motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans. *American journal of hypertension*. 2008;21(10):1137-43.
193. Şen Gökçeimam P, Aydın Sünbül E, Güçtekin T, Sünbül M. The Effect of Mindfulness Level on Drug Adherence in Hypertension Patients. *Namık Kemal Tıp Dergisi*. 2022;10(2).
194. Wang Y, Guo F, Wang J, Li Z, Tan W, Xie M, et al. Efficacy of a WeChat-Based Multimodal Digital Transformation Management Model in New-Onset Mild to Moderate Hypertension: Randomized Clinical Trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2023;25:e52464.
195. Oldenburg B, Absetz P, Chan CK. Behavioral interventions for prevention and management of chronic disease. *Handbook of behavioral medicine: Methods and applications*. 2010:969-88.
196. Le MH, Nguyen TK, Pham TT, Pham TT, Tran VD, editors. Effectiveness of a Health Education Program in Hypertensive Patients with Dyslipidemia and/or Microalbuminuria: A Quasi-Experimental Study in Vinh Long Province, Vietnam. *Healthcare*; 2023: MDPI.
197. Beune EJ, Moll van Charante EP, Beem L, Mohrs J, Agyemang CO, Ogedegbe G, et al. Culturally adapted hypertension education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of African origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial. *PloS one*. 2014;9(3):e90103.

198. Kolcu M, Ergun A. Effect of a nurse-led hypertension management program on quality of life, medication adherence and hypertension management in older adults: A randomized controlled trial. *Geriatrics & gerontology international*. 2020;20(12):1182-9.
199. Villarino RT, Arcay CA, Temblor MC, Villarino ML, Bagsit R, Ocampo L, et al. The effects of lifestyle intervention using the modified beliefs, attitude, subjective norms, enabling factors model in hypertension management: Quasi-experimental study. *JMIR cardio*. 2021;5(2):e20297.
200. Beigi MAB, Zibaeenezhad MJ, Aghasadeghi K, Jokar A, Shekarforoush S, Khazraei H. The effect of educational programs on hypertension management. *International cardiovascular research journal*. 2014;8(3):94.
201. Hughes TM, Sink KM. Hypertension and its role in cognitive function: current evidence and challenges for the future. *American journal of hypertension*. 2016;29(2):149-57.



8. EKLER

EK-1. Etik Kurul



T.C.
LOKMAN HEKİM ÜNİVERSİTESİ

Sayı : E-53875521-050-16196
Konu : Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu
Karar

14.03.2023

Sayın Doç.Dr. Zehra Gök METİN

Sorumlu araştırmacısı olduğunuz **"Hipertansiyonlu Bireylerde Roper, Logan ve Tierney Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli ile Yapılandırılan ve Farkındalık Temelli Uygulama ile Kombine Edilen Eğitim Programının Öz Bakım ,İlaca Uyum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi"**başlıklı (Kod No.2023027) bilimsel araştırma Etik kurulumuzun **13.03.2023** tarih ve **2023/27** sayılı kararı uyarınca **ETİK OLARAK UYGUN BULUNMUŞTUR.**

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. Feyyaz ONUR
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : B83H-7IV1-8L8P Belge Doğrulama Adresi : <https://ebys.lokmanhekim.edu.tr/sorgu/sorgula.aspx>

Adres:
Telefon No :
e-Posta :
Kep Adresi : lokmanhekimuniversitesi@hs01.kep.tr

Fax No :
İnternet Adresi :
www.lokmanhekim.edu.tr

Bilgi İçin :Yıldız YILDIRIM
Yazı İşleri Sorumlusu
Dahili No:





Lokman Hekim Üniversitesi
Bilimsel Araştırmalar
Etik Kurulu

Toplantı sayısı	Karar Sayısı	Toplantı tarihi
2023/3	1	13 Mart 2023

Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı Prof.Dr.Feyyaz ONUR'un daveti üzerine 13 Mart 2023 tarihinde aşağıdaki gündemle toplandı. Toplantıda Lokman Hekim Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu çalışma esasları hakkındaki yönergenin 6/6 maddesi gereğince etik kuruldaki görevli üyelerin çoğunluğunun toplantıda bulunduğu tespit edildi.

KARARLAR

1. Karar No: 2023/34: Doç. Dr .Zehra Gök METİN'nin sorumlu araştırmacısı olduğu "Hipertansiyonlu Bireylerde Roper, Logan ve Tierney Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli ile Yapılandırılan ve Farkındalık Temelli Uygulama ile Kombine Edilen Eğitim Programının Öz Bakım ,İlaca Uyum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" başlıklı (Kod No.2023028) çalışma **ETİK OLARAK UYGUN BULUNMUŞTUR.**

ETİK KURUL ÜYESİ

İMZA

Prof. Dr. Feyyaz ONUR, Eczacılık Fakültesi
Başkan

Prof. Dr. Fatih BAKIR, Tıp Fakültesi
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr. Belma TURAN, Tıp Fakültesi
Üye

Prof. Dr. Sarp ÜNER, Tıp Fakültesi
Üye

Doç. Dr. Banu ÜNVER, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Safiye GÖÇER, Tıp Fakültesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nükhet BAYER , Sağlık Bilimleri Fakültesi
Üye

Dr. Öğr. Elif Tuba AKÇİN, Diş Hekimliği Fakültesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Sinem COŞKUN, Diş Hekimliği Fakültesi
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Açelya ERİKÇİ, Eczacılık Fakültesi
Üye

Av. Cansu İNALTUN YILDIZ, Hukuk Müşavirliği
Üye

EK-2. Kurum İzni




T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine,

Ekte Araştırma Protokolü örneği bulunan ve Kardiyoloji polikliniği tarafından planlanan "Hipertansiyonlu Bireylerde Roper, Logan ve Tierney Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli ile Yapılandırılan ve Farkındalık Temelli Uygulama ile Kombine Edilen Eğitim Programının Öz Bakım, İlaça Uyum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" isimli çalışmanın ilgili kısımlarının kliniğiniz/biriminiz bünyesinde gerçekleştirilebilmesi hususunda olumlu görüşlerinizi bildirmenizi arz/rica ederim.

22/12/2022

KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI
Sani Namık MURAT
İMZA

Öğretim Görevlisi, Haçır Engin

Prof. Dr. Sani Namık MURAT
Kardiyoloji ve İç Hast. Uzm.
Dip. Tık. No: 34530

UYGUNDUR

22/12/2022

İZİN ALINAN KLİNİK EĞİTİM VE İDARİ SORUMLUSU

İMZA

BULUT

EK-3. Bilgilendirmiş Gönüllü Olur Formu

ARAŞTIRMA PROJESİNİN ADI: Hipertansiyonlu Bireylerde Roper, Logan ve Tierney Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli ile Yapılandırılan ve Farkındalık Temelli Uygulama ile Kombine Edilen Eğitim Programının Öz Bakım, İlaça Uyum ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi

SORUMLU ARAŞTIRICININ ADI: Doç. Dr. Zehra GÖK METİN

DİĞER ARAŞTIRICILARIN ADI: Öğretim Görevlisi Hacer EROĞLU

ARAŞTIRMANIN YAPILACAĞI MERKEZ: S.B.Ü. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bir deneysel araştırmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, sizden elde edilecek bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile hekiminizle konuyu değerlendiriniz.

Çalışmaya katılmaya karar vererseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için uygulanan tedavi planında herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Bu durumda sizin için en uygun tedavi uygulanacaktır.

Araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek, araştırma konusuyla ilgili yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Bu katılacağınız araştırma deneysel bir araştırma olup, Roper, Logan ve Tierney'in Günlük Yaşam Aktivitelerine Dayalı Hemşirelik Modeli ile yapılandırılan ve farkındalık temelli uygulama ile birleştirilen eğitim programının hipertansiyon tanılı bireylerin öz bakım, ilaç uyumu ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmada iki adet çalışma grubu olacaktır. Her bir grupta 60 kişi olmak üzere toplam 120 kişinin araştırmaya katılması planlanmaktadır.

İlk görüşmede araştırmamıza dahil edilme kriterlerine uyan ve katılmayı kabul eden bireylerin bir listesi oluşturulacak ve iletişim numaraları ve elektronik posta adresleri alınacaktır. Araştırma uygulamasında kullanılacak olan internet uygulamasının (Zoom) telefonunuza indirilme ve kullanma adımları araştırmacı tarafından gösterilecektir. Ardından tüm bireylere; araştırma verilerinin toplanmasında, araştırmacılar tarafından hazırlanan ve hastaların tanıtıcı bilgilerini içeren Katılımcı Bilgi Formu (Ek-3), ve araştırmacı tarafından ölçülen tansiyon, nabız değerleri ve kullanılan tuz miktarı, fiziksel aktivite sıklığı bireylerin cevapları doğrultusunda Hipertansiyon Takip Formuna (Ek-4) kaydedilecektir. Öz bakım için Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği (Ek-6), ilaç uyumu için Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (Ek-7), sağlıklı yaşam biçimi davranışları için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-8) ve farkındalık durumu için Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Ek-9) araştırmacı tarafından yüz-yüze uygulanacaktır. Metabolik Kontrol Değişkenleri Formu (Ek-5) bilgileri ilgili hekimin, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi'nden araştırmacılar tarafından doldurulacaktır. Çalışma öncesindeki bilgilerinizi değerlendirebilmek amacıyla; Hipertansiyonla Uyum Yönetimi Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formunun Ön-Test bölümü (Ek-10) cevaplamanız için size verilecek ve 20 dakikalık sürede bireysel olarak kez doldurmanız istenecektir. Süre sonunda yanıtladığınız bu formlar araştırmacı tarafından teslim alınacak ve güvenli şekilde saklanacaktır.

Bireylerin eğitim grubu ya da kontrol grubunda olacağı tez danışmanı Doç. Dr. Zehra GÖK METİN tarafından yapılacak atama işlemi ile belirlenecek, bireylere hangi grupta yer aldığı bilgisi araştırmacı tarafından telefon aracılığıyla verilecektir.

Müdahale grubunda yer alıyorsanız;

Çalışma kapsamına dahil olan bireylerin hangi grupta olacağının belirlenmesi sonrasında, ilk haftada, eğitim programı öncesinde müdahale grubundaki bireylere “Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi” ve “Hipertansiyonla Yaşıyorum ve Farkındayım Uygulama Rehberi” kitapçıkları WhatsApp uygulamasıyla gönderilecektir ve bu kitapçıkları müdahale boyunca saklamaları istenecektir. Sizin uygun olduğunuz günlere göre 8 hafta sürecek bu eğitim programı için 10’ar kişilik gruplar halinde internet üzerinde online eğitim takvimi oluşturulacaktır. Eğitim gününüz geldiğinde araştırmacı tarafından Zoom (internet uygulaması) toplantı linki gönderilecek ve haftada bir gün her hafta bir modül olmak üzere 30 dakika ilgili modül içerisindeki bilgiler araştırmacı tarafından anlatılacak, 10 dakika sizin sorularınız yanıtlanacak, 5 dakika dinlenme sonrasında da 20 dakika boyunca araştırmacı eşliğinde oturur pozisyonda bilinçli farkındalık gevşeme uygulaması yaptırılarak uygulama tamamlanacaktır. Kendi takviminizdeki bir sonraki eğitim seansında takip eden bir diğer eğitim modülünü önden okuyarak hazırlıklı olmanız ve modüle yönelik sorularınızı size verilen A4 kağıdına el yazınız ile yazmanız ve modülün sonunda araştırmacıya sormanız beklenmektedir.

Müdahale programına yukarıda verildiği şekliyle 8 hafta, her hafta bir modül olacak şekilde devam edilecek ve 8. haftanın sonunda eğitim ve bilinçli farkındalık müdahalesi tamamlanacaktır. Sekizinci haftanın sonunda aylık rutin poliklinik kontrolüne gelen bireylerin eğitim sonu değerlendirmesi için ilk gün uygulanan ölçekler hastane eğitim odasında **yüz-yüze ikinci kez** uygulanacaktır. Beş dakika dinlenme sonrasında oturur pozisyondayken, sol kolunuzdan, araştırmacı tarafından tansiyonunuz ve nabız ölçümünüz yapılacak, ilgili hekim tarafından istenen kan ve idrar tahlili tetkikleri araştırmacı tarafından mahremiyet kurallarına uyularak üç tüp kan ve bir tüp idrar testi şeklinde alınacaktır. Sonuçlar ilgili formlara araştırmacı tarafından kaydedilecektir.

Bu işlemler sonrasında 9, 10, 11 ve 12. haftalarda size ek bir müdahalede bulunulmayacaktır.

On ikinci haftanın sonunda aylık rutin poliklinik kontrolüne gelen bireylerin eğitim sonu değerlendirmesi için ilk gün ve 8. haftada araştırmacı tarafından uygulanan ölçekler hastane eğitim odasında yüz-yüze son kez uygulanacaktır. Beş dakika dinlenme sonrasında oturur pozisyondayken, sol kolunuzdan, araştırmacı tarafından tansiyonunuz ve nabız ölçümünüz son kez yapılacaktır. Sonuçlar ilgili formlara araştırmacı tarafından kaydedilecektir. Sekiz hafta boyunca verilen hipertansiyon eğitimi sonucundaki öğrenmelerinizi değerlendirebilmek amacıyla; araştırmanın ilk gününde cevaplamanız için verilen Hipertansiyonla Uyum Yönetimi Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formunun Son-Test bölümü (Ek-10) cevaplamanız için size verilecek ve 20 dakikalık sürede bireysel olarak son kez doldurmanız istenecektir. Süre sonunda yanıtladığınız bu formlar araştırmacı tarafından teslim alınacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır.

Kontrol grubunda yer alıyorsanız;

Araştırma süreci boyunca aldığınız rutin poliklinik hizmetinin dışında size araştırmacılar tarafından ek bir müdahalede bulunulmayacaktır. Araştırmanın 8. haftasına denk gelen aylık rutin poliklinik kontrol gününüzde, ilk haftada cevapladığınız Katılımcı Bilgi Formu (Ek-3), Hipertansiyon Takip Formu (Ek-4), öz bakım için Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği (Ek-6), ilaç uyumu için Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (Ek-7), sağlıklı yaşam biçimi davranışları için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-8) ve farkındalık durumu için Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Ek-9) araştırmacı tarafından ikinci kez yüz-yüze uygulanacaktır. Beş dakika dinlenme sonrasında oturur pozisyondayken, sol kolunuzdan, araştırmacı tarafından tansiyonunuz ve nabız ölçümünüz yapılacak, ilgili hekim tarafından istenen kan ve idrar tahlili tetkikleri araştırmacı tarafından mahremiyet kurallarına uyularak üç tüp kan ve bir tüp idrar testi şeklinde alınacaktır. Sonuçlar ilgili formlara araştırmacı tarafından kaydedilecektir.

Araştırmanın 12. haftasına denk gelen aylık rutin poliklinik kontrol gününüzde ise ilk hafta ve 8. haftada cevapladığınız Katılımcı Bilgi Formu (Ek-3), Hipertansiyon Takip Formu (Ek-4), öz bakım için Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği (Ek-6), ilaç uyumu için Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği (Ek-7), sağlıklı yaşam biçimi davranışları için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (Ek-8) ve farkındalık durumu için Bilinçli Farkındalık Ölçeği (Ek-9) araştırmacı tarafından son kez yüz-yüze uygulanacaktır. Araştırmanın ilk gününde verilen Hipertansiyonla Uyum Yönetimi Eğitim Programı Değerlendirme Soru Formunun Son-Test bölümü (Ek-10) yeniden cevaplamanız için araştırmacı tarafından size verilecek ve 20 dakikalık sürede bireysel olarak doldurmanız istenecektir. Süre sonunda yanıtladığınız bu formlar araştırmacı tarafından teslim alınacak ve güvenli bir şekilde saklanacaktır. Beş dakika dinlenme sonrasında oturur pozisyondayken, sol kolunuzdan, araştırmacı tarafından tansiyonunuz ve nabız ölçümünüz son kez yapılacak, ilgili hekim tarafından istenen kan ve idrar tahlili tetkikleri araştırmacı tarafından mahremiyet kurallarına uyularak üç tüp kan ve bir tüp idrar testi şeklinde son kez alınacaktır. Sonuçlar ilgili formlara araştırmacı tarafından kaydedilecektir. Veri toplama süreci sonrasında, araştırma kapsamında hazırlanan ve kullanılan “Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi” ve “Hipertansiyonla Yaşıyorum ve Farkındayım Uygulama Rehberi” kitapçıkları elden teslim edilecek ve sizlerle planlanan bir günde Mindfulness adımları araştırmacı tarafından 10’ar kişilik gruplar halinde online olarak yaptırılacaktır.

Araştırma ile ilgili olarak araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermek araştırmanın kesintisiz şekilde devam etmesine yardımcı olmak sizin sorumluluklarınızdır. Araştırmacılar sizin bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız gibi nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir.

Bu çalışmaya katılım sağladığınızda hipertansiyon yönetiminde, ilaç uyumunuzda ve sağlığınıza geliştiren olumlu davranışlarda artış sağlanarak genel iyilik halinizde ve yaşam kalitenizde iyileşmeler olacağı öngörülmektedir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna, resmi kuruma ödetilmeyecektir.

Soru, problemler ve yardım için başvurulacak kişiler ve iletişim bilgileri (telefon, e-posta adresi):

1.Öğretim Görevlisi Hacer EROĞLU

İç Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi

Tel:

E-posta:

2. Doç. Dr. Zehra GÖK METİN

İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Tel:

E-posta:

3. Doç. Dr. Sani Namık MURAT

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Bölüm Başkanı

Tel: (

E-posta: s

Çalışmaya Katılma Onayı

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Anabilim dalında/kliniğinde, sorumlu araştırmacı Doç. Dr. Zehra GÖK METİN ve yardımcı araştırmacı Hacer EROĞLU tarafından klinik bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana anlayacağım şekilde anlatıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. 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.

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		
Araştırmacı Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon:		

EK-4. Ölçek Kullanım İzinleri

Hipertansiyon Özbakım Profili Ölçeği Kullanım İzni Hk. Gelen Kutusu x

9 Haz 2022 Per 23:33

hacer oturmaz
Alici: duygu_xes83, Zehra

Sayın Hocam,
İsmim Hacer Eroğlu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Yakın zamanda tez danışmanım Doç. Dr. Zehra Gök Metin'in yönetiminde tez önerisi vermeyi planlamaktayım.

Doktora tezinde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması tarafınızca gerçekleştirilen "Hipertansiyon Özbakım Profili Ölçeği"ni kullanabilme konusunda izinlerinizi saygılarımla arz ederim.

Kullanım izni vermeniz halinde ölçeğin puanlama kriterlerini ve Türkçe versiyonunu da bana gönderirseniz çok memnun olurum.

Çalışmalarınızda kolaylıklar diler, saygılarımla sunarım.

Hacer EROĞLU
S.B.Ü. Ankara EAH
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği

Duygu Kes
Alici: ben

9 Haz 2022 Per 23:50

Merhabalar,
Başarılar dilerim.

Windows için [Posta](#) ile gönderildi

Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği Kullanımı hk. Gelen Kutusu x

27 May 2022 Cum 23:28

hacer oturmaz
Alici: meleklerpr

Sayın Hocam,
İsmim Hacer Eroğlu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Yakın zamanda tez danışmanım Doç. Dr. Zehra Gök Metin'in yönetiminde tez önerisi vermeyi planlamaktayım.

Doktora tezinde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması tarafınızca gerçekleştirilen "Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği"ni kullanabilme konusunda izinlerinizi saygılarımla arz ederim.

Çalışmalarınızda kolaylıklar diler, saygılarımla sunarım.

Hacer EROĞLU
S.B.Ü. Ankara EAH
Kalp Damar Cerrahisi YB

Melek Karademir
Alici: ben

28 May 2022 Cmt 06:18

Saygılı Hacer,
Hill-Bone HT tedavisine uyum ölçeğini kullanabilirsiniz. Sana çalışmalarında başarılar dilerim.

Dr. Melek Karademir

iPhone'undan gönderildi

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Kullanım İzni Hk.

9 Haz 2022 Per 23:42

hacer oturmaz
Alici: aysebeser, Zehra

Sayın Hocam,
İsmim Hacer Eroğlu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Yakın zamanda tez danışmanım Doç. Dr. Zehra Gök Metin'in yönetiminde tez önerisi vermeyi planlamaktayım.

Doktora tezinde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması tarafınızca gerçekleştirilen "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II"yi kullanabilme konusunda izinlerinizi saygılarımla arz ederim.

Kullanım izni vermeniz halinde ölçeğin puanlama kriterlerini ve Türkçe versiyonunu da bana gönderirseniz çok memnun olurum.

Çalışmalarınızda kolaylıklar diler, saygılarımla sunarım.

Hacer EROĞLU
S.B.Ü. Ankara EAH
Kalp Damar Cerrahisi YB

Ayşe Beyer

15 Haz 2022 15:44

Çalışmanızda ölçeğimizi kullanabilirsiniz, kolaylıklar dilerim

[Quoted text hidden]

Bilinçli Farkındalık Ölçeği Kullanım İzni Hk. Gelen Kutusu x

13 Haz 2022 Per 13:58

hacer oturmaz
Alici: zozyesil

Sayın Hocam,
İsmim Hacer Eroğlu, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora öğrencisiyim. Yakın zamanda tez danışmanım Doç. Dr. Zehra Gök Metin'in yönetiminde tez önerisi vermeyi planlamaktayım.

Doktora tezinde Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması tarafınızca gerçekleştirilen "Bilinçli Farkındalık Ölçeği"ni kullanabilme konusunda izinlerinizi saygılarımla arz ederim.

Kullanım izni vermeniz halinde ölçeğin puanlama kriterlerini ve Türkçe versiyonunu da bana gönderirseniz çok memnun olurum.

Çalışmalarınızda kolaylıklar diler, saygılarımla sunarım.

Hacer EROĞLU
S.B.Ü. Ankara EAH
Kalp Damar Cerrahisi YB

Zümra Atalay
Alici: ben

14 Haz 2022 Sal 08:00

Merhaba,

Ölçeği kullanabilirsiniz, ektedir.

İyi çalışmalar

EK-5. Katılımcı Bilgi Formu

Yaş:		
Cinsiyet:	1. Kadın	
	2. Erkek	
Eğitim durumu:	1. Okuma-yazma yok	
	2. İlköğretim	
	3. Ortaöğretim	
	4. Lise	
	5. Ön lisans	
	6. Üniversite	
	7. Yüksek lisans-Doktora	
Medeni durum:	1. Bekar	
	2. Evli	
Meslek:		
Şu anki çalışma durumu:	1. Çalışıyor	
	2. Çalışmıyor	
Çalışılan sektör:	1. Kamu	
	2. Özel	
	3. Serbest	
	4. Emekli	
Gelir durumu:	1. Gelir giderden az	
	2. Gelir gidere eşit	
	3. Gelir giderden fazla	
Çocuk durumu (Var ise kaç tane?):	1. Var (..... tane)	
	2. Yok	
Sigara kullanma durumu:	1. Hiçbir zaman	
	2. Nadiren	
	3. Sık sık	
	4. Her zaman	
Günde içilen sigara adedi:	 adet/günde	
Alkol kullanma durumu:	1. Hiçbir zaman	
	2. Nadiren	
	3. Sık sık	
	4. Her zaman	
Haftalık tüketilen alkol miktarı (Bir kadeh 200 cc)	 kadeh/hafta	
Hipertansiyon tanısını alma zamanı:	 ay önce	
	 yıl önce	
Hipertansiyona yönelik kullanılan ilaç adları:	1. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri	
	2. Anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB)	
	3. Beta blokerler	
	4. Kalsiyum kanal blokerleri	
	5. Diüretikler	
Antihipertansif ilaçlar dışında ilaç kullanma durumu	1. Evet	
	2. Hayır	
Antihipertansif ilaçlar dışında kullanılan ilaçlar:		
Rutininde kullanılan tüm ilaçların sayısı:	1. Bir-iki adet	
	2. Üç-dört adet	
	3. Beş adet ve/veya üstü	
Hipertansiyona eşlik eden hastalık durumu:	1. Var	
	2. Yok	
Eşlik eden komorbid hastalıklar:	1. Koroner arter hastalığı	4. KOAH
	2. Kalp yetersizliği	5. Diyabet
	3. Dislipidemi	6. Diğer
	4. Kronik böbrek hastalığı	
Tansiyon çıktığında anlayabilme durumu:	1. Evet	
	2. Hayır	
Daha önce hipertansiyona yönelik eğitim alma durumu:	1. Evet	
	2. Hayır	

EK-6. Hipertansiyon Takip Formu

KAN BASINCI ÖLÇME ADIMLARI		T0	T1	T2	
Konforlu sıcaklığa sahip sessiz oda.					
Ölçümden önce 30 dakika boyunca sigara içmeyin, kafein vermeyin, yemek yemeyin veya egzersiz yapmayın.					
3-5 dakika kadar oturun ve rahatlayın.					
Ölçümler sırasında veya ölçümler arasında hasta veya personel tarafından konuşulmamalıdır.					
Duruş					
Sırt sandalyeyle desteklenerek oturmak.					
Bacaklar çaprazlanmamış, ayaklar yere düz basıyor.					
Çıplak kol masaya yaslanmış; Kolun ortası kalp hizasında.					
Ölçümler					
Okumalar arasında 1 dakika arayla 3 Ofis Kan Basıncı ölçümü (eğer normalse 2) yapın.					
Son 2 okumanın ortalamasını kullanın.					
Kullanılan Cihaz	OMRON M3				
Tarih	ZAMAN	Saat	Büyük Tansiyon	Küçük Tansiyon	Nabız Hızı
.../.../....	0. HAFTA				
.../.../....	8. HAFTA				
.../.../....	12. HAFTA				

EK-7. Metabolik Kontrol Değişkenleri Formu

Zaman	0. hafta (Tarih)	8. hafta (Tarih)	Zaman	0. hafta (Tarih)	8. hafta (Tarih)
Boy (cm)			Kilo (kg)		
BKI (kg/m²)			HbA1c (%)		
AKŞ (mg/dl)			Trigliserid (mg/dl)		
TKŞ (mg/dl)			LDL (mg/dl)		
Total Kolesterol (mg/dl)			Kreatinin (mg/dl)		
HDL (mg/dl)			eGFR (mL/dk)		
Üre (mg/dl)			Potasyum (mEq/L)		
Ürik asit (mg/dl)			Tam idrar tahlili		
Sodyum (mEq/L)					
Hemoglobin (g/dl)					
Hematokrit (%)					

EK-8. Hipertansiyon Bilgi Değerlendirme Formu

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih:

Sayın katılımcı, bu araştırmada Hipertansiyonlu hastaların öz bakım, ilaç uyumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları Roper-Logan-Tierney Günlük Yaşam Aktiviteleri modeline göre verilen eğitimin etkisini incelemek amaçlanmıştır. Bu nedenle vereceğiniz bilgilerin güvenilirliği çalışmamızın geçerliliği için önemlidir. Bu çalışmada, herhangi özel bir şey aranmamaktadır. Elde edilen veriler GİZLİ tutulacak olup; bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Hipertansiyonla Uyum Yönetimi (HUY) Eğitim Programı Değerlendirme Ön Test-Son Test Soru Formu 20 sorudan oluşmaktadır. Bu soru formu, hipertansiyon hakkındaki bildiklerinizi değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Sınav niteliğinde değildir. Sizin için en doğru seçenek hangisiyse onu işaretlemeniz önemlidir. Sorulara içtenlikle yanıtlar vermenizi diler, araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

1. Bir kişinin hipertansiyon hastası olduğunu söyleyebilmek için yapılan ölçümlerde büyük ve küçük tansiyon değerlerinin **en az** kaç olması gereklidir?

- a. 100/60 mmHg b. 120/80 mmHg c. 140/90 mmHg d. 180/100 mmHg e. 100/70 mmHg

2. Aşağıda verilen durumlardan hangisi hipertansiyon hastalığı için risk faktörlerinden **biri değildir?**

- a. İleri yaş b. Şişmanlık/Obezite c. Stres d. Düzenli yürüyüş e. Tuzlu yeme alışkanlığı

3. Bazı belirtiler tansiyon yüksekliğine bağlı ortaya çıkabilir. Aşağıda verilenlerden hangisi hipertansiyonda görülebilen belirtilerden **biridir?**

- a. Enseden başlayan baş ağrısı b. Ateş c. İdrardan kan görülmesi d. Morluklar e. Üşüme

4. Yüksek tansiyon kontrol altına alınamadığında diğer organlara da zarar vermektedir. Aşağıda verilenlerden hangisi hipertansiyon hastalığının vücudumuza verdiği zararlardan **biri değildir?**

- a. Beyin kanaması b. Kan şekeri düşüklüğü c. Körlük d. Böbrek yetmezliği e. Kalp krizi

5. Aşağıda verilenlerden hangisi hipertansiyonlu bireylerin yapması gereken öz bakım davranışlarından **biri değildir?**

- a. Sigara ve alkol kullanımını bırakma b. Kilo takibi c. Düzenli fiziksel aktivite yapma d. Tansiyon yüksek değilse ilacı bırakma e. Tuz ve yağdan fakir beslenme

6. Aşağıda verilenlerden hangisi tansiyon ölçerken yapılan hatalardan **biridir?**

- a. En az 5 dakika dinlendikten sonra ölçülmelidir. b. Tansiyon ölçümünden en az 30 dakika öncesinde kahve ve sigara tüketilmemelidir. c. Ölçüm öncesi tuvalet ihtiyacının giderilmiş olması gereklidir. d. Ölçüm esnasında konuşulmamalıdır. e. Ölçüm ayakta yapılmalı ve kol aşağıya sarkıtılmalıdır.

7. Hipertansiyon ilaçlarının, tansiyon kontrolünde önemli bir yeri vardır. Ancak, bireyler ilaç kullanımına yeterli uyum sağlamakta zorlanmaktadır. Aşağıda verilenlerden hangisi hipertansiyon hastalarının **ilaç tedavisinde uyumsuzluğuna neden olan durumlardan biri değildir?**

- a. Birden fazla kronik hastalığının olması b. Hipertansiyona yönelik bilgi eksikliğinin olması c. Doktor kontrolleri arasında uzun zaman d. Eczaneye ulaşımın kolaylaşması e. Hipertansiyonda kullanılan ilaçların bazı yan etkileri

aralıklarının olması

8. Aşağıda verilenlerden hangisi hipertansiyonda ilaç tedavisine yönelik **doğru bir bilgidir?**

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| a. Kullanılan ilaçlar hipertansiyon hastalığını tamamen iyileştirir. | b. Hipertansiyonda kullanılan ilaçlar alışkanlık yapar. | c. Hipertansiyonda ilaçların kullanılmaması daha ciddi organ hasarına yol açar. | d. Hipertansiyon ilaçları, sadece tansiyon yükseldiğinde kullanılmalıdır. | e. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaca kesinlikle ara verilmemelidir. |
|--|---|---|---|--|

9. Hipertansiyon hastalığı olan bireylerin aşağıda verilen hangi besinleri tüketmesi **doğru değildir?**

- | | | | | |
|-------------------|---|--|--|--|
| a. Sebze ve meyve | b. Mısır, fasulye, nohut gibi lifli gıdalar | c. Domates, patates, ıspanak gibi potasyum mineralinden zengin gıdalar | d. İşlenmiş gıdalar (cips, salamura besinler gibi) | e. Peynir, süt, yoğurt gibi kalsiyumdan zengin gıdalar |
|-------------------|---|--|--|--|

10. Hipertansiyonu olan bireylerin tuz tüketimini sınırlandırması gerekmektedir. Aşağıda verilen uygulamalardan hangisi hipertansiyon hastalarının **günlük yaşamda tuzu azaltmasını sağlamada etkili olur?**

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|---|--|
| a. Konserve ve tutsülenmiş et yemek | b. Yemeğin tadına bakmadan tuz eklememek | c. Masada mutlaka tuz bulundurmak | d. Tuzsuz yemeğin yanında turşu, zeytin gibi besinleri bol tüketmek | e. Kullanılan tuzluğun deliklerinin geniş olması |
|-------------------------------------|--|-----------------------------------|---|--|

11. Aşağıda verilen fiziksel aktivite uygulamalarına yönelik bilgilerden hangisi **doğrudur?**

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| a. Güneşin tam tepede olduğu saatlerde egzersiz yapılmalıdır. | b. Her bir egzersiz en az 60 dakika yapılmalıdır. | c. Yarış sporları gibi ağır egzersizler yapılmalıdır. | d. Egzersiz süresi ve şiddeti her gün artırılmalıdır. | e. Yürüyüş, hafif koşu, bisiklet sürme gibi aktiviteler yapılmalıdır. |
|---|---|---|---|---|

12. Aşağıdakilerden hangisi hipertansiyonda **hafif şiddette** yapılması önerilen fiziksel aktivitelerden **biridir?**

- | | | | | |
|----------------------|-------------------|---------------|-------------------|------------------------|
| a. Ağırlık kaldırmak | b. Yürüyüş yapmak | c. İp atlamak | d. Futbol oynamak | e. Tempolu koşu yapmak |
|----------------------|-------------------|---------------|-------------------|------------------------|

13. Günlük yaşamımızda **fiziksel aktiviteyi arttırabilmek** için aşağıdakilerden hangisi **yapılabilir?**

- | | | | | |
|------------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------|--|
| a. İş yerine arabayla gitmek | b. Asansör kullanmak | c. Ağır bahçe işleri yapmak | d. Televizyon izlemek | e. Arabayı biraz uzağa park edip, kalan yolu yürümek |
|------------------------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------|--|

14. Aşağıdakilerden hangisi hipertansiyonlu bireyin günlük yaşam aktiviteleri uygulamaları için **doğru** bir uygulama **değildir?**

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| a. Hareketlerini tamamen kısıtlamalıdır. | b. Her gün aynı saatte tuvalete gidilerek bağırsak alışkanlığı geliştirilebilir. | c. Oda ve çevre ısısının çok artmamasına dikkat edilmelidir. | d. Düzenli doktor kontrollerine gitmelidir. | e. Uyku öncesinde duş alma, gevşeme egzersizleri yapılabilir. |
|--|--|--|---|---|

15. Stresli olduğumuzda vücudumuz bazı tepkiler verir. Aşağıda verilenlerden hangisi bu tepkilerden **biridir?**

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------|
| a. Tükürük salgısı azalır, ağız kurur. | b. Nabız (kalp atım sayısı) yavaşlar. | c. Tansiyon yükselir. | d. Solunum sayısı azalır. | e. Terleme azalır. |
|--|---------------------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------|

16. Aşağıda verilenlerden hangisi stres yönetiminde yapılacak uygulamalardan biri **değildir?**

a. Hissettiğimiz üzüntü, mutluluk gibi duyguların farkına varmak	b. Uyku ilacı kullanmak	c. Hissedilen duyguları aile ya da arkadaş ile paylaşmak	d. Sağlıklı kilo vermek	e. Keyif alınan şeyleri yapmak
--	-------------------------	--	-------------------------	--------------------------------

17. Hipertansiyonda ilaç tedavisine ek olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulamak hastalık yönetimini kolaylaştırır. Aşağıdakilerden hangisi bu sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının katkılarından **biridir?**

- | | | | | |
|----------------------|---------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------------|
| a. Kilo artışı olur. | b. Yaşam süresi kısalmır. | c. Erken yaşlanmayı geciktirir. | d. Tansiyon ilacı kullanımını etkilemez. | e. Tuzu kısıtlamaya ihtiyaç duyulmaz. |
|----------------------|---------------------------|---------------------------------|--|---------------------------------------|

18. “Bilinçli farkındalık” uygulamasının **temelinde ne vardır?**

- | | | | | |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------------|
| a. Yarına odaklanmak | b. Şimdiki ana odaklanmak | c. Geçmişe odaklanmak | d. Olayları anlamak | e. Kendimizi başarılı görmek |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------------|

19. Bilinçli farkındalık uygulamalarında dikkatimizi şimdiki ana çekmek için kullanabileceğimiz **en pratik araç nedir?**

- | | | | | |
|-------------------|-----------------|--------------|----------|-----------|
| a. Düşüncelerimiz | b. Duygularımız | c. Nefesimiz | d. Müzik | e. Sesler |
|-------------------|-----------------|--------------|----------|-----------|

20. Bilinçli farkındalık uygulamalarında **asıl** amaçlanan davranış **nedir?**

- | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|---|------------------------|
| a. Her zaman iyi hissetmek | b. Hastalıktan kurtulmak | c. Olumsuz olaylar yaşamamak | d. Şu anda olanı hissetmek ve olduğu gibi kabul etmek | e. Kolay uykuya dalmak |
|----------------------------|--------------------------|------------------------------|---|------------------------|

EK-9. Hipertansiyon Öz Bakım Profili Ölçeği

HİPERTANSİYON ÖZ BAKIM PROFİLİ: DAVRANIŞ

Yönerge: Aşağıda hipertansiyonu olan kişiler için genel öneriler listelenmiştir. Aşağıdakileri hangi sıklıkta yaparsınız?

1. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapmak (örneğin; haftada 4-5 kez 30 dk. yürümek, vb.)	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
2. Sodyum/tuz içeriğini kontrol etmek için gıdaların etiketini okumak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
3. Tuzdan zengin gıdalar (hazır çorbalar, erişte, vb.) yerine, tuzdan fakir gıdaları (ev yapımı çorbalar, taze sebzeler, vb.) tercih etmek.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
4. Aşırı tuzlu çeşnilerin/yiyeceklerin (ketçap, vb.) kullanımını sınırlandırmak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
5. Günlük sofraya tuzunu 1 çay kaşığından(6 gram) daha az tüketmek.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
6. Doymuş (kırmızı et, tereyağı, vb.) ve trans yağlardan (hayvansal yağ, katı yağ vb.) Zengin gıdaları daha az tüketmek.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
7. Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırın ya da haşlama kullanmak	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
8. Doymuş (kırmızı et, tereyağı, vb.) ve trans yağ (hayvansal yağ, katı yağ vb.) İçeriğini kontrol etmek için gıda etiketini okumak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
9. Yağdan zengin gıdalar (kızarmış tavuk, vb.) yerine, yağdan fakir ürünleri (fırında tavuk, vb.) tüketmek.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
10. Yağdan alınan günlük toplam kaloriyi (65 gramdan az) sınırlandırmak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
11. Günde 5 ya da daha fazla porsiyon meyve ve sebze yemek.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
12. Günlük alkol alımını (erkekler için 2 kadeh veya daha az; kadınlar için 1 kadeh veya daha az) sınırlandırmak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
13. Sigara içmemek/bırakmaya çalışmak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
14. Evde tansiyonu kontrol etmek/ölçmek.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
15. Tansiyon ilacını almayı/içmeyi unutmamak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
16. Reçete yazdırmayı unutmamak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
17. Kiloyu düşük tutmak/kilo almamaya çalışmak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
18. Tansiyonun yükselmesine yol açan stresörlerin/durumların (ailede ölüm, tartışmalar, vb.) farkında olmak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
19. Stresi azaltabilecek aktiviteleri (örneğin; derin solunum, meditasyon) yapmak.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık
20. Düzenli olarak doktora gitmek.	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çok Sık

HİPERTANSİYON ÖZBAKIM PROFİLİ-Motivasyon

Yönerge: Aşağıda hipertansiyonu olan kişiler için genel öneriler listelenmiştir. **Aşağıdakileri yapmak sizin için ne kadar önemli?**

1. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapmak (örneğin; haftada 4-5 kez 30 dk. yürümek, vb.)	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
2. İşlenmiş gıdaları (örneğin; konserve ya da dondurulmuş gıdalar, öğle yemeği, vb.) daha az yemek.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
3. Sodyum/tuz içeriğini kontrol etmek için gıdaların etiketini okumak.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
4. Tuzdan zengin gıdalar (hazır çorbalar, erişte, vb.) yerine, tuzdan fakir gıdaları (ev yapımı çorbalar, taze sebzeler, vb.) tercih etmek.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
5. Aşırı tuzlu çeşnilerin/yiyeceklerin (ketçap, vb.) kullanımını sınırlandırmak.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
6. Günlük sofraya 1 çay kaşığından(6 gram) daha az tüketmek.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
7. Doymuş (kırmızı et, tereyağı, vb.) ve trans yağlardan (hayvansal yağ, katı yağ vb.) zengin gıdaları daha az tüketmek.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
8. Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırın ya da haşlama kullanmak.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
9. Doymuş (kırmızı et, tereyağı, vb.) ve trans yağ (hayvansal yağ, katı yağ vb.) içeriğini kontrol etmek için gıda etiketini okumak.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
10. Yağdan zengin gıdalar (kızarmış tavuk, vb.) yerine, yağdan fakir ürünleri (fırında tavuk, vb.) tüketmek.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
11. Yağdan alınan günlük toplam kaloriyi (65 gramdan az) sınırlandırmak.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
12. Günde 5 ya da daha fazla porsiyon meyve ve sebze yemek.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
13. Günlük alkol alımını (erkekler için 2 kadeh veya daha az; kadınlar için 1 kadeh veya daha az) sınırlandırmak.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
14. Sigara içmemek/bırakmaya çalışmak.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
15. Evde tansiyonu kontrol etmek/ölçmek.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
16. Tansiyon ilacını almak/içmek.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
17. Reçete yazdırmak.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
18. Kiloyu düşük tutmak/kilo almamaya çalışmak.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
19. Strese neden olan kişi ya da durumlardan uzak kalmaya çalışmak.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli
20. Düzenli olarak doktora gitmek.	Önemli değil	Biraz Önemli	Önemli	Çok Önemli

HİPERTANSİYON ÖZBAKIM PROFİLİ- Öz-Etkililik

Yönerge: Aşağıda hipertansiyonu olan kişiler için genel öneriler listelenmiştir. **Aşağıdakileri yapabildiğinizden ne kadar eminsiniz?**

1. Düzenli olarak fiziksel aktivite yapmak (örneğin; haftada 4-5 kez 30 dk. yürümek, vb.)	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
2. İşlenmiş gıdaları (örneğin; konserve ya da dondurulmuş gıdalar, öğle yemeği, vb.) daha az yemek.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
3. Sodyum/tuz içeriğini kontrol etmek için gıdaların etiketini okumak.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
4. Tuzdan zengin gıdalar (hazır çorbalar, erişte, vb.) yerine, tuzdan fakir gıdaları (ev yapımı çorbalar, taze sebzeler, vb.) tercih etmek.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
5. Aşırı tuzlu çeşnilerin/yiyeceklerin (ketçap, vb.) kullanımını sınırlandırmak.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
6. Günlük sofra tuzunu 1 çay kaşığından(6 gram) daha az tüketmek.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
7. Doymuş (kırmızı et, tereyağı, vb.) ve trans yağlardan (hayvansal yağ, katı yağ vb.) Zengin gıdaları daha az tüketmek.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
8. Yemek pişirirken kızartma yerine ızgara, fırın ya da haşlama kullanmak.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
9. Doymuş (kırmızı et, tereyağı, vb.) ve trans yağ (hayvansal yağ, katı yağ vb.) İçeriğini kontrol etmek için gıda etiketini okumak.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
10. Yağdan zengin gıdalar (kızarmış tavuk, vb.) yerine, yağdan fakir ürünleri (fırında tavuk, vb.) tüketmek.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
11. Yağdan alınan günlük toplam kaloriyi (65 gramdan az) sınırlandırmak.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
12. Günde 5 ya da daha fazla porsiyon meyve ve sebze yemek.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
13. Günlük alkol alımını (erkekler için 2 kadeh veya daha az; kadınlar için 1 kadeh veya daha az) sınırlandırmak.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
14. Sigara içmemek/bırakmaya çalışmak.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
15. Evde tansiyonu kontrol etmek/ölçmek.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
16. Tansiyon ilacını almak/içmek.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
17. Reçete yazdırmak.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
18. Kiloyu düşük tutmak/kilo almamaya çalışmak.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
19. Strese neden olan kişi ya da durumlardan uzak kalmaya çalışmak.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim
20. Düzenli olarak doktora gitmek.	Emin değilim	Biraz	Emini m	Çok Eminim

EK-10. Hill-Bone Hipertansiyon Tedavisine Uyum Ölçeği

1. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almayı unutuyorsunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

2. Ne sıklıkla tansiyon ilacınızı almamaya karar veriyorsunuz? (Hiçbir zaman dışında cevap varsa 33. soruyu da cevaplayın).

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

3. Ne sıklıkla tuzlu besinler yiyorsunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

4. Ne sıklıkla yemeden önce yemeğinizin üzerine tuz döküyorsunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

5. Ne sıklıkla hazır (abur cubur) yemek yersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

6. Ne sıklıkla doktorunuzun ofisinden ayrılmadan bir sonraki randevu tarihini alırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

7. Ne sıklıkla randevularınızı kaçırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

8. Ne sıklıkla reçetenizi yazdırmayı unutursunuz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

9. Ne sıklıkla tansiyon ilaçsız kalırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

10. Ne sıklıkla doktorunuza gitmeden önce tansiyon ilacınızı atlırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

11. Ne sıklıkla kendinizi iyi hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

12. Ne sıklıkla kendinizi kötü hissettiğiniz için tansiyon ilacınızı almamazlık edersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

13. Ne sıklıkla başkalarını tansiyon ilaçlarından alırsınız?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

14. Ne sıklıkla dikkatsizlik sonucu ilaç almamazlık edersiniz?

☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Her zaman

EK-11. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği **daire içine alarak belirtiniz.**

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

	kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim	1	2	3	4
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım	1	2	3	4
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım	1	2	3	4
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım	1	2	3	4
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım	1	2	3	4
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum	1	2	3	4
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim	1	2	3	4
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim	1	2	3	4
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	1	2	3	4
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim	1	2	3	4
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum	1	2	3	4
37	Yakın dostlar edinmek için caba harcarım	1	2	3	4
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim	1	2	3	4

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

EK-12. Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Açıklama: Günlük deneyimlerinize ilgili olan birtakım ifadeler aşağıda verilmiştir. Her deneyimi size ne kadar uygun olduğunu göre işaretleyiniz. Lütfen, deneyimin ne olması gerektiğine göre değil, sizin deneyiminize gerçekten ne ölçüde uygun olduğuna göre cevap veriniz. Her ifadenin karşısında bulunan, 1 hemen hemen her zaman, 2 çoğu zaman, 3 bazen, 4 nadiren, 5 oldukça seyrek ve 6 hemen hemen hiçbir zaman anlamına gelmektedir.

1. Belli bir süre farkında olmadan bazı duyguları yaşayabilirim.	1	2	3	4	5	6
2. Eşyaları özensizlik, dikkat etmeme veya başka bir şeyleri düşündüğüm için kırarım veya dökerim.	1	2	3	4	5	6
3. Şu anda olana odaklanmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5	6
4. Gideceğim yere, yolda olup bitenlere dikkat etmeksizin hızlıca yürüyerek gitmeyi tercih ederim.	1	2	3	4	5	6
5. Fiziksel gerginlik ya da rahatsızlık içeren duyguları, gerçekten dikkatimi çekene kadar fark etmeme eğilimim vardır.	1	2	3	4	5	6
6. Bir kişinin ismini, bana söylendikten hemen sonra unuturum.	1	2	3	4	5	6
7. Yaptığım şeyin farkında olmaksızın otomatige bağlanmış gibi yapıyorum.	1	2	3	4	5	6
8. Aktiviteleri gerçekte ne olduklarına dikkat etmeden acele ile yerine getiririm.	1	2	3	4	5	6
9. Başarmak istediğim hedeflere öyle çok odaklanırım ki o hedeflere ulaşmak için şu an ne yapıyor olduğumun farkında olmam.	1	2	3	4	5	6
10. İşleri veya görevleri ne yaptığımın farkında olmaksızın otomatik olarak yaparım.	1	2	3	4	5	6
11. Kendimi bir kulağımla birini dinlerken aynı zamanda başka bir şeyi de yaparken bulurum.	1	2	3	4	5	6
12. Gideceğim yerlere farkında olmadan gidiyor, sonra da oraya neden gittiğime şaşırıyorum.	1	2	3	4	5	6
13. Kendimi gelecek veya geçmişle meşgul bulurum.	1	2	3	4	5	6
14. Kendimi yaptığım işlere dikkatimi vermemiş bulurum.	1	2	3	4	5	6
15. Ne yediğimin farkında olmaksızın atıştırıyorum.	1	2	3	4	5	6

EK-13. Yazılı Eğitim Materyallerinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Uzman Bilgisi:
Unvan, Adı- Soyadı:
Kurumu:

	Evet (1 puan)	Hayır (0 puan)
A. İçerik Durumu (1-4. maddeler)		
1. Materyalin amacı kolayca anlaşılabilir mi?		
2. Sorun çözücü davranışa özgü içerik açık mı?		
3. Konu hedeflerle sınırlı mı?		
4. Anahtar noktalara ilişkin özet ya da eleştiri var mı?		
B. Okuryazarlık Durumu (5-9. maddeler)		
5. Materyaller okunabilir düzeyde mi yazılmıştır?		
6. Materyaller konuşma biçiminde mi yazılmıştır?		
7. Materyalde tıbbi kelimeler yerine net ve sık kullanılan kelimeler mi kullanılmıştır?		
8. Yeni bilgiden önce yapısı verilmiş midir?		
9. İleri organizasyon var mıdır?		
C. Resim Grafik Durumu (10-14. maddeler)		
10. Grafikler/Resim/Tablo ilgi çekici mi? İstenen mesajı iletmekte mi?		
11. Resimler basit, gerçekçi ve dikkat çekici mi?		
12. Resimler anahtar noktaları görsel olarak anlatıyor mu?		
13. Grafiklerin hepsinin yanında metinde açıklama yapılmış mı?		
14. Duyuru/açıklayıcı grafik ve resimlerde manşet başlığı kullanılmış mı?		
D. Yazı ve Plan Durumu (15-22. maddeler)		
15. Resimler ilgili metnin yanında mı?		
16. Anahtar bilgiyi göstermek için oklar ya da kutular gibi ip uçları var mı?		
17. Yeterli beyaz boşluk bulunmakta mı?		
18. Materyal dağınık görünüyor mu?		
19. Kâğıt ve mürekkep arasında tezatlık var mı?		
20. Aynı sayfa üzerinde altıdan daha fazla yazı tipi ya da yazı boyutu kullanılmış mı?		
21. Hepsi büyük harfle mi yazılmış?		
22. Alt başlıklar beş ila yedi alt başlıktan fazla mı?		
E. Öğrenme ve Motivasyon Durumu (23-25. maddeler)		
23. Metin ile grafik arasında etkileşim var mı?		
24. İstenilen davranışlar özellikli terimler ya da modellerle gösterilmiş mi?		
25. Davranış uygulanabilir halde mi?		
F. Kültürel Uygunluk Durumu (26-27. maddeler)		
26. Dili, mantığı, yaşantılar topluma uygunluk gösteriyor mu?		
27. Kültürel görüntüler olumlu, gerçekçi ve uygun mu?		

EK-14. Eğitim Kitapçığının Güvenirlilik ve Kalitesinin Ölçülmesi-DISCERN

BÖLÜM 1: Bu Kitapçık Güvenilir mi?

1. Amacı açık mıdır? (1. soruya “Hayır” yanıtı verilmişse, 3. soruya geçiniz.)				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

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

2. Bu amaçlara ulaşılabilir mi?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

Bu kitapçıkta ana başlıklarda belirtilen bilgilere ulaşıp ulaşamayacağını düşünün.

3. Konu ile ilgili mi?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Bu kitapçıkta;

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

4. Bu kitapçığı hazırlamada kullanılan kaynaklar açıkça belirtilmiş midir?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

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

Derecelendirme notu: Kitapçık her iki ipucu için “5” puan karşılığında olmalıdır.

Genel kitapçıklar için ilave bilgi ve destek kaynakları (soru 7) listesi gerekli değildir.

5. Bu kitapçıkta bildirilen ya da kullanılan bilginin tarihi açıkça belirtilmiş midir?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

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

6. Bu kitapçık tutarlı ve tarafsız mıdır?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

- Kitapçığın kişisel ya da objektif bir bakış açısıyla yazılıp yazılmadığına ilişkin göstergelere bakın.
- Kitapçığın hazırlanmasında kullanılan bilgi kaynaklarının dağılımına bakın, bir araştırma ya da uzman görüşünden daha fazla olması.
- Kitapçığın başka bir tanımlamasının olması
- Dikkatli olunmalı eğer;
- Kitapçık diğer tedavi seçeneklerinden bahsetmeden özel bir tedavinin avantajları ya da dezavantajları üzerinde odaklanıyorsa,
- Kitapçık tek bir bir vakaya dayandırılıyorsa (bu durumdaki kişiler için ya da özel bir tedaviye tepkiler açısından tipik olmayabilir)
- Bilgi, heyecanlı, duygulu ya da tehlikeli bir şekilde sunuluyorsa.

7. İlave bilgi ya da destek kaynaklarına ilişkin ayrıntılar veriyor mu ?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

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

8. Bu kitapçıkta belirsiz yönlerden söz ediliyor mu?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

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

BÖLÜM 2: Bu Kitapçıkta Sunulan Bilginin Kalitesi Nasıl?

Eğitim kitapçığında sunulan bilgiler taburculuk eğitiminin bir parçası olarak düşünülmelidir.

9. Bu kitapçıkta bilgilerin nasıl uygulanacağı tanımlanıyor mu?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama: Taburculuk gereksinimlerinin tanımlanmasına bakın.

10. Bu kitapçıkta bilgilerin yararları tanımlanıyor mu?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

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

11. Bu kitapçık taburculuk ile ilgili eksik kısımları tanımlıyor mu?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

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

12. Bu kitapçıkta bilgilerin kullanılmadığı durumlarda ne olacağını tanımlıyor mu?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

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

13. Bu kitapçıkta sunulan bilgilerin yaşam kalitesini nasıl etkilediğini tanımlıyor mu?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

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

14. Birden fazla taburculuk eğitimi seçeneği olabileceği açıklanmış mıdır?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

Açıklama:

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

15. Hastanın karar vermesi için destek sağlıyor mu?				
HAYIR		KISMEN		EVET
1	2	3	4	5

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

BÖLÜM 3: Eğitim Kitapçığının Genel Değerlendirilmesi

16. Yukarıdaki tüm soruların yanıtlarına dayanarak sunulan bilgiler için bir kaynak olarak bu eğitim kitapçığının güvenilirlik ve kalitesini genel anlamda değerlendiriniz.				
Düşük ciddi/aşırı eksikleri var		Orta eksiklikler önemli ancak ciddi değil		Yüksek çok az eksiklik var.
1	2	3	4	5

EK-15. Hipertansiyonda Sağlıklı Yaşam Eğitim Rehberi

HİPERTANSİYONDA SAĞLIKLI YAŞAM EĞİTİM REHBERİ

Öğr. Gör. Hacer EROĞLU
Doç. Dr. Zehra GÖK METİN



Hacettepe Üniversitesi
2023-2024

EĞİTİM PROGRAMI

KIRMIZI MODÜL	01	Hipertansiyonu Tanıyalım
Hipertansiyonda Öz Bakım	02	MAVİ MODÜL
SARI MODÜL	03	Hipertansiyonda İlaç Uyumu
Hipertansiyonda Beslenme	04	TURUNCU MODÜL
MOR MODÜL	05	Hipertansiyonda Fiziksel Aktivite
Hipertansiyonda Güvenli Çevre	06	YEŞİL MODÜL
GRİ MODÜL	07	Hipertansiyonda Diğer Günlük Yaşam Aktiviteleri
Hipertansiyonda Stres ve Yönetimi	08	PEMBE MODÜL

HİPERTANSİYONDA SAĞLIKLI YAŞAM

EK-16. Hipertansiyon ile Yaşıyorum ve Farkındayım Rehberi

EK-17. Uzman Listesi

No	Uzmanın Adı-Soyadı	Kurumu	Bölümü
1.	Prof. Dr. Selda ÇELİK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi	İç Hastalıkları Hemşireliği
2.	Doç. Dr. Ayla DEMİRTAŞ	S.B.Ü. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	İç Hastalıkları Hemşireliği
3.	Dr. Öğr. Üyesi Özlem CANBOLAT	Gazi Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	İç Hastalıkları Hemşireliği
4.	Doç. Dr. Hatice PARS	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Mindfulness ve MBSR eğitmeni
5.	Doç. Dr. Nur İZGÜ	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	İç Hastalıkları Hemşireliği
6.	Doç Dr. Sani Namık MURAT	S.B.Ü. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kardiyoloji Kliniği Eğitim Sorumlusu
7.	Hemşire Gül ATEŞ	S.B.Ü. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Kardiyoloji Klinik Hemşiresi

EK-18. Orijinallik Raporu

ROPER, LOGAN VE TIERNEY GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ MODELİNE DAYALI FARKINDALIKLA DESTEKLENEN EĞİTİM PROGRAMININ HİPERTANSİF BİREYLERDE ÖZ BAKIM, TEDAVİ UYUMU VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİ

ORJİNALLİK RAPORU

%9

BENZERLİK ENDEKSİ

%7

İNTERNET KAYNAKLARI

%6

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1

acikbilim.yok.gov.tr

İnternet Kaynağı

%2

2

dergipark.org.tr

İnternet Kaynağı

%1

3

Emine APAYDIN, Zahide AKEREN. "The Use of Life Activities-Based Nursing Model in the Care of Individuals with Buerger's Disease", *Turkiye Klinikleri Journal of Case Reports*, 2022

Yayın

<%1

4

www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080

İnternet Kaynağı

<%1

5

yayin.ieu.edu.tr

İnternet Kaynağı

<%1

6

valleyinternational.net

İnternet Kaynağı

<%1

EK-19. Dijital Makbuz



Dijital Makbuz

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Hacer EROĞLU
 Ödev başlığı: Hacer doktora tez
 Gönderi Başlığı: ROPER, LOGAN VE TIERNEY GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ M...
 Dosya adı: Hacer_Tez_Enstitu_Teslim_Turnitin.docx
 Dosya boyutu: 575.17K
 Sayfa sayısı: 96
 Kelime sayısı: 24,462
 Karakter sayısı: 170,904
 Gönderim Tarihi: 01-Ağu-2024 10:43ÖS (UTC+0300)
 Gönderim Numarası: 2397356315

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ROPER, LOGAN VE TIERNEY GÜNLÜK YAŞAM
AKTİVİTELERİ MODELİNE DAYALI FARKINDALIKLA
DESTEKLENE EN EĞİTİM PROGRAMININ HİPERTANSİY
BİREYLERDE ÖZ BAKIM, TEDAVİ UYUMU VE SAĞLIKLI
YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Uzm. Hem. Hacer EROĞLU

İç Hastalıkları Hemşiresliği
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Zehra GÖK METİN

ANKARA
2024

9. ÖZGEÇMİŞ

