T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FARMAKOLOJİ VE TOKSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN HİPERTANSİYON HASTALARININ BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zemzem ÖZTÜRK

Danışman

Doç. Dr. Neslihan PINAR

HATAY-2021

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FARMAKOLOJİ VE TOKSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN HİPERTANSİYON HASTALARININ BİTKİSEL ÜRÜN KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Zemzem ÖZTÜRK

Danışman

Doç. Dr. Neslihan PINAR

HATAY-2021

Kabul ve Onay Sayfası

T.C.

MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

FARMAKOLOJİ VE TOKSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNE BAŞVURAN

HİPERTANSİYON HASTALARININ BİTKİSEL ÜRÜN

KULLANIM ALIŞKANLIKLARI

TEŞEKKÜR

Yüksek lisansa başladığım günden bugüne hem akademik bakış açımı geliştirmem noktasında hem de yaşadığım tüm zorluklarda bana yol gösteren Kıymetli Hocam Doç. Dr. Neslihan Pınar'a, tezimin istatiksel analiz kısmında yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Cahit Özer hocama, eğitim hayatım boyunca her zaman arkamda olan canım aileme, yaşadığım tüm zorluklarda yanımda olan canım arkadaşım İnt. Dr. Ayşe Halime Öztürkmen'e teşekkürü borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay II

TEŞEKKÜR III

İÇİNDEKİLER IV

ÇİZELGELER DİZİNİ VI

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ VIII

ÖZET IX

ABSTRACT X

1.GİRİŞ 1

2.GENEL BİLGİLER 4

2.1.Hipertansiyon Tanımı 4

2.2.Hipertansiyon Etiyolojisi 5

2.3.Hipertansiyon Fizyopatolojisi 5

2.4.Hipertansiyonu Sınıflandırılması 6

2.4.1.Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırma 6

2.4.2.Etiyolojiye Göre Sınıflandırma 7

2.4.3.Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma 9

2.4.4.Diğer Hipertansiyon Çeşitleri 9

2.5.Hipertansiyon Klinik Özellikler 10

2.6.Hipertansiyon Komplikasyonları Prognoz 11

2.7.Hipertansiyon Epidemiyolojisi ve Önemi 13

2.8.Hipertansiyonda Tanı 14

2.9.Hipertansiyonun Tedavisi 15

2.9.1.Farmakolojik Tedavi 16

2.9.3.Hipertansiyonda Fitoterapi 20

3. GEREÇ VE YÖNTEM 24
3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi 24
3.2.Araştırmanın Evreni 24
3.3.Araştırmanın Örneklemi 24
3.4.Araştırmanın Materyali 24
3.5.İstatiksel Analiz 25
4.BULGULAR 26
5. TARTIŞMA 39
6.SONUÇ 44
7.KAYNAKLAR 47
EKLER
EK-1 51
ÖZGEÇMİŞ 53

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa No

Çizelge 2.1. JNC 8 kılavuzuna göre kan basıncı sınıflaması 6

Çizelge 2.2. ESC/ESH 2018'e göre hipertansiyon sınıflaması 7

Çizelge 2.3. Hipertansiyonun etiyolojisine göre sınıflandırılması 8

Çizelge 4.1. Ankete Katılanların sosyodemografik özellikleri 26

Çizelge 4.2. Hastalandığında ilk yapılanların cinsiyete göre karşılaştırılması 27

Çizelge 4.3. Ankete katılanların yaş ortalamaları 28

Çizelge 4.4. Hipertansiyon hastalarının tansiyonunu kontrol altında tutma davranışları 28

Çizelge 4.5. Hipertansiyon hastalarının ilaç kullanımı ile ilgili tutum ve davranışları 29

Çizelge 4.6. Hastaların bitkisel ürün hakkında düşünceleri ve hipertansiyon hastalığında yaklaşımları 30

Çizelge 4.7. Bitkisel tedavi yaklaşımının cinsiyete göre dağılımı 31

Çizelge 4.8. Kan basıncı yükseldiğinde bitkisel ürün kullananların cinsiyete göre dağılımı 32

Çizelge 4.9. Bitkisel ürün kullanma nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı 33

Çizelge 4.10. Hastaların bitkisel ürünleri evde uygulama şekilleri 34

Çizelge 4.11. Bitkisel ürün kullanırken yan etki bilgi düzeyi 35

Çizelge 4.12. Eğitim durumuna göre bitkisel ürün kullanımının doktora bilgi verilmesinin dağılımı 36

Çizelge 4.13. Bitkisel ürün kullanımı ile ilgili verilerin dağılım 37

Çizelge 4.14. Katılımcıların tedavi amacıyla kullandığı bitkisel ürünler 38

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD :Amerika Birleşik Devletleri

ACE : Anjiyotensin dönüştürücü enzim

ARB : Anjiyotensin reseptör blokerleri

DBP :Diyastolik kan basıncı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EKG : Elektrokardiyografi

HDL :Yüksek yoğunluklu lipoprotein

HRP :Hipertansif retinopati

KB : Kan basıncı

KBH :Kronik böbrek hastalığı

KVH :Kardiyovasküler hastalık

KKH :Koroner kalp hastalığı

LDL :Düşük yoğunluklu lipoprotein

mm/Hg :Milimetre/civa

RAAS : Renin-anjiotensin-aldosteron Sistemi

OSAS :Obstruktif uyku apne sendromu

SBP :Sistolik Kan Basıncı

SDBY :Son dönem böbrek yetmezliği

TAT :Tamamlayıcı ve alternatif tıp

TÜİK :Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Bitkisel Ürün Kullanım Alışkanlıkları

Bitkisel ürün kullanımının gün geçtikçe yaygınlığı ve ulaşılabilirliği artmaktadır. Bu çalışma Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi hastanesine başvuran hipertansiyon hastalarının bitkisel kullanım alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Hazırladığımız bitkisel ürün kullanımı ile ilgili anket 200 hipertansiyon hastasıyla Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesinde yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin 118'i kadın 82'si erkek olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu ilkokul mezunu, evli ve ev hanımı olarak bulunmuştur. Hastaların % 55.5'i hastalandıklarında ilk olarak evdeki ilaçlardan kullanmayı tercih ettikleri görülmüştür. Çalışmaya katılanlardan 100 kişi tansiyonunu kontrol altında tutmak için tuz kısıtlaması yaparken, 158 kişi ilaçlarını düzenli kullanarak tansiyonunun kontrol altında tutmayı hedeflediği görülmüştür. Katılımcıların %53.5'i bitkisel tedaviyle ilgilendiğini belirtmiştir. Katılımcıların 104'ü bitkisel ürünleri destek amaçlı kullandığını belirtmiştir. %60.5'inin bitkisel ürünlerin yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmüştür. % 79.5 gibi bir oranla katılımcılar bitkisel ürün hakkında bilgi edinme kaynağının çevre, akraba, komşu olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların tedavi amacıyla en fazla sarımsak, limon ve nar ekşisi kullandığı bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan HT hastası bireylerin büyük çoğunluğunun bitkisel tedaviye başvurduğu görülmüştür. Bitkisel tedavi hakkında bilgi yetersizliği ve doktorla paylaşmama durumu kronik hastalığı olan bireyler için tehlike oluşturmaktadır. Bu çalışmanın sonucu bitkisel ürün kullanımıyla ilgili bilinç düzeyinin artırılması, halkın bilinçlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Hipertansiyon, Bitkisel ürün kullanımı, Yüz yüze anket

ABSTRACT

Herbal Product Usage Habits of Hypertension Patients Applying to Hatay Mustafa Kemal University

The prevalence and accessibility of herbal product use is increasing day by day. This study was carried out to determine the herbal usage habits of hypertension patients who applied to Hatay Mustafa Kemal University hospital.

The questionnaire about the use of herbal products we prepared was conducted with 200 hypertension patients in Hatay Mustafa Kemal University Hospital by face-to-face interview method. It was found that 118 of the people participating in the study were female and 82 were male. Most of participants in the study were primary school graduates, married and housewives. It was observed that 55.5% of the patients preferred to use home remedies first when they got sick. While 100 people who participated in the study restricted salt to keep their controlled blood pressure, it was seen that 158 people aimed to keep their controlled blood pressure by using their medications regularly. 53.5% of the participants stated that they were interested in herbal treatment. 104 of the participants sayed that they used herbal products for support purposes. It was observed that 60.5% did not know about the side effects of herbal products. With a rate of 79.5%, the participants stated that information about herbal product is the environment, relatives and neighbors. It was found that the participants mostly used garlic, lemon and pomegranate syrup for treatment purposes.

It was observed that the majority of individuals with HT who participated in our study applied to herbal treatment.Lack of information about herbal treatment and not sharing it with a doctor poses a danger to individuals with chronic diseases. The result of this study suggests that the level of awareness about the use of herbal products should be increased and the awareness of the public should be raised.

Key words: Hypertension, Herbal product use, face-to-face survey

1.GİRİŞ

Hipertansiyon arter içi kan basıncının artması ile tanımlanmış genetik veya kazanılmış faktörler ile metabolik bozuklukların bir arada olduğu hastalıktır. HT ilaç ve yaşam tarzı değişiklikleri ile tedavi edilmeye çalışılan kronik bir hastalıktır (Hacıhasanoğlı R.2019). DSÖ'ye göre HT; 2 ya da daha çok, olması gereken şartlarda yapılan kan basıncı ölçüm sonucunun 140/90 mm Hg veya üzeri olmasıyla tanı konulan bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verilerine göre bütün dünya genelinde yüksek bir prevelansa sahip olup, %20 - 50 arasındadır (Wolf-Majer et all. 2003). Hipertansiyon hastalarının 95'inde engellenebilir bir sebep gösterilememektedir. Bu durum Primer ya da Esansiyel Hipertansiyon olarak isimlendirilir. Hipertansif bireylerin yaklaşık %5'inde adlandırılabilen bir sebep gösterilebilmekte olup bu duruma Sekonder hipertansiyon denilmektedir (Öksüz E. 2014). Primer hipertansiyonda risk faktörleri; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, tuz tüketimi, beslenme alışkanlıkları, obezite, sigara ve alkol alışkanlığı, sedanter yaşam, psikososyal ve kültürel etkenler, genetik, dislipidemi, hiperinsülinemi, hiperürisemi, glukoz intoleransı ile ailede HT hastalığı bulunması gösterilmektedir (Aydoğan ve ark. 2012). Çocuklarda ortaya çıkan hipertansiyonun sekonder nedenlere bağlı olma sıklığı erişkinlere oranla daha sıktır. Yaklaşık %5-10 hasta altta yatan düzeltilebilir etiyolojinin neden olduğu sekonder hipertansiyona sahiptir. Sık rastlanılan sebepler renal parankimal hastalıklar, primer, hiperaldosteronizm, renovasküler hipertansiyon ve uyku apne sendromu olarak sayılabilir. Erişkinlerde Obstruktif uyku apne sendromu (OSAS) sekonder hipertansiyonun en sık nedeniyken, çocuklarda en sık sebep renal parankimal hastalıklardır (Öztop ve ark. 2016).

Hipertansiyonun fark edilmemesi veya etkili şekilde tedavi edilmediğinde hastalar önlenebilir ancak ölümcül olabilen koroner kalp hastalığı, iskemik ve hemorajik inmenin yanında kalp yetmezliği, periferik damar hastalığı, böbrek yetmezliği ve görme bozuklukları yönünden artmış riske sahiptirler. HT'nin erken tanısı ve tedavisinin sistolik kan basıncı 140

mmHg, diyastolik kan basıncını 90 mmHg'nin altında olacak şekilde düzenlemek ve gereken yaşam tarzı değişimlerini gerçekleştirmek kardiyovasküler komplikasyonların ve ölümlerin engellenmesi yönünden önem taşımaktadır. Gerçekleştirilen çalışmalarda hipertansiyon tanı, tedavi ve kontrol altında tutma oranlarının geleneksel olarak yarımlar kuralını izlediği bildirilmiştir; bireylerin yarısı HT tanısı almakta, tanı konanların yarısı tedavi almakta ve tedavi alanların ise yarısının kan basıncı düzeyleri kontrol altına alınabilmektedir (Smith et al. 1990). Gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalarda tanı ve tedavi oranlarında artış bildirilmektedir. Fakat gelişme sürecinde olan ülkelerde HT farkındalık ve kontrol yüzdelerinin gelişmiş ülkelere göre daha düşük olduğu gösterilmiştir (Chow et al. 2013). HT önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul görür. Yakın süreçte 136 ülkenin verisi değerlendirilerek yapılan bir araştırmaya göre son 30 yıllık süre zarfında kan basıncı kontrol altında olmayan hasta sayısının 3 milyar kişiye ulaştığı belirlenmiştir (Danaei et al. 2011). Bununla birlikte HT'un yarattığı global ekonomik yük yaklaşık 370 milyar dolar olarak hesaplanmış olup bu miktar yapılan bütün sağlık harcamalarının %10'unu oluşturmaktadır (Gaziano et al.2009).

Hipertansiyon tedavisindeki tek amaç kan basıncının istenen aralıklarda tutulması değildir. Kan basıncının istenen seviyelerde tutulmasının yanında bireyin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, tedavi sonucu oluşabilecek yan etkilerinin minimum seviyede tutulması, tedavi mali yükünün azaltılması, hastalığa bağlı oluşabilecek komplikasyonların önlenmeye çalışılması, mortalite oranlarının azaltılması ve birlikte bulunabilecek hastalıkların da (ateroskleroz, iskemik kalp hastalığı, dislipidemi vb.) engellenmesi ve varsa iyileştirme sağlanması, tedavi hedefleri arasındadır (Hacıhasanoğlu R.2009). Hipertansiyon tedavisi başlıca 3 grupta toplanabilir. Bu gruplar öncelikle ilaçsız tedavi yapılması (kilo verme, alkol ve sigarayı bırakma, egzersiz yapma, diyette tuz kısıtlaması gibi), ilaç tedavisi ve cerrahi tedavidir. HT tedavisinde asıl hedef, morbidite ve mortalitenin mümkün olan en kolay olacak biçimde azaltılmasıdır. Yüzyıllardır hastalıkların tedavisinde çeşitli bitkiler kullanılmaktadır. İlaç bilimi ve modern tıbbın gelişmesiyle hastalıkların tedavisi kanıta dayalı olarak ilaç tedavisi olarak kabullenilmiş olsa da bu gelişmelere rağmen bitkisel ürünlerin kullanımını giderek artmaya devam etmektedir. Amerika'da gerçekleştirilmiş olan bir tüketici anket çalışmasında; ankete katılan bireylerin üçte birinin bitkisel ürün kullandığı tespit edilmiştir (Valli and Giardina 2002).

Tamamlayıcı ve alternatif tıp (TAT) uygulamalarının günümüzde gün geçtikçe yaygınlaşması süregelmektedir. TAT oldukça geniş bir alanı kapsarken devamlı değişim halindedir. Geleneksel tıp uygulamaları dışındaki tüm sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanıdır. TAT farklı kategorilere ayrılmıştır. Bu sınıflandırma arasında; doğal ürünler (bitkiler, vitaminler, mineraller, balık yağı vb.), zihin ve bedene yoğunlaşan uygulamalar (meditasyon, akupunktur), el ve beden üzerine olan uygulamalar (masaj), diğer TAT tipleri (Çin tıbbı, nöropati, hemopati, pilates, terapötik dokunma) vardır. Bu TAT yöntemleri arasında hasta kişiler tarafından en fazla tercih edilen, bitkisel ürünlerdir (Biçena ve ark. 2012).

Bitkisel tedaviye hastaların yanı sıra hekimler ve sağlık çalışanları tarafından da tercih edilmektedir. Bitkisel ürünlerin kolayca erişilerek bilinçsiz ve yanlış kullanılması hem bizim ülkemizde hem de tüm dünyada ciddi sağlık sorunlarını ortaya çıkarmaktadır. Batı ve uzak doğu ülkelerinde bunun önüne geçmek için sistem geliştirilmiş ve sıkı denetimle kontrol edilmektedir. Türkiye'de ise bitkisel ürün kullanımı sistematik değildir ve kurumsallaşmamıştır. 2007 yılında gerçeklemiş bir araştırmaya göre çalışmaya dahil olanların üçte ikisinin kanıta dayalı endikasyonları olmadan bitkisel ürünleri kullandığı belirtilmiştir (Bardia et al. 2007). 50 yaş ve üzeri olan hastalarla yapılan dikkat çeken bir başka anket çalışmasında ise İngiltere'de yaşlı hastaların reçeteli olarak kullandıkları ilaçlarının yanı sıra çeşitli bitkisel ürün kullandıklarını ve daha da önemlisi bunu doktorları ile pek sık bildirmedikleri belirtilmiştir (Canter and Ernst 2004).

Bu çalışma Hatay ilindeki Mustafa Kemal Üniversitesi Araştırma hastanesine başvuran hipertansiyon hastalarının bitkisel ürün kullanım alışkanlıklarının ve bitkisel ürün bilgi düzeylerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırma günümüzde kronik ve ilerleyici bir hastalık olan hipertansiyonlu bireylerin hastalıklarında kullanmış oldukları bitki veya bitkisel ürünlerin belirlenmesi bu bitkilerle ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi aynı zamanda bitkisel ürün kullanımıyla ilgili bilimsel yayın oluşturulmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon Tanımı

Arteriyel kan basıncının olması gereken aralığın üstünde olması durumuna hipertansiyon denir. Anormal sayılması gereken kan basıncı düzeyi hususundaki tartışmalar devam etmektedir. Pickering (1972) yaptığı çalışmada 'Normal ve anormal kan basıncı arasında bir sınır olmadığını, mortalite ve arteriyel basınç ilişkisinin nicel olduğunu ve kan basıncı arttıkça prognozun kötüleştiğini' ifade etmiştir.

HT inme, koroner kalp hastalığı gibi ciddi durumların risklerinde artışıyla seyreden kan basıncı yüksekliği olarak tanımlamakta mümkündür. Günümüzde sistolik KB 140 mmHg, diyastolik KB 90 mmHg veya üstünde olması ya da bireyin antihipertansif ilaç kullanıyor olması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Sistolik kan basıncının 130-139 mmHg ve diyastolik kan basıncının 85-89 mmHg arasında olması durumu 'yüksek normal' kan basıncı (prehipertansiyon) olarak tanımlanır. Kan basıncı bu aralıklarda olan kişinin diğer kişilere göre hipertansiyon hastası olması ihtimali iki kat daha fazladır (Çınar 2005).

Yüksek tansiyon olarak da adlandırılan hipertansiyon, vücudun daha küçük kan damarları (arteriyoller) daraldığında ortaya çıkan ve kanın damar duvarlarına aşırı basınç uygulamasına ve kalbin basıncı korumak için daha fazla çalışmaya zorlanmasına neden olan bir durumdur. Genellikle hipertansiyon, 140 mm Hg veya daha yüksek bir sistolik kan basıncı (SBP) veya 90 mm Hg veya daha yüksek bir diyastolik kan basıncı (DBP) olarak tanımlanır. 18 yaş ve üstü yetişkinler için kan basıncı şu şekilde sınıflandırılabilir; normal: 120 mm Hg'den düşük sistolik, 80 mm Hg'den düşük diyastolik, prehipertansiyon: sistolik 120-139 mm Hg, diyastolik 80-89 mm Hg, aşama 1: sistolik 140-159 mm Hg, diyastolik 90-99 mm Hg, evre 2: sistolik 160 mm Hg veya üstü, diyastolik 100 mm Hg veya üstü. (Alexander and Courtois 2017).

2.2. Hipertansiyonun Etiyolojisi

Hipertansiyonu olan hastaların büyük bir kısmında spesifik bir neden yoktur. Kalp debisi ve/veya periferik dirençte artışa sebep olan bir veya birden fazla etkendeki bozukluklar hipertansiyona sebep olur. Bu bozuklukların şekli ve niceliği, bireyler arasında genel olarak farklılık gösterir. Sekonder hipertansiyonu olanlarınsa büyük bir kısmında renal parankimal hastalıklar, renovasküler hastalıklar ve çeşitli adrenal bozukluklar görülmektedir. Genetik faktörler muhtemelen sempatik aktivitede artma, sodyumun vücuttan atılmasında azalma ve hücre zarından sodyum transport defekti yaparak yüksek kan basıncı oluşumunu kolaylaştırmaktadır (Padmanabhan et al. 2012).

2.3. Hipertansiyonun Fizyolopatolojisi

Damar içindeki hacim artışı (önyük) veya kalbin sinirsel uyarımının artmasına nedeniyle kasılmasının artmış olması debi artışına neden olur. Sistemik kan basıncını belirleyen ve birbirini etkileyen birden fazla faktör olması nedeniyle hipertansiyona neden olan tek bir etken ya da mekanizma yoktur. KB kontrolü böbrekler, santral ve periferik sinir sistemi, vasküler endotel ve adrenal gland arasındaki karmaşık etkileşimle sağlanır (Kayıhan ve Ersöz 2009).

Hipertansiyon oluşumunda rol oynayan etkenler arasında artmış sempatik sinir sistemi aktivitesi, sodyum tutucu hormonların ve damar kasılmasını sağlayan maddelerin aşırı üretilmesi, nitrik oksit gibi damar gevşeten maddelerin gerekli olandan az üretimi, uygunsuz renin salınımı, diyette sodyumun fazla ve potasyumun az alınması, insülin direnci, damar hücre büyümesinde etkili faktörlerin artmış üretimi sayılabilir (Babalık 2005).

Kan basıncını oluşturan iki hemodinamik parametre; kardiyak debi ve periferik vasküler dirençtir. “Kan basıncı = kardiyak debi(kalp hızı x atım hacmi)(q) x periferik rezistans(r)" formülüyle açıklanır birimi ise mmHg’dır. Kardiyak debi ve/veya periferik vasküler direçte artışa sebep olan bir ya da daha fazla etken kan basıncının da yükselmesine sebep olur (Kayıhan ve Ersöz 2009).

2.4. Sınıflandırma

Hipertansiyon sınıflamasındaki hedef her bir hipertansif bireyin durumuna uygun bir görünüş elde etmede, güvenilir ve kolay bir yöntem sunmaktır. Sınıflamalar, hastalığın ciddiyetiyle ilgili değerlendirme yapabilmeye ve riski tanımlayarak tedavi tasarlamaya imkân verir.

Hipertansiyon sınıflaması yaygın olarak üç biçimde yapılmaktadır. Kan basıncı değerlerine bakarak, altta yatan etiyolojiye göre, hedef organ ve sistemdeki hasara göre. Bunların dışında beyaz önlük hipertansiyonu, labil hipertansiyonu, habis hipertansiyonu gibi hipertansiyon çeşitleri de bulunmaktadır (Wolf Majer et al 2003).

2.4.1. Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflandırma:

Kan basıncı değerleri 120-139/80-89 mmHg arasında seyretmesi pre-hipertansiyon olarak isimlendirilirken, bu değerlerin üzerinde olması hipertansiyon olarak kabul görmektedir. Hipertansif değerler 140-159/90-99 mmHg aralığında evre 1 hipertansiyon, bunun üzerinde olursa evre 2 hipertansiyon olarak sınıflanmaktadır (James et al. 2014).

Çizelge 2. 1. JNC-8 kılavuzuna göre kan basıncı sınıflaması

JNC-8 Kan Basıncı Sınıflaması		
Kan Basıncı Sınıflaması	**Sistolik Kan Basıncı (mmHg)**	**Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)**
Normal	<120	<80
Prehipertansif	120-139 ve/veya	80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159 ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥160 ve/veya	≥100

Avrupa Hipertansiyon Kılavuzunda ESC/ESH- 2018 Avrupa Hipertansiyon Derneği (ESH) ve Avrupa Kardiyoloji Derneği (ESC) kan basıncını normal, artmış kan basıncı, evre 1, evre 2 ve evre 3 hipertansiyon olarak beş grupta değerlendirdiği görülmektedir (Williams et al. 2018).

Çizelge 2. 2. ESC/ESH 2018' e göre hipertansiyonun sınıflandırılması

ESC/ESH 2018' e Göre Hipertansiyonun Sınıflandırılması		
Kan Basıncı Sınıflaması	**Sistolik Kan Basıncı (mmHg)**	**Diyastolik Kan Basıncı (mmHg)**
Normal kan basıncı	<120 ve	<80
Artmış kan basıncı	120-139 ve/veya	80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159 ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥160 ve/veya	≥100
Evre 3 hipertansiyon	≥180 ve/veya	≥110
İzole sistolik hipertansiyon	≥140 ve	<90

2.4.2. Etiyolojiye Göre Sınıflandırma:

Esansiyel veya primer hipertansiyon:

Bilinen bir sebep olmaksızın kan basıncının yükselmesi primer hipertansiyondur. Hipertansiyon hastası kişilerin büyün bölümü (%95) primer hipertansiftir. Kan basıncı kardiyovaskuler, nöral, endokrin ve lokal doku sistemleri tarafından düzenlenmektedir (Ferdinand and Nasser 2017). Esansiyel hipertansiyon tedavisi, kardiyovasküler morbidite ve mortaliteyi azaltmak için en kritik müdahalelerden biridir. ABD'de hipertansiyon prevalansı, ırk dışı / etnik kökene göre değişir ve Afrikalı Amerikalılar, İspanyol olmayan beyazlara kıyasla en yüksek yaygınlık ve ırksal / etnik azınlıklar arasında genel olarak daha az kontrole sahiptir. Terapötik yaşam tarzı değişiklikleri esansiyel hipertansiyon kontrolünün temelidir, ancak hipertansiyonu olan hastaların çoğu farmakoterapiye ihtiyaç duyacaktır, genellikle birden fazla ilaç sıklıkla kombinasyon halinde kullanılır. Genel olarak, ilk farmakoterapi olarak önerilen ana ilaç sınıfları tiazid tipi diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri ve anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokerleridir(Acartürk ve ark. 2000).

Çizelge 2.3. Hipertansiyonun etiyolojisine göre sınıflandırılması (TEMD Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Klavuzu,2018)

Primer Hipertansiyon	Sekonder Hipertansiyon
Nedenleri: • Genetik yatkınlık • Aşırı tuz tüketimi • Obezite-İnsülin direnci • Sempatik sinir sistemi fazla çalışması • Renin-anjiotensin sisteminin rolü • Tuz atılımında renal bozukluk • İntraselüler sodyum ve kalsiyum artışı • Düşük doğum ağırlığı • Stresli kişilik yapısı **Artıran faktörler:** Aşırı alkol alımı Sigara içimi Sedanter hayat Polisitemi Nonsteroidal antiinflamatuvarlar Düşük potasyum alımı	**A. Endokrin nedenler** 1. Oral kontraseptifler 2. Adrenokortikal Hiperfonksiyon a. Cushing sendromu b. Primer hiperaldosteronizm c. Konjenital adrenal hiperplazi (17α hidroksilaz ve 11 β hidroksilaz eksikliği) 3. Feokromositoma 4. Akromegali 5. Hipotiroidi, hipertiroidi 6. Hiperparatiroidi **B. Renal nedenler** • Kronik böbrek hastalığı • Kronik piyelonefrit • Akut ve kronik glomerülonefrit • Polikistik böbrek hastalığı • Renal arter darlığı • Arteriolar nefroskleroz • Diyabetik nefropati • Renin salgılayan tümörler **C. Uyku- apne sendromu** **D. Nörolojik nedenler** **E. Aort koarktasyonu**

Sekonder hipertansiyon: Altta yatan etiyolojik faktör biliniyorsa bu duruma sekonder hipertansiyon denilmektedir. Sekonder HT bütün HT olgularının neredeyse %10'unu oluşturmaktadır. Hipertansiyon hastalarının hepsinin sekonder hipertansiyon yönünden değerlendirmesi zaman ve mali açıdan yük olacağından klinik ipuçlarıyla kimlerin araştırılacağına karar verilmesi zaman ve mali kaybın engellenmesini sağlayacaktır. Öyküde sekonder hipertansiyonu düşündürebilecek durumlar var ise ailede böbrek hastalığı, ilaç kullanımı, terleme epizotları gibi durumlar varlığında, Dirençli hipertansiyonu olan kişiler biri diüretik olmak üzere üç farklı sınıfta antihipertansif ilacı yeterli dozajda kullandığı halde kan basıncı kontrol altına alınamayan kişiler, hâlihazırda HT tedavisi alırken kan basıncı kontrolü bozulan, otuz yaş öncesi HT tanısı konulan hipertansif kişiler, kan basıncı düzeyine göre beklenenden daha ağır hedef organ hasarı gelişmiş hastalar, anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) kullanımından sonra kreatinin seviyelerinin artışı önemli oranda (>%30) olan kişiler, rutin laboratuvar incelemelerinde hipokalemi saptanan kişiler sekonder hipertansiyon açısından değerlendirilebilir (Chobanian et al. 2003).

2.4.3. Hedef Organ Tutulumuna Göre Sınıflandırma

Hipertansiyon tedavisinde hedef kalp ve damar hastalıklarıyla ilişkili olarak morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Kalp ve damar hastalığı için risk sadece kan basıncı değil aynı zaman hedef organ tutulumunun varlığı ve diğer risk faktörlerinin bulunup bulunmamasıyla alakalıdır. Bundan ötürü HT sınıflaması yapılırken kan basıncı değerleriyle birlikte, risk faktörleri ve hedef organ tutulumu da değerlendirilir. Yüksek - normal kan basıncı ile 1. 2 ve 3. evrede hipertansiyonu olan hipertansif kişiler A, B ve C risk gruplarına göre değerlendirilir. Risk grubu A'da kan basıncı ne düzeyde olursa olsun, klinik olarak KVH, hedef organ hasarı ve diğer risk faktörleri yoktur. Grup B' de hastalarda klinik olarak kardiyovasküler hastalık ve hedef organ hasarı bulunmamakta fakat diyabet dışında 1 veya daha fazla risk faktörü bulunur. Risk grubu C'de ise kişilerden hem kalp ve damar hastalığı hem de hedef organ tutulumu bulunur. Kan basıncı düzeyi ve risk grupları ile yapılan sınıflandırma doğrudan tedavi yaklaşımı ve gidişatın belirlenmesiyle ilişkilidir (TEMD 2018).

2.4.4. Diğer Hipertansiyon Çeşitleri

Beyaz Önlük Hipertansiyonu

Ev ortamında veya ayaktan tedavi sırasında kan basıncı ölçüm sonucu normal (<130/80 mmHg) olmasına karşın, ofis ölçümlerinin yüksek olmasıyla nitelenen bir durumdur. Ofis ölçümünde Evre 1 hipertansiflerin yaklaşık %25'inde, evre 2 hipertansiflerin ise %10 kadarında görülmektedir. Beyaz önlük hipertansiyonu olanlarda kardiyovasküler risk, hem ofis hem de ambulatuar kan basıncı yükselmiş olan kişilere oranla daha azdır. Bununla birlikte yapılan bazı araştırmalarda bu durumun tansiyonu normal olan kişilerle kıyaslandığında daha yüksek organ hasarı ve metabolik bozukluk prevalansıyla alakalı olduğu belirtilmektedir. Bu sonuçlar beyaz önlük hipertansiyonunun klinik olarak masum bir olay olmayabileceğini düşündürmektedir. Nitekim yapılan son araştırmalar bu kişilerde hayat tarzı değişiklikleri ve farmakolojik tedaviyle kan basıncının kontrol altında tutulmasının kardiyovasküler olayları azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Beyaz önlük hipertansiyonu olan kişilere ek risk faktörü var ise yaşam tarzı değişikliğine ilaveten ilaç tedavisi tavsiye edilirken, risk faktörü bulunmayan kişilerde tedavinin yaşam tarzı

değişikliğiyle sınırlandırılması ve yakından izlem tavsiye edilmektedir (Konstantopoulou et al. 2006).

Maskeli Hipertansiyon

Beyaz gömlek hipertansiyonunun tersi olarak tarif edilmiş olan maskeli hipertansiyon; bireylerde muayenedeki kan basıncı değerleri normal (<140/90 mmHg) olmasına rağmen, ambulatuar veya evdeki kan basıncı değerleri yükselmiş olabilir (>135/85 mmHg) ve bu duruma "izole ambulatuvar hipertansiyon" veya "maskeli hipertansiyon" olarak adlandırılır (Mancia et al. 2006).

Genel popülasyonun %10'unda bu durum görülebilir ve önemlidir. Çünkü rutin muayenelerle teşhis konulamaz. Hastada ise artmış hedef organ hasarı ve kardiyovasküler hasarla sonuçlanan etkileri olan önemli bir hastalıktır (Calhoun et al. 2008).

2.5. Hipertansiyon Klinik Özellikleri

Hastaların çoğunda hipertansiyon sinsi şekilde seyreder yani hiçbir emare yoktur. Böyle kişilerde hipertansiyon tanısı konulması bir tek kan basıncı ölçümüyle mümkün olmaktadır. Bu sebepten ötürü hipertansif olmasa bile kişiler yılda en az 1-2 kez kan basıncını kontrolü yaptırmalıdır. Hipertansiyonun temel belirtileri baş ağrısı yaşama, çarpıntı, nefes darlığı, halsizlik, yorgunluk, burun kanaması, kulaklarda çınlama, yürürken ve merdiven çıkarken zorlanma, nadiren çok sık idrara çıkma, noktüri yani gece birden fazla kez idrar yapma isteğiyle uyanma ve bacaklarda şişlik olmasıdır. Kan basıncı çok yükseldiği zaman çift görme, dilde peltekleşme, yüzde veya vücutta karıncalanma hissedilebilir. Ancak bu belirtilerin hiçbirisi hipertansiyona has değildir, diğer hastalıklarda da görülebilen durumlardır. Hipertansiyon vücuda zarar vermişse bu zarara ilişkin belirtiler ortaya çıkabilir. Mesela göz etkilenmişse görme kaybı, kalp damarlarını etkilemişse göğüs ağrısı olabilir. KY oluşmuşsa hasta sırt üstü yatmakta zorlanır. Bunların meydana gelmesi için genellikle uzun bir zaman geçmiş olması ve hastanın yeterli tedavi olmamış olması gerekir. Hasta alması gereken tedaviyi almazsa bu belirtilerin görülmesi daha hızlı gerçekleşebilir (Aydoğdu ve ark. 2019).

2.6. Hipertansiyon Komplikasyonları ve Prognoz

Hipertansiyonun patofizyolojik etkilerinin mekanizması, endotelyal ve vasküler düz kas hücrelerinin işlevini ve etkileşimini yakından ilgilendiren kan damarı duvarındaki hücresel düzeyde yatmaktadır. Hem hipertansiyon hem de diabetes mellitus, endotel hücre yapısını ve fonksiyonunu değiştirir. Büyük ve orta büyüklükteki damarlarda ve böbrekte, endotel disfonksiyonu sırasıyla vasküler düz kas hücrelerinin ve mezanjiyal hücrelerin artmış büyümesine ve vazokonstrüksüyonuna yol açar. Düz kas soyunun hücrelerindeki bu değişiklikler, hem ateroskleroz hem de glomerüloskleroz gelişiminde anahtar rol oynar (Hsueh and Anderson 1992).

HT, dünyada engellenebilir ölüm sebepleri arasında ilk sıradaki risk faktörü olup DSÖ'nün 2002 raporuna göre her sene neredeyse 7.1 milyonun üstünde insanın yaşamının sonlanmasına sebebiyet vermektedir (WHO, "The world health report 2002). 2000 yılı itibariyle dünya genelinde yetişkin nüfusun % 26,4'sının hipertansiyon hastası olduğu ve bu değerin 2025 yılında % 29,2'ye çıkacağı öngörülmüştür (Kearney et al. 2005).

Böbrek hastalığı, hipertansiyonun nedeni veya sonucu olabilir. Hipertansiyon, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yetişkin nüfusun % 25'ini etkiler. Benzer şekilde, kronik böbrek hastalığı (KBH) ve SDBY, ABD nüfusunun artan yaşı ve hipertansiyon da dahil olmak üzere risk faktörlerinin insidansındaki artış nedeniyle giderek artmaktadır. Önemli kanıtlar, yüksek kan basıncının KBH gelişimi için en önemli risk faktörü olduğu fikrini desteklemektedir. Mikroalbüminürinin, hipertansif böbrek hastalığının erken belirteci olduğu gösterilmiştir. Sıkı kan basıncı kontrolünün mikroalbüminüri ve proteinüriyi azalttığı ve böbrek hastalığının ilerlemesini geciktirdiği gösterilmiştir (Barri 2008).

Hipertansiyon, koroner hastalık, sol ventrikül hipertrofisi ve kalp kapak hastalıkları, atriyal fibrilasyon dahil kardiyak aritmiler, beyin felci ve böbrek yetmezliği dahil olmak üzere yaşam boyunca edinilen hemen hemen tüm farklı kardiyovasküler hastalıklar için en güçlü risk faktörlerinden biridir. Bununla birlikte, etiyolojisine bakılmaksızın, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı (KKH), inme, kalp yetmezliği, aort ve periferik arter hastalığı ve valvüler dahil olmak üzere, koroner kalp hastalığının tüm belirtilerinin gelişimi için oldukça yaygın ve oldukça önemli bir risk faktörüdür. Sigara içimi, atriyal fibrilasyon, miyokard enfarktüsü ve diyabet gibi diğer bilinen risk faktörleri bağlamında

düşünüldüğünde bile, Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl meydana gelen 700.000 inmeye katkıda bulunan baskın risk faktörü hipertansiyon olarak iyi bilinmektedir. Hipertansiyon, <140 / <90 mm Hg kan basıncı seviyeleri ile karşılaştırıldığında inme için üç kat rölatif risk verir ve inme geçiren kişilerin yaklaşık% 80'inde önceden hipertansiyon vardır (Landsberg et al. 2013).

Hipertansiyon komplikasyonları dünya genelinde her sene 9.4 milyon ölüme sebep olmaktadır. Kalp hastalıklarına bağlı ölümlerin %45'ine, inmeye bağlı ölümlerin %51'ine hipertansiyon neden olmaktadır. Yetişkinlerde hipertansiyon yaygınlığı %35–46 arasında olduğu belirtilmektedir. HT giderek artmasının dünya nüfusunun yaşlanması, obezitenin artışı ve diyette tuz tüketiminin artmasıyla alakalı olduğu bulunmuştur (Kolcu ve Ergün 2017).

Hipertansif retinopati (HRP), hipertansiyonun klinik bir özelliği ve sistemik tezahürüdür ve hipertansiyonlu yetişkin hastalarda görme bozukluğunun önde gelen nedenlerinden biridir. Görme bozukluğu, sanayileşmiş ülkelerde çalışma çağındaki insanlarda yıkıcı ve milyonlarca insanın günlük yaşamını etkiliyor. Çinli hipertansiyon hastalarında yapılan epidemiyolojik çalışmalar, hastaların % 67-73'ünde fundus lezyonu ve % 12-15'inde retinopati olduğunu göstermiştir. Hipertansif retinopati, inme, kardiyovasküler hastalık ve serebrovasküler hastalık için bir risk faktörüdür. Retina, vücutta bir göz aynası kullanarak küçük kan damarlarını ve değişikliklerini görmenin mümkün olduğu tek yerdir. Retinal arteriyolar stenoz, HRP'nin tipik bir işareti ve hedef organ hasarının bir işareti olarak kabul edildiğinden, retinopati hipertansiyonun süresi, ciddiyeti ve prognozunun tahmin edilmesinde büyük önem taşır. Hipertansiyonun erken evrelerinde fundus kan damarlarının çoğu normaldir. Bununla birlikte, hastalığın gelişmesiyle birlikte, aterosklerotik plakların oluşumu yavaş yavaş kalınlığını arttırır ve kan damarlarının çapını azaltır, ardından arteriyoskleroz ve buna karşılık gelen retinopati gelişir. Sonunda, bu hastalar için görme azalmasına ve ciddi vakalarda körlüğe neden olur (Zhang et al. 2019).

2.7. Hipertansiyonun Epidemiyolojisi ve Önemi

Dünyada yaşlı nüfusun artması, obezitenin yaygınlaşması sebebiyle 2025 senesinde dünya nüfusunun 1/3'ünün, 1.5 milyar bireyin hipertansiyondan etkileneceği tahmin edilmektedir. Üstelik dünyada en başta gelen ölüm sebebi olarak yer almaktadır(The world health report, 2002). Tüm ölümlerin %13'ünün (7,1 Milyon/yıl) hipertansiyon nedeniyle meydana geldiği düşünülmektedir. Serebrovasküler hastalıkların % 62'si, Koroner Arter Hastalıklarının ise %49'undan standardın altında olan kan basıncı sorumludur (Altun ve ark. 2004).

HT sık karşılaşılan ve yetişkinlerde yaygın olan bir hastalıktır. Sık görülmesinin yanında kalıcı sekel ve ölümlere neden olması da ehemmiyetini artırmaktadır. Bu nitelikleri sebebiyle hipertansiyon aynı zamanda toplumsal ve ekonomik bir problemdir. Hastaların az olmayan bir bölümünün kan basıncı yüksekliğinin fark etmemesi bu hastalığın ehemmiyetini daha da arttırmaktadır. Tedavi edilemeyen hipertansiyon, kalp yetersizliğini, koroner kalp hastalığını, kanama ya da pıhtıya bağlı inmeyi, böbrek yetmezliğini, periferik arter hastalıklarını, aort damarının yırtılmasını ve ölüm oranını artırmaktadır. Hipertansiyon sağ kalım süresini 10-20 yıl azaltabilir. Özellikle tuz kullanımı artmış olan toplumlarda kan basıncı yüksekliği daha yaygın olduğundan bu tür toplumlarda daha önemli olacaktır. HT kişi ve toplum sağlığına verdiği zararın yanı sıra toplumsal ve ekonomik gelişme üzerinde de negatif sonuçları vardır. Sadece ABD'de 50 milyon kişinin ¼'ü hipertansiyondan etkilendiği, her yıl 29 milyon iş günü kaybına neden olduğu, hipertansiyona sebebiyle oluşan hastalıklar için iki milyar Amerikan Doları harcandığı hesaplanmıştır (Hacıoğlu 2014).

Altun ve ark. (2004) çalışmalarında "Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması" ile Türkiye'deki yetişkin nüfusta hipertansiyon prevalansını % 31.8 bulmuşlardır. Ayrıca hipertansiyon yaygınlğının kadınlarda (% 36.1) erkeklerden (% 27.5) daha fazla olduğunu bulmuşlaşdır. Coğrafi bölgelere göre Türkiye'de hipertansiyon prevalansı ise şöyle dağılmaktadır: 1-İç Anadolu (% 38.5), 2-Marmara (% 34.0), 3- Karadeniz (% 33.2), 4-Güneydoğu Anadolu (% 28.6), 5-Akdeniz (% 28.4), 6-Ege (% 28.0), 7-Doğu Anadolu (% 25.0)(Arıcı ve ark. 2015).

Türkiye'de yetişkin nüfus temelli epidemiyolojik araştırmalarda HT prevalansı %31.8 (kadınlarda %36.1, erkeklerde %27.5) olarak, 4 yıllık insidans hızı ise %21.4 (>65 yaşta %43.3) olarak belirtilmiştir. Bu araştırmaya katılan bireylerin %32.2'sinin daha önce hiç KB ölçümü yaptırmamış kişiler olduğu bulunmuştur. 2012 yılında yapılan çalışmada ise bu oran %21.9 olarak bulunmuştur. 2003 yılında hipertansiyonu olanların %40.7'si hastalığın farkında iken 2012 yılında bu oran %54.7 olarak saptanmıştır. İlaç tedavisi alanların oranı 2003'te %31.1 iken 2012'de %47.4'e ve KB kontrolü de %8.1'den %28.7'ye yükselmiştir. Bu veriler ülkemizde hipertansiyon prevalansının yüksek olduğunu, bunun yanı sıra tanı ve tedavi yüzdelerinin yetersiz olduğunu ifade etmektedir (Kolcu ve Ergün 2017).

2.8. Tanı

Yetişkin muayenelerinde her daim kan basıncı kontrolü ve en az 30 saniye olacak şekilde nabız sayımı yapılmalıdır. Bununla birlikte hastanın risk etmenlerini belirlemek ve sekonder hipertansiyon sebeplerini araştırmak amacıyla detaylı tıbbi öykü alınmalı, sistemik fiziksel muayene yapılmalı ve gerekli laboratuvar testleri istenmelidir. Hipertansif hastalarda daha evvelki kan basıncı sonuçları, atlatılmış ve/veya mevcut olan hastalıklar, KVH risk faktörleri, ailede kalp ve damar hastalığı hikâyesi, hipertansiyon tedavisi amacıyla daha önce kullanılmış ya da kullanılmakta olan ilaçlar ile sekonder HT sebeplerine ve organ hasarına ait bulgular yönünden araştırılmalıdır. HT de doğru tanı ile tedavi mümkün olacaktır. Bu hedefle, kan basıncını tespit etmek için gerekli donanımsal çevre şartlarının sağlanması ve doğru bir teknik ile ölçüm yapılması sağlanmalıdır. Kan basıncının doğru ölçülmesi HT engellenmesi, saptanması, değerlendirilmesi ve tedavisi yönünden en önemli noktayı oluşturmaktadır. JNC-7'de kan basıncının en uygun ölçümünü "Ofis şartlarında hasta oturur pozisyonda iken, 5 dakikalık dinlenme sonrasında ayakları yere basar ve kolu kalp hizasında desteklenmiş durumda yapılan ölçüm" olarak bildirmiştir. Kan basıncı en az iki kez ölçüldükten sonra bunların ortalaması değerlendirilmelidir (Chobanian et al. 2003).

Ambulatuar kan basıncı ölçümü günlük aktiviteler ve uyku sırasında kan basıncı ölçümüyle alakalı bilgi verirler. 24 saat boyunca kan basıncı takibi kişinin tüm aktiviteleri esnasında birden çok kan basıncı ölçüm imkânı sağlar. Ambulatuar kan basıncı değerler genelde klinikte elde edilen değerlerden daha düşük olur. Evde kan basıncı ölçümü ev ya da iş yerinde kan basıncı izlemi klinik ve klinik dışı kan basıncı değerleri arasındaki farklılığın saptanmasında önemlidir. Sigara ani olarak kan basıncını yükseltmektedir ve sigara içtikten 15 dakika sonra kan basıncı seviyesi bazal değere ulaşır. Evde ve ambulatuar kan basıncı ölçümü özellikle sigara içen bireylerin kan basıncının değerlendirilmesinde yararlı olur. Ayrıca evde kan basıncı ölçümü hasta uyumunu arttırır (Padmanabhan et al. 2012).

İyi kan basıncı ölçüm tekniğinin kullanılması, hastanın ölçümden önce 5 dakika boyunca sırtını desteklediği bir sandalyeye sessizce oturması da dahil olmak üzere dirençli hipertansiyonun doğru teşhisi için gereklidir; kolun en az% 80'ini çevreleyen hava kesesi ile doğru manşet boyutunun kullanılması (hastaların çoğu için yetişkin büyük manşeti); ve kolluk ölçümü sırasında kolun kalp seviyesinde desteklenmesi en az 1 dakikalık aralıklarla en az 2 okuma yapılmalı ve hastanın kan basıncını temsil etmek için bu okumaların ortalaması alınmalıdır. Kan basıncı her iki kolda da dikkatli bir şekilde ölçülmeli ve gelecekteki ölçümler için genellikle daha yüksek basınçlara sahip kol kullanılmalıdır. Tedavi sırasında ortostatik komplikasyonları tespit etmek için takip sırasında sırtüstü ve dik kan basınçları ölçülmelidir (Balız 2013)

2.9. Hipertansiyon Tedavisi

Hipertansiyon hastalığında yapılan tıbbi uygulamalardan ilk seçenek farmakolojik tedavidir. Avrupa kılavuzunda özel bir durum bulunmadığı sürece beş antihipertansif ilaç grubundan herhangi birinin ilk olarak başlanabileceği önerilmektedir (Kjeldsen 2003). Kronik bir hastalık olan HT tedavisindeki hedef; kişinin hastalığının denetim altında olmasının sağlanmasıdır (Kara ve ark. 2009). Dirençli hipertansiyon tedavisinde sağlığı geliştiren yaşam tarzı değişikliği, farmakolojik olmayan tedavinin bir bileşenidir ve hipertansiyon yönetiminin son derece önemli bir yönüdür. Hastalara her zaman kilo

vererek, fiziksel aktiviteyi yoğunlaştırarak ve bununla birlikte az yağlı bir beslenme şekli gibi yaşam tarzlarını değiştirmeleri tavsiye edilmelidir (Doroszko et al. 2016).

2.9.1. Farmokolojik Tedavi

Hipertansiyon dünya çapında tahmini 1 milyar yetişkini etkilemektedir. Atalarından, coğrafi bölgelerinden veya gelirlerinden bağımsız olarak erkekler ve kadınlar arasında küresel hastalık yükü için en yaygın değiştirilebilir risk faktörüdür ve engellilik ve ölüm oranına önemli ölçüde neden olmaktadır. Mevcut kanıtlar, kronik olarak yüksek kan basıncını düşürmek için antihipertansif ilaçların kullanımının, ölüm oranlarında ve inme, koroner kalp hastalığı ve kronik böbrek hastalığı dahil olmak üzere diğer olumsuz sekellerde önemli bir azalma ile ilişkili olduğunu açıkça göstermektedir. Antihipertansif ilaçlar alan hastalarda, tedaviye yanıt olarak kan basıncı izlenir ve kan basıncı yanıtı ve yan etkilere göre dozaj ayarlanır (Cooper-DeHoff and Johnson 2016).

Sempatolitik ajanlar, doğal alkaloidler (reserpin) ve yarı sentetik ajanlar (metildopa), modern tedavinin öncüleri olan eski antihipertansif ilaçlardı. Kademeli olarak, merkezi bastırıcı etkilerinden kaçınmak amacıyla daha güvenli ajanlarla değiştirildiler. 1950'lerden 2010'a kadar, hidralazin, kalsiyum kanal blokerleri ve renin-anjiyotensin sistemi (RAS) blokerleri gibi vazodilatörler, periferik vasküler direnci azaltmayı amaçlayan vasküler ton kontrol mekanizmalarıyla ilgili anlayışımızdaki ilerlemeden ortaya çıktı. Neredeyse paralel olarak, tiyazidler ve tiyazid benzeri diüretikler, antihipertansif etkisi, sistolik hacimde diüretiğin neden olduğu azalmadan ve vasküler dirençte spesifik olmayan bir azalmadan kaynaklanan hipertansiyonun yönetimine dahil edildi. Bununla birlikte, mevcut tedavilerin bazı sınırlamaları vardır. Örneğin, etnik köken, genetik değişkenlik ve fenotipik farklılıklar hala antihipertansif ilaçların tolerabilitesini ve etkinliğini belirler. Dahası, hipertansif hastaların yaklaşık % 5 ila 20'si, farklı farmakolojik sınıflardan kombine ajanlarla bile BP kontrolüne ulaşmaz ve hastalığın dirençli veya refrakter fenotipinde kategorize edilir. Her iki terim de BP'yi düşürmedeki başarısızlığı ifade eder, ilki üç veya daha fazla ve ikincisi beş veya daha fazla ilaçla. Şu anda, kombinasyon terapisinin klinik farmakolojik prensibi, farklı BP kontrol mekanizmalarını (sinir sistemi, vasküler ve renal) hedeflemektir ve

dirençli ve refrakter hastaların varlığı, ek tedavilere olan ihtiyacı göstermektedir (Bomfim et al. 2019).

HT tedavisinde kullanılan temel antihipertansif ilaçlar;

• Diüretikler

• Beta adrenerjik reseptör blokerleri (Beta blokörler)

• Kalsiyum kanal blokörleri

• Anjiyotensin dönüştürücü/coverting enzim inhibitörleri (ACE)

• Anjiyotensin 2 reseptör blokörleri (Martins et al. 2012).

2.9.2 Nonfarmakolojik Tedavi

Hipertansiyonun farmakolojik tedavisi, kan basıncıyla birlikte kardiyovasküler ve böbrek hastalıklarından morbidite ve mortaliteyi düşürmede tesirlidir. Fakat, uzun süreli ilaç tedavisinin istenmeyen etkileri olabilir ve sürekli tıbbi izlem gerektirir.

Yaşam tarzı değişiklikleri: Yaşam tarzı değişiklikleri ciddi oranda kan basıncını düşürür. Bu bağlamda, son kanıtlar farmakolojik olmayan yaklaşımların - özellikle kilo azaltma, tuz kısıtlaması, alkol tüketiminin azaltılması, kolesterol alımının azaltılması ve egzersizin - yüksek basıncı düşürebileceğini ve farmakolojik ajanların etkinliğini artırabileceğini göstermektedir. Hipertansiyonun gelecekteki tedavisi için farmakolojik olmayan tedavi vurgulanmalıdır (Rumore 1992).

Alkol kullanımının azaltılması: Alkol kullanımı, genellikle takdir edilenden daha fazla hipertansiyon sebebidir. Çok fazla alkol alımı antihipertansif tedaviye dayanıklılık oluşturarak inme riskini arttırır. Alkol antihipertansif ilaçların etkisini azaltmaktadır. Alkol tüketen hipertansif erkekler günlük etanol tüketimi 20-30 gr, kadınların etanol tüketimi 10-20 gr' ı geçmeyecek biçimde limitlendirilmelidir (Karaman, 2011).

Sigaranın bırakılması: Her bir sigara içimi 15-30 dakika devam eden ani kan basıncı yükselmesine sebebiyet verir. Klinik olarak tespit edilemese de 24 saatlik ambulatuar kan

basıncı ölçümlerinde yükselmeler gösterilmiştir. Sigara kullanımı kardiyovasküler riski 2-3 kat arttırır. Tütün kullanımının bırakılmasından en az yıl bir yıl sonra kardiyovasküler olumlu sonuçlar gözlemlenebilir. Sigara yağ bileşiklerinin profilini bozar, insülin direncini artırır, sol ventrikül ağırlığında artış olur ve endotele bağımlı arteriyel damar gevşemesinde azalmaya sebep olur. Tütün ürünlerini başka bir risk faktörü olarak ele alırsak, sigarayı bırakmayı teşvik etmek için kullanılabilecek çeşitli stratejiler vardır. Doktorlar, hastalarının sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak için mükemmel bir konumdadır. Sadece tütün kullanımının bırakılmasının kan basıncını düşürdüğünü gösteren araştırma mevcut değildir. Fakat tütün ve tütün ürünlerini bırakmak hipertansiyonda farmakolojik tedaviye karşı direncin engellenmesi ve kardiovasküler riskin azaltılması için önemlidir. Nikotin bantları kan basıncını yükseltmediği için sigarayı bırakmada kullanılabilirler (Samadian 2016).

Stresle mücadele: Stresin önemli bir sorun gibi göründüğü hipertansif hastalar için, stres yönetimi bir müdahale olarak düşünülmelidir. Duygusal stres kan basıncında ani artışa sebep olabilir. Biyolojik-geri besleme, yoga, meditasyon, psikoterapi gibi bilişsel davranışsal yaklaşımlar kan basıncında kısa zamanlı da olsa azalma sağlayabilirler. Bireyselleştirilmiş bilişsel davranışçı müdahalelerin, tek bileşenli müdahalelerden daha etkili olma olasılığı daha yüksektir(Swales 1995).

Kilo verilmesi: Kilo kaybı, hipertansif hastaların tedavisinde ilk müdahale olarak ana kılavuzlarda önerilmektedir. Popülasyon alt gruplarında hedeflenen kilo verme müdahaleleri, genel popülasyon yaklaşımına göre hipertansiyonun önlenmesinde daha etkili olabilir. Visseral yağlanma ve kan basıncının artmış kalori, protein ve karbonhidrat alımıyla bağlantılı olduğu ve bunun da plazma katekolaminlerinin, sempatik sinir sistemi aktivitesinin ve insülin salgılanmasının artmasıyla sonuçlandığı varsayılmaktadır. Sonuç olarak, renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi (RAAS) aktivasyonu, aldosteron sentezi yoluyla renal sodyum tutulumuna neden olarak, periferik vasküler dirençte yetersiz ayarlama durumunda artmış kardiyak çıktıya neden olur ve bunların tümü hipertansiyon ile sonuçlanır. Kilo kaybını takiben kan basıncındaki düşüş, azalmış sempatik sinir sistemi ve RAAS aktivitesinin yanı sıra hızlanmış natriürez ile ilişkilidir (Frisoli et al. 2011).

Fiziksel aktivitenin artırılması: Fiziksel aktivite, hipertansiyonun önlenmesine yardımcı olabilecek önemli bir yaşam tarzı değişikliği olarak önerilmektedir. Son epidemiyolojik

kanıtlar, fiziksel aktivite ile hipertansiyon gelişimi arasında tutarlı, zamansal ve doza bağlı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Girişimsel çalışmalardan elde edilen deneysel kanıtlar, egzersizin kan basıncının düşürülmesi üzerindeki olumlu etkileri son yıllarda iyi karakterize edildiğinden, fiziksel aktivite ile hipertansiyon arasındaki ilişkiyi daha da doğrulamıştır. Mevcut kanıtlar birlikte, yeterli fiziksel aktivitenin olması HT'nin engellenmesinde rol oynadığını göstermektedir. Bunun yanı sıra, hipertansiyonun önlenmesi için en ideal reçete hala belirsizliğini korumaktadır (Diaz and Shimbo 2013).

Diyet: Yüksek potasyumlu meyve ve sebzeler açısından zengin bir diyet şiddetle tavsiye edilir. Diyetle aşırı miktarda potasyum tüketilmesinin kan basıncını düşürücü etkisi vardır. Taze ürünler en iyisidir; normal potasyum içeriği, yiyecekler konserve veya dondurulduğunda azalır. Kalsiyum takviyesi, hipertansif bireylerde kronik nitrik oksit sentaz inhibisyonu sırasında kan basıncını düşürür ve yüksek kalsiyum diyet, nitrik oksit eksikliği olan hipertansiyonda vazorelaksasyonu artırır. Magnezyum, yüksek tansiyonu önlemek veya tedavi etmek isteyen herkes tarafından dikkate alınmalıdır. Sağlıklı bir tansiyonun temeli, sağlıklı bir diyet, yeterli egzersiz, stres azaltma ve yeterli miktarda potasyum ve magnezyumdan oluşur, ancak magnezyum kullanımına ilişkin kesin tedavi önerileri yapmadan önce daha fazla araştırma yapılması gerekir (Samadian et al. 2016).

Tuz alımının azaltılması: Hipertansiyon ile diyetle alınan sodyum alımı arasındaki yakın ilişki, geniş çapta tanınmakta ve çeşitli çalışmalarla desteklenmektedir. Diyetteki sodyumda bir azalma sadece kan basıncını ve hipertansiyon insidansını düşürmekle kalmaz, bununla birlikte kalp ve damar hastalıklarından kaynaklanan morbidite ve mortalitede bir düşüş ile de ilişkilidir. DSÖ tarafından günde> 5 g sodyum olarak tanımlanan aşırı sodyum tüketiminin kan basıncında ciddi bir artışa neden olduğu gösterilmiştir ve hipertansiyonun başlangıcı ve kardiyovasküler komplikasyonları ile ilişkilendirilmiştir. Sodyum alımı ile KB değerlerinde artış arasındaki patofizyolojik bağlantı geniş çapta tartışılmaktadır. Artan tuz tüketimi, su tutulmasına neden olabilir, böylece arteryel damarlarda yüksek akış durumuna yol açabilir. Basınçlı natriürez mekanizması, renal arterlerdeki kan basıncındaki artışın artmış tuz ve su atılımına neden olduğu fizyolojik bir fenomen olarak önerilmiştir. Dünya çapında olağan sodyum alımı, küresel düzeyde belirgin farklılıklar olmakla birlikte, günde 3.5-5.5 gr (günde 9−12 gr tuza tekabül eder) arasında değişir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından genel popülasyonda

sodyum tüketiminin günde neredeyse 2.0 g (günde yaklaşık 5.0 g tuza eşdeğer) ile sınırlandırılması için önerilerde bulunuldu ve hipertansif popülasyonda tuz alımını azaltmak için özel bir çaba gösterilmelidir. Dünya çapında nüfus tuzu alımında mütevazı bir azalma, halk sağlığında büyük bir iyileşme ile sonuçlanacaktır. Tuz alımında bir azalma, kardiyovasküler sistem üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir, hipertansif hastalarda kan basıncı değerlerinde bir azalmaya neden olabilir, ancak aynı zamanda vasküler fonksiyonda ve büyük arterlerin viskoelastik özelliklerinde olası faydalar sağlayabilir (Grillo et al. 2019).

2.9.3. Hipertansiyonda Fitoterapi

Hipertansiyon, dünyadaki en yaygın epidemiyolojik etkiye sahip en yaygın kardiyovasküler hastalıktır ve endotel disfonksiyonu, metabolik sendrom, diyabet, renal disfonksiyon, konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalığı ve inme gibi diğer hastalıkların gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. Mevcut antihipertansif tedaviler kan basıncını düşürmede etkilidir, ancak bunlar ilaca uyumsuzluğa katkıda bulunabilecek yan etkilerle ilişkilidir. Bu nedenle, doğadan türetilen daha güçlü ancak daha az olumsuz yan etkiye sahip ilaçları araştırmak gerekir (Krum and Pellizzer 1998).

Fakat, bitkisel ürünlerin hem kullanım sıklığının ve dozunun ayarlanması hem de etkinliğiyle ilgili yeterli araştırma olmaması sorun çıkarabilmektedir. Sarımsak, yeşil çay ve narenciye ürünleri hipertansiyon tedavisinde başvurulan başlıca bitkilerdir. Zambak ailesinden olan sarımsak (allium sativum) çorbalar, güveçler, makarnalar ve cacık gibi birden fazla yemek ürünlerinde genel olarak kullanılan bir bitkidir. Mutfakta kullanımına ek olarak tedavi edici özellikleri ile ilgili yeterli bilimsel kanıt olmasına karşın sarımsak tıp alanında da kullanılmaktadır. Sarımsağın antilipidemik ve antiplatelet özelliği de bulunduğundan HT hastalarında ek bir faydası da mevcuttur. En fazla KB düşürücü etkiyi yabani türdeki sarımsak sağlamaktadır (Edwards et al. 2005).

Bitkisel ürünlerin doğal olması her zaman güvenilir olduğu anlamına gelmeyebilir. Bitkisel ürünlerin yanlış etiketlenerek satışı ya da bazı bitki çeşitlerinin hatalı tanımlanması sebebiyle hayati zehirlenmeler meydana gelebilir (Gonzales-Stuart A.2011).

Sarımsağın tıbbi amaçlar için kullanımı tarihte iyi belgelenmiştir. Mısırlılar, Romalılar, Çinliler ve Hintliler çeşitli tıbbi rahatsızlıklar için sarımsak kullandılar. Sarımsağın solunum ve mide-bağırsak hastalıklarında, bazı bulaşıcı hastalıkların tedavisinde ve işçilerde performansı artırmada etkili olduğu düşünülüyordu. Birkaç farklı sarımsak preparatı vardır: diş sarımsak, uçucu sarımsak yağı, sarımsak tozu, sarımsak yağı, sarımsak özü ve yaşlanmış sarımsak özü. Sarımsağın kan basıncını düşürücü özellikleri bitkinin soğanlı kısmından geliyor gibi görünüyor ve kükürt içeren bileşiklerin üretimine atfediliyor. Allisin (alil 2-propentiyosülfinat), en yüksek kükürt içeriğine sahip temel biyoaktif bileşiklerden biri olduğu düşünülmektedir. Allisin, S-alil sistein-S-oksidin (alinin) parçalanmasıyla üretilir. Bir damar genişletici ajan olan allisinin de in vitro olarak anjiyotensin dönüştürücü enzimi (güçlü bir vazokonstriktör olan anjiyotensin üretimine yardımcı olan) inhibe ettiği ve bu nedenle hipertansiyonu olan kişilerde kan basıncını düşürdüğü gösterilmiştir. Sarımsak ürünlerinin kan basıncı üzerindeki etkinliğinin, öncelikle allisin üretme yetenekleriyle belirlendiği düşünülmektedir. Ancak tüm sarımsak ürünlerinde aynı miktarda allisin bulunmadığı için ürünlerin etkinliğinin nasıl hazırlandıklarına bağlı olarak değiştiği düşünülmektedir. Devam eden araştırmalar, sarımsağın tıbbi özelliklerinin allisin'e ek olarak diğer bileşiklerden kaynaklandığını göstermektedir. Sarımsaktaki fenolik ve steroidal bileşikler farmakolojik etkilere sahiptir, kokusuzdur ve allisinin aksine ısıya dayanıklıdır (Stabler et al.2012).

Portakal (Citrus sinensis) suyu da C vitamini, folat, potasyum gibi iyi bir ana besin kaynağı olarak kabul edilir. C vitamininin son zamanlarda endotelyal hücreleri ve LDL'yi hücre içi, hücre dışı oksidatif stresten koruduğu ve ateroskleroz riskini azalttığı bulunmuştur. Ek olarak folik asit, plazma homosistein konsantrasyonlarını düşürebilir ve kardiyovasküler hastalıkları olan hastalarda endotel disfonksiyonunu geri döndürebilir. Ticari portakal suyunun kan basıncı üzerinde önemli bir etkisi vardır. Konsantre ürünler, doğal meyve suyuna kıyasla daha fazla flavonoid, pektin ve uçucu yağ içeriğine sahip olduğundan, kan basıncı üzerinde daha etkilidirler (Asgary S,2013). %70 kullanım oranıyla bitkisel tedaviler en yaygın olarak tercih edilen tamamlayıcı tedavidir. Bitkisel ürünlere başvuranların neredeyse yarısı yakınlarının veya arkadaşlarının önerisiyle kullandıklarını belirtmişlerdir (Güven ve ark. 2013).

Son zamanlarda bitkisel ilaçlar, güvenlikleri, etkinlikleri, kültürel olarak kabul edilebilirlikleri ve daha az yan etkileri nedeniyle kardiyovasküler hastalıklar dahil çeşitli rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Sık Narenciye tüketiminin kardiyovasküler hastalık insidansını önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Ayrıca Citrus spp. yani turunçgiller kan basıncının düzenlenmesinde rol oynayan anahtar molekülleri inhibe edebilir ve koroner vasküler direnci ve ortalama arteriyel basıncı azaltabilir. Düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) düzeyini düşürerek lipit profilini iyileştirmek ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) düzeylerini artırmak, antiinflamatuar, antioksidan, anti-iskemik, antitrombolitik ve damar gevşetici etkiler dahil olmak üzere çeşitli mekanizmalar, bu bitkilerin kardiyoprotektif aktivitesinde rol oynar (Razavi et al. 2015).

Hastalıklarda bitkilerin kullanılmasının geçmişi insanlık tarihi kadar eskilere dayanmaktadır. Bitkilerin hastalıkların tedavisinde kullanılabilmesi için, kalite, güvenlilik ve etkililik yönünden araştırılması gerekmektedir. Kalite ile anlatılmak istenen, kontaminasyonun engellenmesi, kullanılan ürünün etken madde miktarının belirlenmesi; yani, standardizasyonudur. Hekimlerin üzerine düşen bitkisel ürünlerin diğer ilaçlarla olan etkileşimini bilmesi ve yönlendirmesi konusudur. Almanya olmak üzere bazı Avrupa ülkelerinde, bitkisel ürünler standardize edildikten sonra eczanelerde ve marketlerde satışı sağlanarak kullanıma sunulur. Bu standartlar ise, Dünya Sağlık Örgütü, ESCOP (European Scientific Cooperative on Phytotherapy) ve Komisyon E gibi kuruluşlar tarafından oluşturulan monograflar ile değerlendirilmektedir. Kullanımın sıklığı ve giderek yaygınlaştığı düşünüldüğü zaman, bizim ülkemizde de bu alanın hekimler tarafınca sahip çıkılması mecburidir (Uğurlu ve ark. 2016).

Ancak, piyasada satışa sunulan dozajı ve etki zamanı belirsiz olan sarımsak veya diğer fabrika çıkışlı bitkisel ürünlerin HT tedavisinde yeri bulunmamaktadır. Farmakolojik tedaviden bağımsız olarak kullanım miktarı ve uygulama aralıkları belirsiz olan bu ürünler tehlike oluşturabilir. İşleme uğramamış taze bitkisel ürünlerin farmakolojik tedavi alan kişilerin gıdalarında kullanılmasının bir mahzuru olmayabilir. Son günlerde, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıkların tedavisi için şifalı otların kullanımına alaka artmaktadır. Otlar ve bitkiler, kalp ve damar hastalıkları ve HT tedavisinde etkili olan birçok fitokimyasal içerir. Biriken bilimsel kanıtlar, şifalı bitkilerin hastalarını tedavi etmek için sağlık pratisyenleri tarafından kullanılması için bir neden sağlar. Bitkilerin bu genişleyen

kullanımının mantığı, hastaların “bütünsel bir tıbba” ve bitkilerin doğal, güvenli ve etkili olduğuna olan inancıdır. Bununla birlikte, bitkilerin kullanımıyla ilgili endişelerin nedenleri vardır, çünkü bunlar dikkatli bir şekilde düzenlenmez veya denetlenmez ve kullanımları, geleneksel ilaçlarla kombinasyonları ile ciddi komplikasyonlara veya etkileşimlere yol açabilir (Chrysant and George 2017). Çeşitli ülkelerde, hastaların yaklaşık% 80'i hipertansiyon tedavisi için hem tek formda hem de antihipertansif ilaçlarla birleşim halinde bitkisel ilaç kullanmaktadır. Sarımsak, antihipertansif ilaçlarla birlikte kullanılan en yaygın bitkisel ilaçtır. Hastalar ve sağlık çalışanları arasındaki iletişim eksikliği, bitkisel ilaçların ve antihipertansif ilaçların eşzamanlı kullanımında artışa neden olabilir. Bu nedenle, sağlık çalışanları arasında etkili iletişim ve uygun bakım, kombine tedavinin yan etkilerini ve diğer risklerini önlemede önemlidir (Azizah et al. 2021).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma hipertansiyon hastalarının bitkisel tedavi kullanma alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın verileri Aralık 2019- Mart 2021 tarihleri arasında Hatay Mustafa Kemal Üniversite hastanesine başvuran hipertansiyon hastalarından toplanmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Hatay Mustafa Kemal Üniversitesine başvuran hipertansiyon hastaları oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini ise araştırma tarihleri arasında hastaneye başvuran 18 yaş üstü, araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 200 hipertansiyon hastası ile yapılmıştır.

3.4. Araştırma Materyali

Araştırma verileri anket yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi araştırmalar etik kurulundan gerekli izinler alındıktan sonra anket yapılmaya başlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden kişilere gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Gönüllü onam formunu imzalamak istemeyen 30 kişi çalışmaya dahil edilmemiştir. Veriler araştırmacı aracılığıyla yeterli açıklamalar yapıldıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemiyle yapılmıştır. Hastalara anketteki sorular sorulup cevapları kaydedilerek veriler toplanmıştır. Görüşme her hastayla en az 10 en fazla 20 dakika sürmüştür. Anketin ilk 6 sorusu hastaların sosyo-demografik özelliklerini belirmeye yönelik iken 18 soru ise hastaların hipertansiyon hastalığında kullandıkları bitkisel ürünleri ve bunlarla ilgili bilgi düzeylerini ölçmeye yöneliktir. Anket soruları oluşturulurken Karataş ve ark.2012, Pınar N ve ark. 2017 çalışmalarının anketlerinden faydalanılmıştır.

3.5.İstatiksel Analiz

Çalışmanın istatistik analizi SPSS 18.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin İstatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler (frekans, ortalama, standart sapma, yüzde) ve ki-kare testi kullanılmıştır. $p<0.05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Çalışmaya katılan 200 gönüllü hipertansiyon hastasının 118'i (%59) kadın, 82'si (%41) erkekti. Bu bireylerin 157'si (%78.5) evli, 43 (%21.5) kişi ise bekârdı. Çalışmada ankete katılan olguların eğitim durumuna bakıldığında 90 (%45) kişi ilkokul mezunu, 21 (%10.5) kişi ortaokul mezunu, 15 (%7.5) kişi lise mezunu, 10 (%5) kişi üniversite mezunu, 64 (%32) kişinin ise okuryazar olmadığı görülmüştür. Çalışmaya katılan olguların 162'si (%81) çekirdek aile olarak, 38'i(%19) geniş aile şeklinde yaşamaktadır. Çalışmada ankete katılan olguların 70'i (%35) emekli, 105'i (%52.5) ev hanımı, 25'i (%12.5) çalışandır (Çizelge 4.1.).

Çizelge 4.1. Ankete Katılanların Sosyo-demografik Özellikleri

Cinsiyet	**n**	**%**
Erkek	82	41
Kadın	118	59
Medeni durum		
Evli	157	78.5
Bekâr	43	21.5
Öğrenim durumu		
İlkokul mezunu	90	45
Ortaokul mezunu	21	10.5
Lise mezunu	15	7.5
Üniversite mezunu	10	5
Okuryazar değil	64	32
Aile tipi		
Çekirdek aile	162	81
Geniş aile	38	19
Çalışma durumu		
Emekli	70	35
Ev hanımı	105	52.5
Çalışan	25	12.5
Hastalandığınızda ilk olarak ne yaparsınız?		
Sağlık kuruluşuna başvururum	62	31
Evde var olan ilaçlardan kullanırım	111	55.5
Bitkisel ilaçlara başvururum	12	6
Alternatif ve tamamlayıcı tıbbı tercih ederim	15	7.5
Diğer	0	0

n: kişi sayısı

Katılımcıların hastalandığında ilk yaptıklarını cinsiyete göre karşılaştırdığımızda p>0,05 bulunduğundan anlamlı farklılık bulunmamıştır (Çizelge 4.2.).

Çizelge 4.2. Hastalandığında ilk yapılanların cinsiyete göre karşılaştırılması

Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız?		Cins		
		Kadın	Erkek	Toplam
Sağlık kuruluşuna başvururum		34	28	62
	% katılımcı	54,8%	45,2%	100,0%
	% cinsiyet	28,8%	34,1%	31,0%
	% toplam	17,0%	14,0%	31,0%
Evde var olan ilaçları kullanırım		65	46	111
	% katılımcı	58,6%	41,4%	100,0%
	% cinsiyet	55,1%	56,1%	55,5%
	% toplam	32,5%	23,0%	55,5%
Bitkisel ilaç		8	4	12
	% katılımcı	66,7%	33,3%	100,0%
	% cinsiyet	6,8%	4,9%	6,0%
	% toplam	4,0%	2,0%	6,0%
TAT		11	4	15
	% katılımcı	73,3%	26,7%	100,0%
	% cinsiyet	9,3%	4,9%	7,5%
	% toplam	5,5%	2,0%	7,5%
Toplam	Toplam	118	82	200
	% katılımcı	59,0%	41,0%	100,0%
	% cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	59,0%	41,0%	100,0%

n: kişi sayısı

Araştırmaya katılanların 118'i kadın 82'si erkektir. Kadınların yaş ortalaması 65.3 ± 12.6 erkeklerin yaş ortalaması ise 62.2 ± 12.4'tür. Katılımcıların genel yaş ortalaması 63.9 ± 13.0'dır (Çizelge 4.3).

Çizelge 4.3. Ankete Katılanların Yaş Ortalamaları

Yaş	**min**	**max**	**Ortalama**
Toplam	30	95	65.3 ± 12.6
Kadın			66.2 ± 12.4
Erkek			63.9 ± 13.0

n:kişi sayısı

Katılımcılara hipertansiyon hastalıklarını kontrol altında tutmak için neler yaptığı sorulduğunda 16'sı (%8) rutin kontrollerime giderim, 23'ü (%11.5) diyet uygularım, 100'ü (%50) tuz kısıtlaması uygularım, 16'sı (%8) egzersiz yaparım, 158'i (%79) ilaçlarımı düzenli kullanırım,8'i (%4) hiçbiri, 2'si (%1) diğer şıkkını işaretlemiştir (Çizelge4.4.).

Çizelge4.4. Hipertansiyon hastalarının tansiyonunu kontrol altında tutma davranışları

	n	**%**	**Toplam**	
			n	**%**
Tansiyonunuzu kontrol altında tutmak için ne yaparsınız?				
Rutin kontrollerime giderim	**16**	**8**	**200**	**100**
Diyet uygularım	**23**	**11.5**	**200**	**100**
Tuz kısıtlaması uygularım	**100**	**50**	**200**	**100**
Egzersiz yaparım	**16**	**8**	**200**	**100**
İlaçlarımı düzenli kullanırım	**158**	**79**	**200**	**100**
Hiçbiri	**8**	**4**	**200**	**100**
Diğer	**2**	**1**	**200**	**100**

n: kişi sayısı

Ankete katılan olgulara ilaç kullanımı ile ilgili tutum ve davranışlarını belirlemek için ilaç kullanırken istenmeyen bir etki ya da yarar göremezseniz ne yaparsınız diye sorulduğunda 114'ü (%57) doktoruma başvururum,86'sı (%43) farklı bitkisel ilaçlara yönelirim demiştir. Evde bulunsun diye bitkisel ürün/ilaç alır mısınız diye sorulduğunda 54'ü (%27) evet, 115'i (%57.5) hayır, 30'u (%15) bazen şeklinde cevap verilmiştir (Çizelge4.5.).

Çizelge4.5. Hipertansiyon hastalarının ilaç kullanımı ile ilgili tutum ve davranışları

	n	%
İlaç kullanımında istenmeyen etki görüldüğünde veya ilaçtan yarar görmediğinizde ne yaparsınız?		
Doktoruma başvururum	114	57
Farklı bitkisel ilaçlara yönelirim	86	43
Diğer	0	0
Evde bulunsun diye bitkisel ürün/ ilaç alır mısınız?		
Evet	54	27
Hayır	115	57.5
Bazen	30	15

n: kişi sayısı

Katılımcılara bitkisel ürün hakkında ne düşündükleri sorulduğunda alınan cevaplar 10'u (%5) bitkisel tedaviye karışıyım, 83'ü (%41.5) karşı değilim ama ilgilenmiyorum, 107'si(%53.5) ilgiliyim ve uyguluyorum şeklinde idi. En sık hangi amaçla bitkisel ürün kullanıyorsunuz sorusuna 51'i (%25.5) hipertansiyon, 25'i (%12.5) grip cevabı verilmiştir. Tansiyonunuz yükseldiğinde evde bitkisel ürün kullanır mısınız diye sorulduğunda 90'ı (%45) evet, 98'i (%49) hayır, 12'si (%6) bazen demiştir. Neden bitkisel ürün/ilaç kullanıyorsunuz sorusuna %52'ile (104) ilaçlara ek destek amaçlı kullanıyorum şıkkı göze çarpmaktadır (Çizelge4.6.).

Çizelge4.6. Hastaların bitkisel ürün hakkında düşünceleri ve hipertansiyon hastalığında yaklaşımları

	n	%
Bitkisel tedavi hakkında ne düşünüyorsunuz?		
Bitkisel tedaviye karşıyım	10	5
Karşı değilim ama ilgilenmiyorum	83	41.5
İlgiliyim ve uyguluyorum	107	53.5
En sık hangi amaçla bitkisel ürün kullanırsınız?		
Grip	25	12.5
Boğaz ağrısı	4	2
Hipertansiyon	51	25.5
Zayıflamak	1	0.5
Nefes darlığı	1	0.5
Dm	2	1
Mide ağrısı	1	0.5
Takviye	2	1
Kalp yetmezliği	1	0.5
Öksürük	6	3
Tansiyonunuz yükseldiğinde evde bitkisel ürün kullanır mısınız?		
Evet	90	45
Hayır	98	49
Bazen	12	6
Neden bitkisel ürün ya da ilaç kullanıyorsunuz?		
İlaçların yararlı olmadığını düşünüyorum	2	1
İlaçlara ek destek amaçlı kullanıyorum	104	52
Yan etkilerinin ilaçlardan az olduğunu düşünüyorum	4	2
Tavsiye üzerine kullanıyorum	27	13.5
Diğer(Kullanmıyorum)	63	31.5

n: kişi sayısı

Katılımcıların bitkisel tedavi hakkında düşüncelerini cinsiyete göre karşılaştırdığımızda p>0,05 olduğundan anlamlı farklılık bulunamamıştır (Çizelge 4.7.).

Çizelge 4.7. Bitkisel tedaviye yaklaşımın cinsiyete göre dağılımı

Bitkisel tedavi hakkında ne düşünüyorsunuz?		**cins**		
		kadın	**erkek**	**Toplam**
Bitkisel tedaviye karşıyım		5	5	10
	%katılımcılar	50,0%	50,0%	100,0%
	% cinsiyet	4,2%	6,1%	5,0%
	% toplam	2,5%	2,5%	5,0%
Karşı değilim ama ilgilenmiyorum		47	36	83
	%katılımcılar	56,6%	43,4%	100,0%
	% cinsiyet	39,8%	43,9%	41,5%
	% toplam	23,5%	18,0%	41,5%
İlgiliyim ve uyguluyorum		66	41	107
	%katılımcılar	61,7%	38,3%	100,0%
	% cinsiyet	55,9%	50,0%	53,5%
	% toplam	33,0%	20,5%	53,5%
Toplam	Toplam	118	82	200
	% katılımcılar	59,0%	41,0%	100,0%
	% cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%

n: kişi sayısı

Katılımcıların kan basıncınız yükseldiği zaman evde bitkisel tedavi uygular mısınız sorusuna verdiği yanıtları cinsiyete göre karşılaştırdığımızda p>0,05 olduğundan anlamlı farklılık bulunmamıştır (Çizelge 4.8.).

Çizelge 4.8. Kan basıncı yükseldiğinde bitkisel ürün kullananların cinsiyete göre dağılımı

Kan basıncınız yükseldiğinde evde bitkisel tedavi uygular mısınız?		Cins		
		Kadın	Erkek	Toplam
Evet		59	31	90
	% Bitkisel tedavi uygulama	65,6%	34,4%	100,0%
	% Cinsiyet	50,0%	37,8%	45,0%
	% Toplam	29,5%	15,5%	45,0%
Hayır		53	45	98
	% Bitkisel tedavi uygulama	54,1%	45,9%	100,0%
	% Cinsiyet	44,9%	54,9%	49,0%
	% Toplam	26,5%	22,5%	49,0%
Bazen		6	6	12
	% Bitkisel tedavi uygulama	50,0%	50,0%	100,0%
	% Cinsiyet	5,1%	7,3%	6,0%
	% Toplam	3,0%	3,0%	6,0%
Toplam		118	82	200
	% Bitkisel tedavi uygulama	59,0%	41,0%	100,0%
	% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
	% Toplam	59,0%	41,0%	100,0%

n: kişi sayısı

Katılımcıların bitkisel ürün kullanma nedenlerini cinsiyete göre karşılaştırdığımızda p>0,05 olduğundan anlamlı farklılık bulunmamıştır (Çizelge 4.9.).

Çizelge 4.9. Bitkisel ürün kullanma nedenlerinin cinsiyete göre dağılımı

Neden bitkisel ürün kullanıyorsunuz?			Cins		Toplam
			Kadın	Erkek	
	İlaçların yararlı olmadığını düşünüyorum		2	0	2
		% Katılımcılar	100,0%	,0%	100,0%
		% Cinsiyet	1,7%	,0%	1,0%
		% Toplam	1,0%	,0%	1,0%
	İlaçlara ek destek amaçlı kullanıyorum		63	41	104
		% Katılımcılar	60,6%	39,4%	100,0%
		% Cinsiyet	53,4%	50,0%	52,0%
		% Toplam	31,5%	20,5%	52,0%
	Yan etkilerinin ilaçlardan az olduğunu düşünüyorum		1	3	4
		% Katılımcılar	25,0%	75,0%	100,0%
		% Cinsiyet	,8%	3,7%	2,0%
		% Toplam	,5%	1,5%	2,0%
	Tavsiye üzerine kullanıyorum		16	11	27
		% Katılımcılar	59,3%	40,7%	100,0%
		% Cinsiyet	13,6%	13,4%	13,5%
		% Toplam	8,0%	5,5%	13,5%
	Diğer (Kullanmıyor)		36	27	63
		% Katılımcılar	57,1%	42,9%	100,0%
		% Cinsiyet	30,5%	32,9%	31,5%
		% Toplam	18,0%	13,5%	31,5%
Toplam			118	82	200
		% Katılımcılar	59,0%	41,0%	100,0%
		% Cinsiyet	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	59,0%	41,0%	100,0%

n: kişi sayısı

Ankete katılan olgulara evde bitkisel ürün kullanma şekilleri sorulduğunda verilen yanıtlar 76'sı (%38) bitkisel ürünü direkt tüketmek, 45'i (%22.5) karışım halinde, 8'i (%4) demleyerek, 8'i (%4) kaynatarak şeklindedir (Çizelge 4.10.).

Çizelge 4.10. Hastaların bitkisel ürünleri evde uygulama şekilleri

	n	%
En sık kullandığınız bitkisel tedavi şekli		
Demleyerek	8	4
Direkt tüketmek	76	38
Kaynatarak	8	4
Karışım halinde	45	22.5

n: kişi sayısı

Çalışmaya katılan olguların bitkisel ürün kullanımında yan etki bilgi düzeylerini belirlemek için sorulan sorularda yan etki olabileceğini biliyor musunuz diye sorulduğunda 121'i (%60.5) hayır, 40'ı (%20) evet, 39'u (19.5) şeklinde cevap vermiştir. 187 (%93) kişi daha önce herhangi bir yan etkiyle karşılaşmadığını belirtmiştir. Kullanılan ilaçlar ve bitkisel ürünlerin etkileşmeye girebileceğini bilip bilmediklerini sorulduğunda 128'i (%64) hayır, 43'ü (21.5) bazen, 29'u (14.5) evet şeklinde yanıtlamıştır. Bitkisel ürün kullanmış iseniz doktorunuza söyler misiniz diye sorulduğunda 101'i (%50.5) evet, 56'sı (%28) hayır, 43'ü (%21.5) bazen şeklinde cevap vermiştir (Çizelge 4.11.).

Çizelge 4.11. Bitkisel ürün kullanırken yan etki bilgi düzeyi

	n	%
Yan etki olabileceğini biliyor musunuz?		
Evet	40	20
Hayır	121	60.5
Bazen	39	19.5
Yan etkiyle karşılaştınız mı?		
Evet	13	6.5
Hayır	187	93.5
Kullanılan ilaçlarla etkileşmeye girebileceğini biliyor mu?		
Evet	29	14.5
Hayır	128	64
Bazen	43	21.5
Bitkisel ürün kullanılmış ise doktora söyleme durumu		
Evet	101	50.5
Hayır	56	28
Bazen	43	21.5

n: kişi sayısı

Katılımcıların bitkisel ürün kullanımıyla ilgili doktora bilgi verme durumlarını eğitim düzeylerine göre karşılaştırdığımızda $p<0,05$ olduğundan anlamlı farklılık bulunmuştur (Çizelge 4.12.).

Çizelge 4.12. Eğitim durumuna göre bitkisel ürün kullanımının doktora bilgi verilmesinin dağılımı

Daha önce bitkisel ürün kullanmış iseniz bunu doktorunuza söyler misiniz?			Evet	Hayır	Bazen	Toplam
Eğitim	İlkokul		49	23	18	90
		% Eğitim	54,4%	25,6%	20,0%	100,0%
		% Doktora söyler mi?	48,5%	41,1%	41,9%	45,0%
		% Toplam	24,5%	11,5%	9,0%	45,0%
	Ortaokul		13	6	2	21
		% Eğitim	61,9%	28,6%	9,5%	100,0%
		% Doktora söyler mi?	12,9%	10,7%	4,7%	10,5%
		% Toplam	6,5%	3,0%	1,0%	10,5%
	Lise		12	1	2	15
		% Eğitim	80,0%	6,7%	13,3%	100,0%
		% Doktora söyler mi?	11,9%	1,8%	4,7%	7,5%
		% Toplam	6,0%	,5%	1,0%	7,5%
	Üniversite		4	2	4	10
		% Eğitim	40,0%	20,0%	40,0%	100,0%
		% Doktora söyler mi?	4,0%	3,6%	9,3%	5,0%
		% Toplam	2,0%	1,0%	2,0%	5,0%
	Okur-yazar değil		23	24	17	64
		% Eğitim	35,9%	37,5%	26,6%	100,0%
		% Doktora söyler mi?	22,8%	42,9%	39,5%	32,0%
		% Toplam	11,5%	12,0%	8,5%	32,0%
Toplam			101	56	43	200
		% Eğitim	50,5%	28,0%	21,5%	100,0%
		% Doktora söyler mi?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Toplam	50,5%	28,0%	21,5%	100,0%

n: kişi sayısı

Çalışmaya katılan olgulara bitkisel ürün bilgi edinme kaynakları sorulduğunda 159'u (%79.5) çevre, 39'u (%19.5) medya, 17'si (%8.5) internet, 1'i (%0.5) kitap olduğu görülmüştür. Bitkisel ürünleri başkalarına tavsiye eder misiniz sorusuna olguların 117'si (%58.5) hayır,42'si (%21) evet, 41'i (%21.5) bazen cevabını vermiştir. Bitkisel ürün kullanım sıklığına bakıldığında 68 (%34'ü) tansiyonunu yüksek hissedince kullandığını belirtirken, 65'i (% 32.5) yılda birkaç kez şeklinde cevap vermiştir (Çizelge 4.13.).

Çizelge 4.13. Bitkisel ürün kullanımı ile ilgili verilerin dağılımı

	n	%
Bitkisel ürünü kim tavsiye etti?		
Medya	39	19.5
İnternet	17	8,5
Kitap-dergi	1	0.5
Çevre	159	79.5
Bitkisel ürünleri başkasına tavsiye eder mi?		
Evet	42	21
Hayır	117	58.5
Bazen	41	20.5
Bitkisel ürünle ilgili bilgi edinme		
Ben araştırma yaptım	20	10
Yakınım araştırma yaptı	18	9
Araştırma yapmadım	162	81
Ne sıklıkla bitkisel ürün kullanırsınız?		
Haftada bir iki defa	10	5
Ayda bir iki defa	11	5.5
Yılda birkaç kez	65	32.5
Tansiyonumu yüksek hissedince	68	34
Her gün	3	1.5
Kullanmıyorum	43	21.5

n: kişi sayısı

Katılımcıların hipertansiyon için kullandıkları ürünler irdelendiğinde 65 (% 32.5) sarımsak, 50 (% 25) limon,37(% 18.5) nar ekşisi, en çok kullanılan ürünler olarak göze çarpmıştır (Çizelge4.14.).

Çizelge4.14. Katılımcıların tedavi amacıyla kullandığı bitkisel ürünler

	n	**%**
Kullanılan bitkisel ürünler		
Sarımsak	65	32,5
Limon	50	25.0
Nar ekşisi	37	18,5
Maydanoz	2	1
Tarçın	1	0.5
Şeker	3	1.5
Turunç suyu	1	0.5
Ihlamur	1	0.5
Kekik	1	0.5
Nane	1	0.5
Çamfıstığı yaprağı	1	0,5
Zeytin yaprağı	2	1
Ceviz	2	1
Meyan kökü	2	1
Yenidünya yaprağı	1	0.5
Zencefil	4	2
	2	1

n: kişi sayısı

5.TARTIŞMA

Günümüzde sağlık çalışanları, alternatif ve tamamlayıcı tıp terimi, bitkisel tedavi veya destekleyici tedavi gibi farklı tipte uygulamalar ile gün geçtikçe daha fazla karşılaşmaktadır. Bunun en büyük sebebi TAT'ın, dünya genelinde her geçen gün giderek daha popüler bir hal almasıdır. Kes ve ark.(2016) Türkiye'de yapılan literatür taramalarında TAT kullanım sıklığının kanserli hastalarda %22.1-%84.1 HT hastalarında %51,3-%74,3 arasında değiştiği görülmüştür.

Bizim ülkemizde geleneksel bir davranış olarak, bitkisel tedavilere diğer TAT yöntemlerine oranla daha fazla olarak tercih edilmekle birlikte, bitkisel tedavilerin daha yaygın kullanılmasının sebebi, nispeten daha kolay erişilmesi ve görece uygun fiyatlı olmaları olabilir. Birçok kişi bitkisel tedavileri, "doğal" olanın "güvenli" olduğuna dair olan inançtan dolayı kullanmayı tercih etmektedir. Toprak ve Demir'in(2007) yaptığı araştırmada kişilerin % 63,9'unun kan basıncı yükseldiğinde destekleyici tedavilere başvurduğu belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda, HT'li bireylerin birçok destekleyici tedaviyi tercih ettikleri bulunmuştur (Adıbelli ve ark. 2009- Ackermann et al. 2001).

Çalışmamız Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi hastanesine başvuran hipertansiyon hastalarının bitkisel ürün/ilaç kullanım alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Ulaşmayı hedeflediğimiz hasta sayısı 300 idi ancak pandemi sebebiyle 200 kişiye ulaşılabilmiştir.

Çalışmamızın evreninin HMKÜ hastanesine başvuran hipertansiyon hastaları oluşturmuştur. Örneklem seçimini hastaneye başvuran hastalardan 18 yaş üstü olup gönüllü onam formunu imzalamayı kabul eden hastalar oluşturmuştur.

Çalışmamızın yürütülmesinin en zor yönlerinden birisi HT hastalarının yaş ortalamasının yüksek olması nedeniyle araştırmacıyı tanıtma, araştırma hakkında bilgi verme ve araştırmaya katılmalarına ilişkin rızalarını almak olmuştur. Anket yapmaya Aralık 2019 başlanıp Ocak 2021 tarihinde sonlandırılmıştır.

Katılımcıların cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde; kadınların oranı %59 ve erkeklerin oranı %41 bulunmuştur. Çalışmaya katılanların arasında cinsiyet açısından kadınlar

çoğunluğu oluşturmaktadır. Özbayram'ın (2008) yaptığı araştırmada da kadın hastaların oranı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan kişilerin yaş ortalamaları; kadınların yaş ortalaması 65.3±12.6 erkeklerin yaş ortalaması ise 62.2±12.4'tür. Katılımcıların genel yaş ortalaması 63.9± 13.0'dır. Karadağ ve arkadaşlarının (2012) hipertansif kişilerde yaptıkları araştırmada hastaların %50,4' ü 60 yaş ve üzerindedir. Bizim çalışmamızda da yaş ortalaması 60 yaş ve üzeri bulunmuştur.

Bu çalışmada ilkokul mezunu olanların oranı % 45 bulunmuştur. Pınar ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da %42.7 ile ilkokul mezunları çoğunluğu oluşturmaktadır. Görüştüğümüz kişilerin büyük çoğunluğunun kadın ve ev hanımı olduğu için kadınların genelde ilkokul mezunu olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmaya katılanların % 35'i emekli, % 52.5'i ev hanımı, % 12.5'ini çalışan bireyler oluşturmaktadır. Katılımcıların % 59'u kadın olduğundan ev hanımı olanların oranı yüksek bulunmuştur. Pınar ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada da kadınların oranı % 63.5, ev hanımı olanların oranı %76.4 olduğu görülmüştür. Çalışmalar bu yönüyle benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların % 55.5'i hastalandıklarında ilk olarak evdeki ilaçlardan kullanmayı tercih ettiklerini söylemişlerdir. % 31' ise sağlık kuruluşuna başvurmayı tercih etmektedir.

Çalışmamızda katılımcılara hastalığınızı kontrol altında tutmak için neler yaparsınız diye sorulduğunda % 79'u ilaçlarımı düzenli kullanırım, % 50'si kişi tuz kısıtlaması yaparım, diyet uygulayanların oranı %11.5, rutin kontrole giden ve diyet uygulayanların oranı ise % 8 bulunmuştur. Arslantaş ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada da ilaçlarını düzenli kullananların oranı % 80.8 bulunmuştur. Çalışmamızdaki ilaç kullanma oranı Arslantaş ve ark.(2019) yaptığı çalışmayla uyumlu olsa da Şengül ve ark. (2016) çalışmasında, düzenli ilaç kullanma oranı %47,0 olarak belirtilmiştir. Çalışmamızdaki düzenli ilaç kullanma oranının yüksek çıkması çalışmanın sağlık kuruluşuna başvurmuş hastalar üzerinde yapılmış olmasına bağlı olabilir. Yapılan çalışmalar düzenli ilaç kullanımının yetersiz olduğunu göstermektedir.

Katılımcılara bitkisel ürün hakkında ne düşündüğü sorulduğunda %53.5'i ilgiliyim ve uyguluyorum demiştir. Bunların %55.9'u*(n=66)* kadınlar, %50'si*(n=41)* erkekler oluşturmaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olsa da çalışmamızda kadınların, erkeklere göre daha çok bitkisel ürün kullandıkları bulunmuştur. Literatürde de kadınların erkeklere göre daha çok destekleyici tedavi kullandıkları ifade edilmektedir(Aşçı ve ark. 2007). Biçen ve ark.(2012) yaptığı çalışmada da bitkisel ürün kullanan hipertansiyon hastalarının oranı % 53 olarak bulunmuştur. 2012 yılında Gamsızkan ve ark. yaptığı çalışmada ise hastaların % 84.5'i bitkisel tedaviyle ilgilendiklerini ve uyguladıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda ve diğer çalışmalarda bitkisel tedavi hakkındaki düşüncenin hastaların çoğunda ilgili ve uyguluyor oldukları görülmüştür.

Kan basıncınız yükseldiğinde evde bitkisel tedavi uygular mısınız diye sorulduğunda katılımcıların %45'i evet, %49'ı hayır,%6'sı bazen demiştir. Akpınar ve Tezel'in 2003 'te yaptığı çalışmada da katılımcıların % 86.92'sinin kan basıncını düzenlemek için bazı doğal yöntemlere başvurduğu gözlemlenmiştir. Efe ve ark. (2012) tarafından yapılan başka bir çalışmada ise destekleyici tedavi kullanan hipertansiyon hastalarının % 94.3'ünün bitkisel yöntemleri kullandığı görüşmüştür. Bizim çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarının tedavi amacıyla hastaneye başvuran bireyler olması bitkisel ürün kullanımına evet diyenlerin oranının diğer çalışmalara göre daha düşük çıkmasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Katılımcılara neden bitkisel ürün kullandıkları sorulduğunda %52'si ilaçlara ek destek amaçlı kullandıklarını belirtmişlerdir. Hastaların çoğunlukla kullandıkları TAT yöntemlerinin yararlı olduğuna, yan etkisinin az olduğuna, fiziksel ve psikolojik olarak rahatlattığına, kendi hastalıklarının ilerlemesini yavaşlattığına ve standart tedavilere göre daha güvenli olduğuna inandıkları yapılan çalışmalarda görülmüştür (Kav ve ark. 2008- Malak ve ark. 2009).

Katılımcıların % 60.5'i bitkisel ürünlerin yan etkisi olabileceği hakkında bilgisi olmadığını belirtmiştir. Ayran, sarımsak, maydanoz, tarçın, limon ve keten tohumları sağlıklı beslenme için önerilen doğal besinlerdir. Ancak yüksek miktarlarda tüketildiğinde zararlı olabilirler ve hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlarla etkileşime girebilirler. Örneğin, antikoagülan, anti-trombosit ve non-steroid antiinflamatuar ilaçlarla kombine edildiğinde sarımsağın kanama riskini arttırdığı bildirilmiştir (Edwards ve ark, 2005- Hu ve ark. 2005).

Çalışmamıza katılan hastaların %6.5'i bitkisel ürün kullanırken yan etkiyle karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Benzer olarak Aksoy yaptığı tez çalışmasında (2018), olguların %6'sında geleneksel ve tamamlayıcı tıp kullanımı esnasında yan etkiyle karşılaştığını ifade etmiştir. Çalışmalar bu yönüyle birbirini desteklemektedir. Bununla birlikte bitkisel ürünlerin yan etkileri, alerjik reaksiyonları ve toksik etkileri ile ilgili birçok çalışma mevcuttur (Gözüm ve ark.2003- Erdem ve Eren 2009). Bu sebeple, sağlık çalışanlarının bitkisel ürünlerin etkileri konusunda bilgi sahibi olması ve hastalarında TAT kullanımını gözlemleyerek, gerekli olduğunda doğru bilgiler vermeleri değerlidir. Nijerya'da yapılan bir araştırma sonuçları ise bitkisel ürün kullanan hastaların %9'unun bu ürünlerden farklı şekillerde zarar gördüğünü ve %2'sinin de reçeteli olarak kullandığı ilaçlarla birlikte kullanımından sonra etkileşiminden kötü etkilendiği bildirmektedir (Fakeye et al. 2007). Bitkisel ürünlerle ilgili yanlış bilgi kaynakları ve yanlış kullanımıyla ürünlerden sağlanabilecek yararlar engellemekte ve sorun oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin bitkisel ürün kullanımıyla ilgili doktora bilgi vermesi sorgulandığında %50.5'i bilgi verdiğini, %28'i bilgi vermediğini geri kalanı ise bazen bilgi verip bazen bilgi vermediğini belirtmiştir. Biçen ve ark. (2012) yaptığı çalışmada da araştırmaya katılanların %87'si kullandığı bitkisel ürün hakkında doktoruna bilgi vermemiştir. Çalışmamızda evet diyenlerin oranının yüksek çıkmasının araştırmanın sağlık kuruluşunda yapılmasından ve araştırmayı yapanın sağlık çalışanı olmasından dolayı evet demiş olabileceklerini düşündürmektedir. Katılımcıların doktora bilgi verme düzeylerini eğitim durumlarıyla karşılaştırdığımızda $p<0.0.5$ olduğundan anlamlılık bulunmuştur.($p=0.49$)

Katılımcıların bitkisel ürünlerle ilgili bilgi kaynaklarına bakıldığında %80'i çevreden, %19.5 i ise medyadan öğrenerek uyguladıklarını belirtmişlerdir. Akpınar ve Tezel'in (2003) yaptığı çalışmada da katılımcıların %69.03'ü komşularından, %16.81'i ailelerinden, %8.85'i basın yayın organlarından bilgi edindiği görülmüştür. Gözüm ve ark. (2003) yaptıkları çalışmada yöntemleri komşularından öğrenenlerin oranı %52.3, medyadan öğrenenlerin oranı %22.7 bulunmuştur. Çalışmalara bakılarak bilgi edinme kaynağı olarak çevre ve medyanın etkisinin büyük olduğu ortaya çıkmaktadır. Sosyal medyadan detaylı araştırma yapılabilmesi, kullanan kişilerin önerileri sebebiyle bitkisel ürün kullanımın sıklıklarının arttığı kanısındayız.

Katılımcıların %21'i bitkisel ürünü başkalarına tavsiye eder misiniz sorusuna evet derken, % 58.5'i hayır, % 20.5'i bazen cevabını vermişlerdir.

Çalışmamızda HT için en çok kullanılan bitkisel ürünler sarımsak, limon ve nar ekşisi olarak bulunmuştur. Biçen ve ark. (2012) yaptığı çalışmada da HT için en sık kullanılan bitkisel ürün sarımsak ve limon olarak bulunmuştur. Akpınar ve Tezel'in (2003) yaptığı çalışmanın sonucunda hastaların %86.92'sinin kan basınçlarını düşürmek için doğal yöntemler kullandıkları belirtmiş ve bu kişilerin %44.27'si sarımsak yediklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda çıkan sonuçlar literatürle uyumlu bulunmuştur. Edward ve ark.(2005) yaptığı çalışmada hipertansiyonu olan bireylerin kan basınçlarını kontrol altında tutmak için en çok tercih ettikleri bitkisel destek olan sarımsakla ilgili yeterli kanıtların bulunmaması nedeniyle sarımsağın hastalara tek başına antihipertansif tedavi seçeneği olarak önerilemeyeceği bildirilmiştir.

6.SONUÇ

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi hastanesine başvuran hipertansiyon hastalarının bitkisel ürün kullanım alışkanlıklarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar;

1. Araştırmaya katılanların 118'i kadın 82'si erkek olarak bulunmuştur.
2. Kadın katılımcıların yaş ortalaması 66.2 ± 12.4, erkeklerin yaş ortalaması ise63.9± 13.0 bulunmuştur.
3. Görüşülen kişilerin 157'si evli, 43'ü ise bekârdı.
4. Çalışmaya katılan gönüllerin büyük çoğunluğu ilkokul mezunu kişiler idi.
5. Ev hanımlarının oranı %52.5 bulunmuştur.
6. Çalışmaya katılanların %81'i çekirdek aile tipindedir.
7. Katılımcıların % 55.5'i hastalandıklarında ilk olarak evde var olan ilaçlardan kullanmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.
8. Katılımcıların % 57'sinin kullandıkları ilaçtan istenmeyen bir etki gördüğünde ya da yarar göremediğinde doktoruna başvurduğu, % 43'ünün ise farklı bitkisel ilaçlara başvurduğu bulunmuştur.
9. Görüşülen kişilerin 57.5'i' evde bulunsun diye bitkisel ürün almadığını belirtirken geri kalan katılımcıların evet ya da bazen dediği bulunmuştur.
10. Katılımcılar tuz kısıtlaması yaparak ve ilaçlarını düzenli kullanarak kan basınçlarını kontrol altında tutmayı hedefledikleri bulunmuştur.
11. Çalışmaya katılanların %53.5'inin bitkisel hakkındaki düşüncesinin ilgiliyim ve uyguluyorum olduğu bulunmuştur.
12. Çalışmaya katılanların %45'i kan basıncı yükseldiğinde bitkisel tedavi uygulamaktadır.
13. Bitkisel ürün kullananların % 38'inin bitkisel ürünü direk tüketerek, %22.5'i karışım halinde kullandığı bulunmuştur.
14. Katılımcıların %52'sinin bitkisel ürünü ilaçlara ek destek amaçlı kullandıkları bulunmuştur.
15. Katılımcıların %60.5'inin bitkisel ürünlerin yan etkisi olabileceğini bilmediği bulunmuştur.
16. Katılımcıların %93.5'i bitkisel ürün kullanımda her hangi bir yan etkiyle karşılaşmadığını belirtmiştir.

17. Çalışmaya katılanların %64'ünün bitkisel ürün-ilaç etkileşimiyle ilgili bilgi sahibi olmadığı bulunmuştur.
18. Görüşülen kişilerin %50.5'i bitkisel ürün kullandığını doktoruna söylediğini belirtmiştir.
19. Araştırmaya katılanların % 79.5'i bitkisel ürünü çevresinin tavsiyesiyle kullandığını belirtmiştir.
20. Katılımcıların %58.5'inin bitkisel ürünü başkasına tavsiye etmediği bulunmuştur.
21. Çalışmaya katılan hipertansiyon hastalarının tedavi amacıyla en çok sarımsak ve limon kullandıkları bulunmuştur.

Öneriler kısmı aşağıdadır.

1. Bitkisel ürün/ilaçların reklamında, ticari endişelerle eksik ya da yanlış bilgi verilebileceği unutulmamalıdır.
2. Bitkisel ürün/ilaçlar belirli aralıklarla güncellenen sistemlerle ruhsatlandırılmalı ve düzenli denetim yapılmalıdır.
3. Bitkisel sağlık ürünleri eczanelerde satışa sunulmalıdır.
4. Gün geçtikçe kullanım oranı artan alternatif tıp yöntemlerinden biri olan bitkisel tedavi hakkında halkın sağlık bakanlığı tarafından bilgilendirmesi sağlanmalıdır.
5. Sağlık personeli hastalara düzenli olarak bitkisel ürün kullanımını sormalı, değerlendirmeli ve uygun danışmanlık hizmetini sağlamalı veya yönlendirmelidir.
6. Sağlık personelinin hipertansiyon hastaların bilinçlendirmede etkin rol alması sağlanmalıdır.
7. Toplumun hipertansiyon hakkında bilgilendirilmesinde kitle iletişim araçlarının etkin kullanımını sağlanmalıdır.
8. Medya kullanarak, hasta eğitimi ve davranış değişikliği, hipertansiyonun tedavisinde ve kontrolünde yardımcı olabilir.
9. Hastalara belirli aralıklarda verilecek eğitimlerle kan basıncı ölçümünün öğretilmesi ve düzenli olarak kan basıncı takip etme sorumluluğu kazandırılmaya çalışılmalıdır.
10. Kişilerin büyük kısmının kullandıkları yöntemleri çevrelerindeki bu konuyla ilgili yeterli bilgisi olmayan kişilerden öğrenmiş olmaları, onların kulaktan dolma,

güvenilir olmayan bilgiler öğrenip yanlış olan sağlık alışkanlıklaır kazanmalarına yol açtığı düşünülmelidir.

11. Bütün hastalıklarda önemli bir payı olan sağlıklı beslenme ve egzersiz konusunda halkın bilinç düzeyinin arttırılması sağlanmalıdır.
12. Yapılan çalışmaların sahaya uyarlanması, sorunların belirlenmesi, gerekli girişimlerle ilgili planlanma yapılması önerilmektedir.
13. Bilimsel olarak sağlık için yararları kanıtlanmamış uygulamaların kitle iletişim araçları ile duyurulmasının engellenmesi sağlanmalıdır.
14. Hastaların başvurdukları ilaç dışı tedavilerin medikal tedavilerini ne kadar etkilediği konusunun yeni çalışmalarda araştırılması önerilebilir.
15. Bitkisel ürün-ilaç etkileşimleri konusunda araştırmaların arttırılması önerilebilir.

7.KAYNAKLAR

1. **Acartürk E, Akçiçek F, Akgün G, Atılgan D, Büyüköztürk K ve ark.** Türk Kardiyoloji Derneği Ulusal Hipertansiyon Tedavi ve Takip Kılavuzu, 2000.
2. **Ackermann RT, Mulrow CD, Ramirez G, Gardner CD, Morbidoni L, Lawrence VA.** Garlic Shows Promise For İmproving Some Cardiovascular Risk Factors. *Arch Intern Med***, 2001,** s. 161(6):813-824.
3. **Adıbelli Z, Dilek M, Akpolat T.** Lemon Juice As an Alternative Therapy in Hypertension in Turkey. *International Journal of Cardiology,* **2009,** s.135(2): 58-59.
4. **Akpınar R, Tezel A.** Kan Basıncını Düşürmek İçin Kullanılan Doğal Yöntemler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* **2003,** s.6(2): 34-39.
5. **Arslantaş E.E, Sevinç N, Çetinkaya F, Günay O, Aykut M.** Hipertansif Kişilerin Hipertansiyon Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Ege Tıp Dergisi,* **2019,** s.58 (4): 319-329.
6. Aksoy Ö. Altındağ ilçesinde bazı mahallelerde yaşayan yetişkinlerin geleneksel/tamamlayıcı tedavi yöntemleri hakkındaki bilgi, görüş ve davranışlarının incelenmesİ. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2018.**
7. **Akyürek S, Önal C, Kurtman C.** Akciğer Kanserli Hastalarda Alternatif Tedavi Kullanımı. *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, **2005,** s.15: 73-77.
8. **Alexander M, Courtois F.** Blood pressure during sexual activity after spinal cord injury inaccurately portrayed. *Journal of Neurotrauma,* **2017**, s.34(6):1289–90.
9. **Altun, B, Arıcı, M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O ve ark.** The Turkish Society of hypertension and renal diseases, prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (The PatenT Study). *Journal of Hypertension,* **2004,** s. 23 (10):1817–1823.
10. Arıcı M, Birdane A, Güler K, Yıldız B.O, Altun B ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaşı Raporu, Türk Kardiyol Dern Arş. 2015, s.43(4):402–409
11. **Asgary S, Keshvari M.** Effects of Citrus Sinensis Juice on Blood Pressure. *ARYA Atheroscler*, **2013,** s. 9(1): 98–101.
12. **Aşçı A, Baydar T, Şahin G.** Yaşlılarda Herbal Preparat Kullanımının ve İlaç Etkileşimlerinin Toksikolojik Açıdan Değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi,* **2007,** s.10(4):203-14.
13. **Aydoğan Ü, Mutlu S, Akbulut H, Taş G, Aydoğdu A, Sağlam K.** Hipertansiyon Hastalarında Anksiyete Bozukluğu. *Konuralp Tıp Dergisi,* **2012,** s.4(2):1-5.
14. **Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü ve ark.** Turkish Hypertension Consensus Report. Turk Kardiyol Dern Ars, **2019,** s.47(6):535-546.
15. **Azizah N, Halimah E, Puspitasari IM, Hasanah AN.** Simultaneous Use of Herbal Medicines and Antihypertensive Drugs Among Hypertensive Patients in the Community: A Review. *J Multidiscip Healthc.* **2021,** s. 3(14):259-270.
16. **Babalık E.** Hipertansiyon Patofizyolojisi. *Klinik Gelişim,* **2005,** s.18(2): 25- 32.
17. Balız E. S. Eskişehir Mahmudiye'de erişkinlerde hipertansiyon insidansı ve risk faktörleri. Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir, **2013.**
18. **Bardia A, Nisly NL, Zimmerman MB, Gryzlak BM, Wallace RB.** Use of herbs among adults based indications: findings from the National Health Interview Survey. *Mayo Clinic Proceedings***, 2007,** s.82(5):561-566.
19. Barri YM. Hypertension and kidney disease: A deadly connection. Current Hypertension Reports, **2008,** s. 10: 39–45.
20. **Biçen C, Elver Ö, Erdem E, Kaya C, Karataş A ve ark.** Hipertansiyon hastalarında bitkisel ürün kullanımı. *Deneysel ve Klinik Tıp Dergisi,* **2012,** s 29: 109-112.
21. **Bomfim GF, Cau SBA, Bruno AS, Fedoce AG, Carneiro FS. Hypertension:** A New Treatment for An Old Disease? Targeting the immune system. *Br J Pharmacol*, **2019,** s.176(12): 2028–2048.
22. **Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP et al.** Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation, and Treatment. A Scientific Statement From The American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research, *Hypertension*, **2008,** s.51(6):1403-19.

23. **Canter PH, Ernst E.** Herbal Supplement Use by Persons Aged Over 50 Years in Britain: Frequently Used Herbs, Concomitant Use of Herbs, Nutritional Supplements and Prescription Drugs, Rate of İnforming Doctors and Potential for Negative İnteractions. *Drugs Aging*, **2004,** s.21(9):597-605.
24. **Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Green AL, Izzo JL et al.** The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure:the JNC 7 report, *JAMA,* **2003,** s.289(19):2560-2571.
25. **Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, Islam S, Gupta R, et al.** Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries. *JAMA,* **2013,** s.310:959-968.
26. **Chrysant SG, George SC**. Herbs Used for the Treatment of Hypertension and Their Mechanism of Action. *Current Hypertens Reports,* 2017, s.19(9):77.
27. **Cooper-DeHoff RM, Johnson JA**. Hypertension Pharmacogenomics: İn Search of Personalized Treatment Approaches. *Nat Rev Nephrol*, **2016,** s.12(2): 110–122.
28. Çınar O. Hipertansiyon polikliniğine ocak-aralık 2004 tarihleri arasında başvuran hastaların hedef organ hasarları açısından retrospektif incelenmesi. Doktora tezi, T.C. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul, **2005.**
29. **Danaei G, Finucane MM, Lin JK, Singh GM, Paciorek CJ et al**. National, Regional, and Global Trends in Systolic Blood Pressure Since 1980: Systematic Analysis of Health Examination Surveys and Epidemiological Studies with 786 Country-Years and 5.4 Million Participants. *Lancet***, 2011, s.**377:568-577.
30. **Diaz KM, Shimbo D.** Physical Activity and The Prevention of Hypertension. *Curr Hypertens Rep*. **2013,** s.15(6):659-668.
31. **Dilek M, Arık N.** Primer Hipertansiyon Patogenezi. *Turkiye Klinikleri J Nephrol-Special Topics,* **2017,** s10(1):1-7.
32. **Doroszko A, Janus A, Szahidewicz-Krupska E, Mazur G, Derkacz A.** Resistant Hypertension. *Adv Clin Exp Med*, **2016**, s.25(1), 173–183.
33. **Edwards QT, Colquist S, Maradiegue A.** What's Cooking With Garlic: İs This Complementary and Alternative Medicine for Hypertension? *J Am Acad Nurse Pract,* **2005,** s. 17(9):381–385.
34. **Efe D, Akça N, Kiper S, Aydın G, Gümüş K.** Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kan Basıncını Düşürmeye Yönelik Kullandıkları Destekleyici Yöntemler. *Spatula DD*. **2012,** s.2(4): 207-212.
35. **Erdem S, Eren AP.** Tedavi Amacıyla Kullanılan Bitkiler ve Bitkisel Ürünlerin Yan Etkileri. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, **2009,** s.66 (3): 133-141.
36. **Fakeye TO, Tijani A, Adebisi O**. A survey of The Use of Herbs Among Patients Attending Secondary-Level Health Care Facilities in Southwestern Nigeria. *J Herb Pharmacother,* 2007, s.7(3-4):213-227
37. **Ferdinand KC, Nasser SA.** Management of Essential Hypertension. *Cardiol Clinics.* **2017,** s. 35(2):231-246.
38. **Frisoli TM, Schmieder RE, Grodzicki T, Messerli FH.** Beyond Salt: Lifestyle Modifications and Blood Pressure, *European Heart Journal,* **2011,** s.32(24):3081–3087.
39. **Gamsızkan Z, Yücel A, Kartal M.** Hastalarda Bitkisel Ürün Kullanımı. *Journal of Clinical and Analytical Medicine,* **2012,** s. 3(3): 300 – 302.
40. **Gaziano TA, Bitton A, Anand S, Weinstein MC.** The global cost of nonoptimal blood pressure. *J Hypertens,* **2009,** s. 27:1472-1477
41. **Gonzales-Stuart A.** Herbal Product Use by Older Adults. *Maturitas,* 2011, s.68(1): 52-55.
42. **Gözüm S, Arikan D, Buyukavci M.** Complementary and alternative medicine use in pediatric oncology patients in eastern Turkey. Cancer Nurs 30:38-44, 2007.
43. **Gözüm S, Tezel A, Koç M.** Complemantary alternative treatments used by patients with cancer in Eastern Turkey. Cancer Nursing, 2003, s.26 (3), 230-236.
44. **Grillo A, Salvi L, Coruzzi P, Salvi P, Parati G.** Sodium Intake and Hypertension. *Nutrients,* **2019,** s.11(9):1970.
45. **Güven ŞD, Muz G, Ertürk NE, Özcan A.** Hipertansiyonlu Bireylerde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanma Durumu. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi,* **2013,** s. 2(3): 160-166.
46. **Hacıhasanoğlu R.** Hipertansiyonda Tedaviye Uyumu Etkileyen Faktörler. *AF Preventive Medicine Bulletin,* **2009,** s.8(2): 167-172.
47. **Hacıhasanoğlu R.** Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi***,2009,** s.4(12):154-64.

48. **Hacıoğlu N.** Hipertansiyonlu hastaların risk faktörleri, algıladıkları yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Yüksek Lisan Tezi, T.C. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,**2014.**
49. **Hsueh WA, Anderson PW.** Hypertension, the endothelial cell, and the vascular complications of diabetes mellitus. *Hypertension,* **1992 ,** s. 20(2) : 253–263.
50. **Hu Z, Yang X, Ho PC, Chan SY, Heng PW et al.** Herb-drug interactions: a literature review, *Drugs,* **2005,** s.65 (9):1239–1282.
51. **James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman CW, Himmelfarb DC, et al.** 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*, **2014,** s.311(5): 507-20.
52. **Kara B, Uzun Ş, Yokuşoğlu M, Uzun M.** Hipertansiyon Hastalarında İlaç Bilgisinin Kan Basıncını Düşürmek İçin Uygulanan Yöntemlere Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin,* **2009,** s. 8(3):231-238.
53. **Karadağ E, Akkuş Y, Karatay G.** Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının İlaç Tedavisine Uyum Öz Etkililik Düzeyleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* **2012,** s.28 (3): 85-96.
54. Karaman O. Bölgemizde hipertansiyon kontrol oranları ve buna etki eden bazı demografik özellikler. Uzmanlık Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Kardiyoloji Anabilim Dalı, Konya, **2011.**
55. **Karataş Y, Dinler B, Erdoğdu T, Ertuğ P, Seydaoğlu G.** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Çukurova Medical Journal*, **2012,** s.37(1):1-8.
56. **Kav S, Hanoğlu Z, Algıer L.** Türkiye'de Kanserli Hastalarda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemlerinin Kullanımı: Literatür Taraması, *UHOD*, **2008,** s.18(1):32-8
57. **Kayıhan G, Ersöz G.** Hipertansiyon ve Egzersiz. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi***,2009,** s.7(3): 93-101.
58. **Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK et al.** Global Burden of Hypertension: Analysis of Worldwide Data, **2005,** *The Lancet*, s.365(9455): 217–23.
59. **Kes D, Gökdoğan F, Tuna D.** Hipertansiyonu Olan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı: Literatür taraması, Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 2016, s.7(12):40-55.
60. **Kolcu M, Ergün A.** Yaşlılarda Hipertansiyon. *Marmara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2017,** s.1(1): 17-23.
61. **Konstantopoulou A, Papargyrıou J, Antoniadou E, Konstantopoulou P, Papadogiannis D.** Masked hypertension:A New Entity Under İnvestigation. *Hellenic J Cardiol*, 2006, s.47(4): 232-235.
62. **Krum H, Pellizzer AM.** New and Emerging Drug Treatments for Hypertension. *Australian Family Physician*, **1998,** s. 27:235–237.
63. **Kjeldsen SE.** Guidelines Committee: 2003 European Society of Cardiology Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens*, **2003,** s.21 (6):1011-53.
64. **Landsberg L, Aronne LJ, Beilin LJ, Burke V, Igel LI, et al.** Obesity- Related Hypertension: Pathogenesis, Cardiovascular Risk, and Treatment. *The Journal of Clinical Hypertension,* **2013**, s.15(1):14-33.
65. **Majewski M.** Allıum Satıvum: Facts and Myths Regardıng Human Healt, *Rocz Panstw Zakl Hig***, 2014,** s.65(1):1-8.
66. **Malak AT, Karayurt Ö, Demir E, Yümer AS.** Complementary and Alternative Medicine in Cancer Patients-Analysis of İnfluencing Factors in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*,**2009,** s. 10(6):1083-7.
67. **Mancia G, Facchetti R, Bombelli M, Grassi G, Sega R.** Long-term risk of mortality associated with selective and combined elevation in office, home, and ambulatory blood pressure. Hypertension, **2006,** s.47:846–853.
68. **Öksüz E.** Hipertansiyonda Klinik Değerlendirme ve İlaç Dışı Tedavi. *STED,* **2004,** s:13(3):99-104.
69. Özbayram A. Yeni hipertansiyon tanısı almış hastalarda tedavi uyumu ve etkileyen faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul **2008.**
70. **Öztop N, Yiğit N, Özden Tok Ö.** Sekonder Hipertansiyon. *Smyrna Tıp Dergisi,* **2016,** s.3: 53 -59.
71. **Padmanabhan S, Newton-Cheh C, Dominiczak AF**. Genetic basis of blood pressure and hypertension. *Trends in Genetics,* **2012,** s. 28(8): 397- 408.
72. **Pınar N, Topaloğlu M, Özer C, Alp H**. Kardiyoloji Hastalarında Bitkisel Ürün Kullanımı. *Türk Kardiyol Dern Ars,* **2017,** s.45(7): 614-622

73. **Pickering G**. Hypertension.Definitions, natural histories and consequences. *The American Journal of Medicine*, **1972,** s.52:570-83
74. **Razavi BM, Arasteh E, Imenshahidi M, Iranshahi M**. Antihypertensive Effect of Auraptene, a Monoterpene Coumarin From The Genus Citrus, Upon Chronic Administration. *Iran J Basic Med Sci*, **2015,** s. 18(2): 153–158.
75. **Rumore MM.** Non-Pharmacological Treatment of Hypertension, *J Clin Pharm Ther*, **1992,** s. 17(6):373-382.
76. **Samadian F, Dalili N, Jamalian A.** Lifestyle Modifications to Prevent and Control Hypertension. *Iranian Journal of Kidney Diseases*, **2016,** s.10(5):237-263.
77. **Smith WC, Lee AJ, Crombie IK, Tunstall-Pedoe H.** Control of blood pressure in Scotland: the rule of halves. *BMJ*, **1990,** s.300:981-983.
78. **Stabler SN, Tejani AM, Huynh F, Fowkes C.** Garlic for the prevention of cardiovascular morbidity and mortality in hypertensive patients. *Cochrane Database Syst Rev.* **2012**, Aug; S. 8: CD007653. Published online 2012 Aug 15. doi: 10.1002/14651858.CD007653.pub2
79. **Şengul S, Akpolat T, Erdem Y, Derici U, Arıcı M ve ark.** Changes in hypertension prevalence, awareness,treatment, and control rates in Turkey from 2003 to 2012, Journal of Hypertension,**2016,** s 34(6):1208-1217.
80. **Toprak D, Demir S.** Treatment Choices of Hypertensive Patients İn Turkey. *Behav Med.* **2007**, s. 33(1):5-10.
81. **Uğurlu M, Üstü Y, Dağcıoğlu BF.** Fitoterapide Soğan (Bulbus Allii Cepae) ve Sarımsak (Bulbus Allii Sativi) Kullanımı. *Ankara Med J*, **2016,** s.16(1):119-22.
82. **Valli G, Giardina E-GV.** Benefits, Adverse Effects and Drug İnteractions of Herbal Therapies with Cardiovascular Effects. *J Am Coll Cardiol*, **2002** s.39:1083-95.
83. **Zhang Y, Zhao L, Li H, Wang Y.** Risk factors for hypertensive retinopathy in a Chinese population with hypertension: The Beijing Eye study. *Experimental and Therapeutic Medicine*, **2019,** s.17(1):453-458.
84. WHO, "The world health report 2002 Reducing Risks, Promoting Healthy Life". World Health Organization, Geneva, p.1–230, 2002.
85. **Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M et al.** 2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *European Heart Journal*, **2018,** s.39: 3021–3104.
86. **Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Simona G, Hans-Werner H et all.** Hypertension Prevalence and Blood Pressure Levels in 6 European Countries, Canada, and the United States. *JAMA*, **2003,** s:289(18):2363-2369.

EKLER

EK -1 ANKET SORULARI

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesine Başvuran Hipertansiyon Hastalarının Bitkisel Ürün Kullanım Alışkanlıkları

Hatay M.K.Ü Hastanesine başvuran hipertansiyonlu hastaların bitkisel ürün/ilaç kullanma alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla bir anket yapıyoruz. Çalışmaya katılanların kimlik bilgisi istenmemektedir. Sonuçlar sadece bilimsel alanda kullanılacaktır. İlginize teşekkür ederiz.
Tarih:

1. Yaşınız……
2. Cinsiyetiniz a. Kadın ( ) b. Erkek ( )
3. Doğum yeriniz…….
4. Eğitim durumunuz a. İlkokul b. Ortaokul c. Lise d. Üniversite e. Okur-yazar değil
5. Medeni durumunuz……
6. Çalışma durumunuz nedir ? a. Emekli b. Ev hanımı c.Çalışan(işçi, serbest meslek vb.)
7. Aile tipiniz hangisidir? a. Çekirdek aile b.Geniş aile
8. Hastalandığınızda ilk olarak ne yaparsınız?
   a-Sağlık kuruluşuna başvururum.
   b- Evde var olan ilaçlardan kullanırım.
   c- Bitkisel ilaçlara başvururum.
   d- Alternatif veya tamamlayıcı tıbbı tercih ederim.
   e-Diğer……...
9. Tansiyonunuzu kontrol altında tutmak için ne yaparsınız?
   a-Rutin kontrollerimi yaptırırım.
   b-Diyet uygularım.
   c-Tuz kısıtlaması yaparım.
   d-Egzersiz yaparım.
   e-İlaçlarımı düzenli kullanırım.
   f-Hiçbiri
   g-Diğer…….

10.İlacınızda istenmeyen etkiler gördüğünüzde veya ilaçtan hiçbir yarar göremediğinizde ne yaparsınız?
   a. Doktoruma başvururum.
   b. Farklı bitkisel ilaçlara yönelirim.
   c. Diğer……

11.Evde bulunsun diye bitkisel ürün/ilaç alır mısınız?
   a.Evet b. Hayır c. Bazen
   Cevabınız ‘evet’ ya da ‘bazen’ seçeneklerinden biri ise,
   Ne sıklıkta…….
   En sık hangi amaçla…….

12.Bitkisel tedavi hakkında ne düşünüyorsunuz?

a.Bitkisel tedaviye karşıyım
b.Karşı değilim ama ilgilenmiyorum
c.İlgiliyim ve uyguluyorum

13. Tansiyonunuz yükseldiğinde evde bitkisel tedavi uygular mısınız?

a. Evet b. Hayır c. Bazen

Cevabınız 'evet' ya da 'bazen' seçeneklerinden biri ise;
En sık kullandığınız bitkisel tedavi şekli ……

14.Neden bitkisel ürün ya da ilaç kullanıyorsunuz?

a.İlaçların yararlı olmadığını düşünüyorum.
b.İlaçlara ek destek amaçlı kullanıyorum.
c.Yan etkilerinin ilaçlardan az olduğunu düşünüyorum.
d.Tavsiye üzerine kullanıyorum.
e.Diğer……...

15.Bitkisel ürün/ilaçların da yan etkilerinin olabileceğini biliyor musunuz?

a-Evet b. Hayır c. Bazen

16.Bitkisel ürün kullandıktan sonra herhangi bir yan etkiyle karşılaştınız mı?

a.Evet b. Hayır

17.Bitkisel ürün/ilaçların, doktorlarınızın size yazdığı ilaçlarla etkileşmeye girerek zararlı etkiler oluşturabileceğini biliyor musunuz?

a.Evet b. Hayır c. Bazen

18.Sağlık kuruluşuna başvurduğunuzda daha önce bitkisel ürün kullanmış iseniz bunu doktorunuza söyler misiniz?

a.Evet b. Hayır c. Bazen

19.Bitkisel ürün veya ilaçlar hakkında bilgi edinme kaynaklarınız hangileridir?

a.Medya (TV, gazate) b. İnternet c. Kitap-dergi d. Çevre (akraba, komşu, arkadaş vb.)

20.Bitkisel tedaviyi başkalarına tavsiye eder misiniz?

a.Evet b. Hayır c. Bazen

21.Kullandığınız bitkisel ürün hakkında araştırma yaptınız mı?

a.Ben araştırma yaptım b. Yakınım araştırma yaptı c. Araştırma yapmadım

22.Ne sıklıkla bitkisel ürün kullanırsınız?

a.Haftada bir iki defa b. Ayda bir iki defa c. Yılda birkaç kez
d. Tansiyonumu yüksek hissedince e. Her gün

23. Kaç yıldan beri bitkisel ürün ya da ilaç kullanıyorsunuz?

……..

24.Hangi bitkisel ürünleri tedavi amacıyla kullandınız?

ÖZGEÇMİŞ

İlk ve ortaöğreniminin ardından Fitnat Nuri Tekerekoğlu Anadolu Lisesinden mezun oldu. 2013 yılında Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümüne başladı ve 2017 yılında bitirerek lisansını tamamladı. 2018 yılında Hatay Mustafa Kemal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde hemşire olarak çalışmaya başladı. Aynı zamanda Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne bağlı Veterinerlik Fakültesi Farmakoloji ve Toksikoloji Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. Aktif olarak hemşirelik mesleğinde çalışmaktadır.