



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRE TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİM HİPERTANSİYONLU
HASTALARDA KAN BASINCINI VE BİLGİ DÜZEYİNİ ETKİLER Mİ?**

ESRA BİLİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİMDALİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

MANİSA-2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRE TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİM HİPERTANSİYONLU
HASTALARDA KAN BASINCINI VE BİLGİ DÜZEYİNİ ETKİLER Mİ?**

ESRA BİLİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİMDALİ
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Prof. Dr. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ

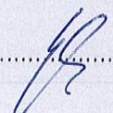
MANİSA-2019

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10253720
Yazar Adı / Soyadı	ESRA BİLİR
T.C.Kimlik No	25373293712
Telefon	5466292313
E-Posta	esra_1076@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Hemşire tarafından verilen eğitim hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını ve bilgi düzeyini etkiler mi?
Tezin Tercümesi	Does the nursing education affect blood pressure and knowledge level in patients with hypertension ?
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Manisa Celal Bayar Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	59
Tez Danışmanları	PROF. DR. SEZGİ ÇINAR PAKYÜZ
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

13.06.2019

İmza:.....

(Tez kitabına konulacak olan)

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAVI TUTANAĞI

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Esra BİLİR**' in Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı "**Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncını ve Bilgi Düzeyini Etkiler mi?**" başlıklı bu çalışma, jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" kararı verilmiştir. 15/05/2019

Jüri Üyesi:

Prof. Dr. Sezgi Çınar PAKYÜZ (Tez Danışmanı)

Prof. Dr. Yasemin YILDIRIM (Ege Ün. Öğretim Üyesi)

Dr. Öğr.Üyesi Özden ÇAYDAM DEDELİ (MCBÜ Öğretim Üyesi)

İmza

.....
.....
.....

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 17.10.2019. tarih ve 12.1.2020... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Bilal-i HABEŞ GÜMÜŞ
Enstitü Müdürü Vekili

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından, veri toplanması ve yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Esra Bilir



TEŐEKKÖR

Bu çalışmanın gerçekleőmesinde, değerli bilgilerini benimle paylaőan, sabrını ve yardımlarını benden esirgemeyen, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı öneminin asla unutamayacağım, saygıdeğer danışman hocam; Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÖZ’e, çalışma alanında bana yardımlarından dolayı Güzide Yurtseven 7 Nolu Aile Sağlığı Merkezi çalıőanlarına, hayatımın her evresinde yanımda olduğu gibi bu çalışmada da bana destek olan sevgili aileme sonsuz teőekkÖrlerimi sunarım.

Manisa 2019

Esra BİLİR

İÇİNDEKİLER

BEYAN	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER	III
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	4
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1. Hipertansiyonun Tanımı	6
4.2. Hipertansiyonun Sınıflaması	7
4.2.2. Nedene Göre Sınıflama	7
4.3. Beyaz Gömlek Hipertansiyonu/İzole Ofis Hipertansiyonu	7
4.4. İzole Sistolik Hipertansiyon	8
4.5. Malignant Hipertansiyon	8
4.6. Hipertansiyon Epidemiyolojisi	8
4.7. Hipertansiyon Patofizyolojisi	9
4.8. Hipertansiyon Tanısı	10
4.10. Hipertansiyon Tedavisi	13
4.10.1. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan farmakolojik yöntemler	13
4.10.2. Hipertansiyon tedavisinde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler	14
4.11. Hipertansiyon ve Hemşirelik Bakımı	17
4.12. Hipertansiyon Ve Hasta Eğitim	18

5.GEREÇ VE YÖNTEM	20
5.1. Araştırmanın Tipi	20
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süresi	20
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
5.4. Araştırma Hipotezleri	21
5.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	21
5.6. Veri Toplama Araçları	22
5.7. Veri Toplama Yöntemi	22
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi	22
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	23
5.10. Araştırmanın Etik Yönü	23
5.11. Araştırmanın Deseni	24
6. BULGULAR	25
7. TARTIŞMA	36
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
9. KAYNAKLAR	42
10. EKLER	
EK-1 Yönetim Kurur Kararı	45
EK-2 Etik Kurur Kararı	46
EK-3. İl Sağlık Müdürlüğü İzni	47
EK-4. Hasta Tanıtım Formu	49
EK-5. Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği	53
EK-6. İzin Dilekçesi	55
EK-7. Aydınlatılmış Onam Formu	56
EK-8. Tez Çalışması Orjinallik Raporu	60
EK-9. Eğitim Kitapçığı	62
11. ÖZGEÇMİŞ	61

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.2.1. Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflama	6
Tablo 4.2.3. Sekonder Hipertansiyon Sebepleri	7
Tablo 4.9. Hipertansiyon öykü ve fiziksel muayeneye dikkat edilmesi gerekenler	11
Tablo 4.10.3. Hipertansiyonda Yaşam Tarzı Değişiklikleri Ve Sağlanan Kan Basıncı Değişiklikleri	16
Tablo 6.1. Kontrol ve Girişim Gruplarındaki Hipertansiyonlu Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması	24
Tablo 6.2. Kontrol ve Girişim Grubunun Hipertansiyondan Başka Hastalık Varlığı, Antihipertansif Kullanma, Ailede Hipertansiyon Varlığı ve Alışkanlıklara İlişkin Bilgilerinin Karşılaştırılması	27
Tablo 6.3. Kontrol Grubunun İlk Ve Son Görüşmedeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Fark	29
Tablo 6.4. Girişim Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Fark	30
Tablo 6.5. Kontrol ve Girişim Grupları Arasında İlk ve Son Görüşmelerdeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği Puan Ortalamaları Farkı	31
Tablo 6.6. Kontrol ve Girişim Gruplarında İlk ve Son Görüşmede Ölçülen Kan Basıncı Düzeyleri ve Farkı	32
Tablo 6.7. İlk ve Son Görüşmelerde, Kontrol ve Girişim Grupları Arasında Alışkanlıklara İlişkin Değişkenler Açısından Farklar	34

Başlık: Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncını ve Bilgi Düzeyini Etkiler mi?

Öğrencinin Adı: Esra BİLİR

Danışman: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Anabilim Dalı: Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

1. ÖZET

Amaç: Hemşire tarafından verilen eğitimin hipertansiyonlu hastalarda kan basıncı kontrolü ve hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyine etkisi olup olmadığını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Vaka kontrollü olarak yapılan deneysel çalışmanın örneklem grubunu sağlık ocağında takip edilen 80 hipertansiyonlu hasta oluşturdu. Hastalar 40 girişim 40 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrıldı. Girişim grubuna hipertansiyon ve yönetimi hakkında eğitim verildi. Tüm hastalar ile ilk görüşmeden iki ay sonra ikinci görüşme yapıldı. Veri toplama aracı olarak hasta tanıtım formu ve Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği (HBDÖ) kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede ki-kare, t-testi, ANOVA ve Kruskal Wallis analizleri kullanıldı.

Bulgular: Yaş ortalaması $60,5 \pm 10,3$ yıl olan hipertansiyonlu hastaların %46'sı kadındı. İlk görüşmede, HBDÖ puan ortalamaları kontrol grubunda $16,05 \pm 3,10$, girişim grubunda $17,30 \pm 2,74$ idi. Son görüşmede, HBDÖ puan ortalamaları kontrol grubunda $17,90 \pm 2,38$ girişim grubunda $19,30 \pm 1,73$ dır. İlk görüşmede, kontrol ve girişim grubunda HBDÖ puan ortalamaları benzer bulunurken son görüşmede, kontrol grubuna göre girişim grubunun HBDÖ puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Her iki grupta da ilk görüşmeye göre son görüşme HBDÖ puanlarında artış olsa da girişim grubunda bu artış daha fazlaydı. İlk ve son görüşmede, her iki grupta da kan basıncı düzeylerinde anlamlı fark görülmedi.

Sonuçlar: Buna göre, hemşire tarafından hipertansiyonlu hastalara verilen eğitimin, kan basıncı kontrolünde etkili olmadığı, ancak hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyini arttırmada etkili olduğu söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği, eğitim.

Title: Does the Nursing Education Affect Blood Pressure and Knowledge Level in Patients with Hypertension ?

Sturdent name: Esra BİLİR

Supervisors: Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Department: Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı

2. ABSTRACT

Objective: To evaluate whether the training given by the nurse has an impact on the level of knowledge about blood pressure control and hypertension in hypertensive patients.

Material and Method: The study group consisted of 80 patients with hypertension who were followed up at the health center. The patients were divided into two groups as 40 interventions and 40 control groups. Training was given to the intervention group on hypertension and management. Two patients were interviewed two months after the first interview. The patient identification form and the Hypertension Knowledge Level Scale (HBDÖ) were used as data collection tools. Chisquare, t-test, ANOVA and Kruskal Wallis analyzes were used for statistical analysis.

Results: 46% of hypertensive patients with a mean age of 60.5 ± 10.3 years were women. In the first interview, the mean scores of HBSS were 16.05 ± 3.10 in the control group and 17.30 ± 2.74 in the intervention group. In the last interview, the mean scores of HBSS were $19,30 \pm 1,73$ in the control group. In the first interview, while the mean scores of HBSS were similar in the control and intervention group, the mean scores of the intervention group were higher in the last interview compared to the control group. In both groups, although the last interview was higher in the HBDQ scores compared to the first interview, this increase was higher in the intervention group. No significant difference was observed in blood pressure levels in both groups at the first and last meeting.

Conclusions: According to this, it can be said that the training given by the nurse to the patients with hypertension is not effective in controlling blood pressure, but is effective in increasing the level of knowledge about hypertension.

Key words: Hypertension, Hypertension Knowledge Level Scale, education



3. GİRİŞ VE AMAÇ

Hipertansiyon sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde, diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olmasıdır. Bununla birlikte antihipertansif ilaç kullanıyor olmak da hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Efe, Akça, Kiper ve ark. 2012).

2000 yılı verilerine göre dünyada erişkin nüfusun %25'inden fazlasında hipertansiyon hastalığı görülürken bu oranın 2025 yılında %30'lara yaklaşacağı düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan Türkiye'nin Hastalık Yüğü çalışmasında (2004), Türkiye'deki ölüm nedenlerinin %25'i hipertansiyondan kaynaklanmaktadır. Ülkemizde yapılmış olan Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı (TEKHARF) çalışmasında (2009) hipertansiyon prevalansları incelendiğinde 35 yaş üstü erkeklerde yaklaşık 4,7 milyon, kadınlarda ise 6,3 milyon olarak tahmin edilmektedir (Onat ve ark. 2017)

Türkiye'de Erişkinlerde Kalp Hastalığı Ve Risk Faktörleri Sıklığı (TEKHARF) çalışmasına göre yaş standardizasyonlu hipertansiyon prevalansı 2015 yılında dünyada erkeklerde %24,1, kadınlarda % 20,1 olarak bulunurken, ortalama sistolik kan basıncı erkeklerde 127,0 mmHg, kadınlarda 122,3 mmHg, diyastolik kan basıncı ise erkeklerde 78,7 ve 76,7 mmHg olarak bulunmuştur (Onat ve ark. 2017).

Cinsiyet ayrımı yapılmaksızın bakıldığında, kalp damar hastalığı en sık görülen risk faktörlerinde obeziteden sonra hipertansiyon gelmektedir. Hipertansiyona ek diabetes mellitus (DM) ya da koroner arter hastalığının olması da kalp damar hastalığı riskini artırmaktadır (Göçgeldi, Babayiğit, Hassoy ve ark. 2008). Hipertansiyon başlıca kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü oluştururken miyokard enfarktüsü, inme ve kalp yetmezliği riskini arttırmaktadır. Aynı zamanda hipertansiyon renal hastalıklar ve böbrek yetmezliği için de önemli bir risk faktörüdür (Hacıhasanoğlu 2009).

Hipertansiyon tedavisinde non farmakolojik ve farmakolojik olmak üzere iki tip yaklaşım vardır. Non farmakolojik yaklaşımda yaşam biçimi değişiklikleri hedeflenmektedir (Soydan 2000). Farmakolojik tedavide ise diüretikler, beta blokerler, anjiotensin konverting enzim (ACE) inhibitörleri, kalsiyum antagonistleri, alfa blokerler ve anjiotensin II reseptör blokerleri gibi ilaç grupları kullanılmaktadır (Özkara, Turgut, Selçoki ve ark. 2008; Günal ve Günal 2010).

Hipertansiyonun kontrol ve tedavisi ile ciddi hipertansiyon gelişimi engellenebilir ve böylelikle inme, kardiyovasküler hastalıklara ve kalp yetersizliğine bağlı ölümler %20'lere kadar azaltılabilmektedir (Hacıhasanoğlu 2009). Hipertansiyon hastası, hastalığının etkileriyle ortaya çıkabilecek ciddi ve kronik problemlerden dolayı, kan basıncının normal değerlerde olmasını sağlamak için açık, pratik ve gerçekçi açıklamalarla, hastalık hakkında bilgisini arttıracak ve hastalıkla baş etme yöntemlerini içeren bir rehberliğe ihtiyaç duymaktadır (Schroeder, Fahey, Hollinghurst et al. 2005). Hemşire hipertansiyon hastasının, yan etkisiz ve az maliyetle kan basıncını düşürme ve kontrol altında tutmak amacı ile hastalık sürecini izlemeli, hastalık komplikasyonlarını değerlendirmeli ve düzenli sağlık kontrollerine gelmesi için hasta ve hasta yakınlarını desteklemeli, gerekli eğitimleri vermelidir. Hemşire hipertansiyon hastalarını sağlıklı yaşam biçimi konusunda bilgilendirip, bireysel yaşam üzerinde olumlu etkiler sağlamasının gerekliliği konusunda eğitim vererek önemli sorumluluklarından birini yerine getirmiş olur (Oakesshott and Kerry 2003).

Bu çalışmanın amacı; hemşire tarafından verilen eğitimin hipertansiyonlu hastalarda kan basıncı kontrolü ve hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyine etkisi olup olmadığını değerlendirmektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. HİPERTANSİYON TANIMI

Hipertansiyon insan sağlığını, sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini ve yaşam süresini azaltma riski yüksek olan, arter içi kan basıncı ile karakterize, genetik ve metabolik bozuklukların sebep olabileceği gibi edinsel etmenlerinde etkileyebileceği önemli sağlık sorunlarından biridir (Hacıhasanoğlu 2009; Öksüz 2004). Aynı ve uygun koşullarda iki ya da daha fazla sayıda yapılan kan basıncı ölçümünde sistolik kan basıncının 140 mmHg ve üzerinde, diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde bulunması hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Efe ve ark. 2012). Hipertansiyon, ilaçla tedavisinde önemli gelişmeler sağlamasına rağmen gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sık görülen ve ciddi komplikasyonlara neden olan önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir (Tekin 2016).

Türkiye’de hipertansiyon yeterli ve doğru şekilde tedavi edilemeyen bir sağlık sorunu olarak görülmektedir. Öyle ki Türkiye İstatistik Kurumu, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (TÜİK-ADNKS) 2010 verilerine göre 15 yaş üstü bireylerin yaşamları süresince en az bir kere tansiyon ölçtürme oranı %47,6 bununla birlikte tüm grupta daha önce hiç kan basıncı ölçtürmemiş kişi oranı ise %32,2 dir (Taş 2013).

4.2. HİPERTANSİYON SINIFLAMASI

Tablo 4.2.1. Kan Basıncı Değerlerine Göre Sınıflama

Sınıf	Sistolik (mmHg)		Diastolik (mmHg)
Optimal	< 120	Ve	<80
Normal	<130	Ve	<85
Yüksek-normal	130-139	ya da	85-89
Hipertansiyon			
1.derece (hafif)	140-159	ya	90-99
Alt Grup: Sınırdaki	140-149	da	90-94
2. derece (orta)	160-179	ya da	100-109
3. derece (ağır)	≥180	ya da	≥110
İzole Sistolik hipertansiyon	≥140	Ve	<90
Alt Grup: Sınırdaki	140-149		<90
*Hastanın sistolojik ve diyastolik kan basıncı farklı sınıflarda ise, yüksek olan sınıf kabul edilir			

(Öksüz 2004; Badır 2014)

4.2.2. Nedene Göre Sınıflama

Primer/Esansiyel Hipertansiyon: Nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık, çevresel faktörler ve sonradan kazanılmış alışkanlıkların (obezite, aşırı tuz tüketimi, endüstrileşme, alkol-sigara kullanımı, stres vb.) rolü olduğu düşünülmektedir. Hipertansiyonu olan olguların %90-95 'i başka bir hastalığa bağlı olmayan primer/esansiyel hipertansiyondur (Badır 2014).

Sekonder hipertansiyon: Tespit edilebilen ve düzeltilebilen bir nedeni olan kan basıncı yüksekliğidir. Hipertansiyon olgularının yaklaşık %5-10 u başka bir hastalığa bağlıdır ve sekonder hipertansiyon olarak adlandırılır (Badır 2014).

Tablo 4.2.3. Sekonder Hipertansiyon Sebepleri

Kronik böbrek hastalıkları
Renovasküler hastalıklar
Kronik steroid terapisi
Cushing Sendromu
Aort koarktasyonu
İlaç alımı ile indüklenen hipertansiyon
Feokromasitoma Primer aldostrenizm
Uyku apnesi

(Tekin 2016)

4.3. BEYAZ GÖMLEK HİPERTANSİYONU/İZOLE OFİS HİPERTANSİYONU

Hastane ortamı ya da hekim ofisinde ölçülen kan basıncının yüksek olmasına karşın günün diğer saatlerinde ölçülen kan basıncının normal olması durumu beyaz önlük/izole ofis hipertansiyonu olarak adlandırılmaktadır (Yorgun ve Kabakçı 2010).

4.4. İZOLE SİSTOLİK HİPERTANSİYON

Sistolik kan basıncının 160mmHg ya da daha fazla olmasına karşın diyastolik kan basıncının 90mmHg'nin altında olması durumu izole sistolik hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır (Yorgun ve Kabakçı 2010).

4.5. MALİGNANT HİPERTANSİYON

Sistolik kan basıncının aniden 200mmHg diyastolik kan basıncının 140mmHg ortalama arter basıncının 150 mmHg üzerine çıkma durumu malignat hipertansiyon olarak adlandırılır (Yorgun ve Kabakçı 2010).

4.6. HİPERTANSİYON EPİDEMİYOLOJİSİ

Hipertansiyon, dünyada en sık rastlanılan kardiyovasküler hastalıklardan biridir. Öyle ki yaklaşık bir milyon insanı etkilemektedir. Hipertansiyon sıklığı yaşla birlikte belirgin artış göstermektedir. Geriatrik hasta grubunda önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Yorgun ve Kabakçı 2010).

Dünya sağlık örgütü verilerine göre hipertansiyon prevalansı %20 ile %50 arasında değişmektedir. Türkiye de ise bu oran %31,3 olarak bulunmuştur (Tekin 2016). Dünyadaki erişkin nüfusun 2000 yılı itibariyle % 25'ten fazlası hipertansiyon hastasıyken bu oranın 2025 yılında %30'lara yaklaşacağı düşünülmektedir. Günümüzde çoğu gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 972 milyon kişi hipertansiyon hastasıdır ve önümüzdeki 25 yıl içinde bu rakamın 15 milyarı aşacağı tahmin edilmektedir (Arıcı ve ark. 2005).

Türkiye'de yetişkin nüfusun %33'ünde hipertansiyon vardır. Yapılan bir çalışmada hipertansiyon yetişkin kadınlarda %43,1, erkeklerde ise %36,3 oranlarında görülmektedir (Irmak ve ark. 2007). Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmüş olan Türkiye'nin Hastalık Yüğü çalışmasında (2004), Türkiye'de ölüm nedenlerinin dörtte birini hipertansiyon oluşturmaktadır. Türkiye Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı çalışmasında (2009) ise 35 yaş üstündeki hipertansiyon prevalansı erkeklerde beş milyona yakınken, kadınlarda bu sayının yedi milyona yaklaştığı tahmin edilmektedir (Efe ve ark. 2012 ; Altun ve ark. 2005).

Hipertansiyona DM ya da koroner arter hastalığının da eşlik etmesi ile birlikte kalp damar hastalığı, kalp yetmezliği, inme ve miyokard enfarktüsü riskini arttırmakta ve kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Aynı zamanda renal hastalıklar için de önemli bir risk faktörüdür (Göçgeldi ve ark. 2008;

Hacıhasanoğlu 2009). Hipertansiyon önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Ancak ölümlerin giderek artması ve hipertansiyon hastalarının yaşam kalitesinin giderek azalması, hipertansiyon hastalığının kişilerin sağlığını bozan bir faktör olarak düşünülmesine ve önemli bir sağlık sorunu olarak görülmesine neden olmuştur (Hacıhasanoğlu 2009).

4.7. HİPERTANSİYON PATOFİZYOLOJİSİ

Hipertansiyonda tuz ve su retansiyonu ile renin anjiotensin aldosteron sistemi aktivasyonu etkinliği önemlidir. Hipertansiyona genetik olarak yatkınlığı olan kişilerde ilk neden, sodyum ve su atılımının yeterince gerçekleştirilememesi olduğu düşünülmektedir. Yapılan birçok çalışmada kan basıncının yükselmesine böbrek sodyum atılımında bir sorunun neden olduğu görülmüştür. Tuz miktarı 1,76 g/gün' ün altında alındığında kan basıncı yüksekliği görülmezken, alınan tuz miktarı 10 g/gün ve üzeri olduğunda prevelans %20 artmaktadır (Günel ve Günel 2010).

Otonom sinir sistemi işlevlerinde bozulma sonucu sempatik sinir sistemi aktivitesinin; genetik değişiklikler sonucu su, sodyum ve klorun geri emiliminin artması; renin anjiotensin aldosteron sistemi aktivitesinin devreye girmesi sonucu sistemik damar direnci ve ekstra sellüler sıvı miktarının artması hipertansiyona yol açan sebeplerdendir. Ayrıca damar endotelindeki bozulma sonucu arteriollerin genişleyememesi, tip II DM , trigliserit düzey yüksekliği, obezite ve glikoz intoleransı nedenleriyle insülin direncinin artması hipertansiyon oluşumuna neden olmaktadır. Yaşla birlikte kalp ve damarlarda arteriosklerotik değişikliklerin oluşması, kollejen birikimi ve damar elastikliğinin azalması da hipertansiyon oluşumuna neden olan faktörlerdendir (Badır 2014).

4.8. HİPERTANSİYON TANISI

Hipertansiyonu olan bir hastanın ilk değerlendirmesi yapılırken öncelikle hipertansiyon tanısını doğrulanmalı; sonrasında ikincil hipertansiyon nedenleri tespit edilmeli ve daha sonrasında kardiyovasküler risk, organ hasarı ve bunlara eşlik eden klinik durumlar araştırılmalıdır. Bunun için doğru kan basıncı ölçümü, aile öyküsü, tıbbi öykü, fizik muayene, laboratuvar incelemeleri ve ileri tanı testleri gerekmektedir (Giuseppe et al. 2013). Hipertansiyon tanısı için kan basıncının doğru ölçülmesi önemlidir. Doğru kan basıncı ölçümü şu şekilde yapılmalıdır:

- Hastalar kan basıncı ölçümünden önce en az beş, on dakika dinlenmelidir.
- Kan basıncı ölçümünden önce hastanın sigara ve kafein tüketmediğinden emin olunmalıdır.
- Hasta rahat bir yerde oturmalıdır.

- Kan basıncı ölçülecek kol çıplak olmalı, kol alttan desteklenmeli ve üst kolun orta noktası kalple aynı seviyede olacak şekilde uzatmalıdır.
- Kan basıncı ölçümü için kullanılacak manşon kol çevresinin %80'ini saracak ölçüde olmalıdır.
- Kan basıncı ölçümü iki dakika ara ile iki kez yapılmalıdır. Eğer iki ölçüm arasında 5 mmHg'dan fazla fark var ise ilave ölçümler yapılarak değişkenliğin derecesi azaltılmalıdır (Arıcı 2003).

Tüm kurallara uygun ölçüm yapılmış olsa bile bir kez yapılan kan basıncı ölçümü hastanın ortalama kan basıncı değerini vermez. Bu nedenle, eğer hastanın ilk ölçülen değerleri çok yüksek ($\geq 180/110$ mmHg) değilse, hipertansiyon tanısı koymadan önce en az birer hafta aralıklarla, aynı koşullarda, üç kez kan basıncı ölçümü yapılması tavsiye edilmektedir. Bu ölçümler sonucunda elde edilen değerler bireyin takip kriterlerinin belirlenmesi için kullanılmalıdır (Arıcı 2003).

Beyaz önlük hipertansiyonundan şüphelenilen hastalarda ambulator (hastalar normal günlük aktivitelerini yerine getirirken belirli aralıklarla gündüz ve gece kan basıncı ölçümü yapabilen taşınabilir elektronik bir cihazla ölçümdür) kan basıncı ölçümü yapılmalıdır (Demir 2009).

Sekonder hipertansiyonun ayırıcı tanısı için hipertansiyon hastalarında kan basıncı ölçümü özellikle ilk ölçümde her iki koldan da yapılmalıdır. İki kol arasında genellikle 5-10 mmHg'dan daha fazla fark bulunmaması gerekmektedir. Kan basıncı ölçümü yüksek olan kol hangisi ise bundan sonraki takipler o koldan ölçülerek devam etmelidir. İki kol arasında kan basıncı farkı 20 mmHg'dan daha fazla ise konjenital anomaliler veya periferik damar hastalıkları açısından değerlendirilmelidir (Yorgun ve Kabakçı 2010; Arıcı 2003).

Hipertansiyonlu bir hastada yapılacak klinik değerlendirme ve araştırmalarda dört amaç vardır. Bunlar:

- 1- Kan basıncının kronik olarak yüksek olduğunun doğrulanması ve kan basıncı düzeyinin saptanması,
- 2- İkincil hipertansiyon olup olmadığının, varsa nedeninin saptanması,
- 3- Hedef organ hasarının varlığı ve varsa yaygınlığının değerlendirilmesi,

4- Prognozu ve tedaviyi etkileyebilecek risk faktörlerinin araştırılmasıdır (Badır 2014).

Hipertansiyonlu bir hastanın klinik değerlendirmesi öykü ile başlayıp kan basıncının ölçümü dışında tam bir fiziksel muayene yapılmalıdır. Hipertansiyonlu hastalarda yapılacak laboratuvar incelemeleri (kan şekeri, tam kan sayımı, tam idrar analizi), doğru bir risk belirlenmesi yapılması, hedef organ hasarı ve diğer klinik değerlerin ortaya çıkarılması ve ikincil hipertansiyonun dışlanması amaçlarına yönelik olmalıdır (Öksüz 2004). Bunların yanı sıra Elektrokardiyografi (EKG) çekimi ve göğüs filmi de tanı yöntemleri arasındadır. BUN, kreatin düzeyi, elektrolitler, lipit profilinin (total kolesterol, HDL ve LDL kolesteroller, trigliseridler) değerlendirilmesi tedavi planı ve risk faktörleri yönetimi açısından oldukça önemlidir (Badır 2014).

Tablo 4.9. HİPERTANSİYON ÖYKÜ VE FİZİKSEL MUAYENEYE DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

Öykü	Fiziksel Muayene
Öykü: Hipertansiyon süresi ve önceki düzeyleri ve daha önce tedavi alıp almadığı, alıyorsa sonuçları ve yan etkilerinin değerlendirilmesi.	Kan basıncı: Her iki koldan ve en az iki kez uygun şartlarda ölçümler yapılarak kaydedilmesi.
Özgeçmiş: Koroner hastalık, kalp yetersizliği, serebrovasküler hastalık, periferik damar hastalığı, diyabet, böbrek hastalıkları ve diğer önemli hastalıkları varsa belirtileri ve bu hastalıkların tedavisinde kullandığı ilaçları ve sonuçlarının değerlendirilmesi.	Boy ve kilo: Ölçümü ve vücut kitle indeksinin hesaplanması.
Aile Öyküsü: Ailede hipertansiyon, diyabet, kalp yetersizliği, böbrek hastalığı olup olmadığının değerlendirilmesi.	Kardiyovasküler sistem: Ayrıntılı incelemesi, kalbin boyutları, ritm bozuklukları, ekstra vuru kalp yetersizliği bulunup bulunmadığının değerlendirilmesi.
Alışkanlıklar: Diyetindeki yağ, tuz miktarı, alkol veya sigara kullanıyorsa süresi, miktarı,	Boyun muayenesi: Karotis üfürümlerinin, venöz dolgunluğun ve tiroid büyümesinin olup olmadığının saptanması.

fiziksel aktivite durumu ve sıklığının değerlendirilmesi. İlaçlar: Kan basıncını artırması olası ilaç (kontraseptifler, antiinflamatuvar ilaçlar, amfetamin, eritropoetin, siklosporinler, steroid vb.) ve maddelerin kullanımı. Psikososyal Yapı: Aile yapısı, çalışma ortamı, eğitim düzeyi, sosyokültürel ve sosyoekonomik durumun değerlendirilmesi.	Ekstremiteler: Periferik nabızlarda zayıflama ya da kaybolma, üfürüm ve ödem olup olmadığının değerlendirilmesi. Akciğerler: Raller ve bronkospazm olup olmadığının değerlendirilmesi. Batın incelemesi: Üfürüm, anormal pulsasyon, büyüme ya da kitle olup olmadığı.
---	---

Kaynak: Öksüz E. Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. *Sted.* 2004;13(3):99-104.

4.10. HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Hipertansiyon tedavisi yaşam tarzını değiştirme, tıbbi beslenme tedavisi, egzersiz ve ilaç tedavisi gibi non farmakolojik ve farmakolojik olmak üzere farklı protokollerden oluşmaktadır. Non farmakolojik yaklaşımda yaşam biçimi değişiklikleri hedeflenmektedir (Soydan 2000). Farmakolojik tedavide ise diüretikler, beta blokerler, ACE inhibitörleri, kalsiyum antagonistleri, alfa blokerler ve anjiotensin II reseptör blokerleri gibi ilaç grupları kullanılmaktadır (Günel ve Günel 2010; Özkara ve ark. 2008).

4.10.1. Hipertansiyon Tedavisinde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler

Diüretikler: Diüretikler, hipertansiyon tedavisinde 40 yıldan uzun süredir kullanılmaktadır. Hipertansiyon tedavisinde etkinliği kanıtlanmış en ekonomik ilaç gruplarıdır. Hipertansiyon başlangıç tedavisinde tek başına daha sonralarda diğer ilaçlarla kombine olarak kullanımları önerilmektedir. Metabolik problemler ve hipokalemi diüretiklerin en önemli yan etkileridir (Gül 2007).

Antihipertansifler :

Beta adrenerjik reseptör blokerleri: Periferik damar direncini düşürürler, miyokard kontraktilesini ve kalp hızını azaltır, renin salınımını inhibe etmektedir. Kalp ve koroner arter hastalıklarında da etkilidir. Beta bloker ve diüretik kombinasyonu ilaçlar da vardır (Badır 2014).

Alfa adrenerjik reseptör blokerleri: Periferik damar direncini düşürerek etki etmektedir. Postüral hipotasyon, sıvı retansiyonu gibi yan etkileri nedeniyle birinci basamak tedavide kullanılmamaktadır. ikinci ve üçüncü basamak tedavide diüretik ile birlikte verilmektedir (Badır 2014).

Kalsiyum kanal blokerleri: Damar düz kası ile miyokard hücre membranının uyarılması ile çalışan kalsiyum kanallarını inhibe ederek etki etmektedir. Damar düz kası ile miyokard hücrelerine kalsiyum girişini azaltır ve böylece kalsiyum düzeyini düşürerek vasodilatasyona neden olmaktadır. Koroner arter hastalığı olan hastalarda da tercih etmektedir. Baş ağrısı, baş dönmesi, sıcak basması kulak çınlaması, bulantı, kusma gibi yan etkileri vardır (Zungur 2004).

Anjiotensin çevirici enzim inhibitörleri (ACEİ): Venlerde dilatasyon yaparak kanın periferde göllenmesini sağlarken sağ artiyum basıncı, pulmoner arter basıncı ve pulmoner arter tıkalı basıncını düşürerek pulmoner konjesyonu azaltır, arterde vazodilatasyon yaparak periferik direnci düşürür ve kalp debisinde artış sağlar. Uzun süre kullanımında ventriküler hipertrofisi geriler ve hipertansiyon kontrol altına alınır. En önemli yan etkisi kuru ve boğucu öksürüktür (Zungur 2004).

4.10.2. Hipertansiyon Tedavisinde Kullanılan Non Farmakolojik

Yöntemler

Dünya Sağlık Örgütü/Uluslararası Hipertansiyon Derneği Kılavuz Kurulu'nun ve Hipertansiyon Primer Korunması için ABD Çalışma Grubu'nun raporlarında, koruyucu öneriler belirlenmiştir:

- Vücut ağırlığının belirli bir kiloda tutulması ve fiziksel aktiviteyi artırma,
- Alkol alımının azaltılması (26 g/gün etanol),
- Günlük tuz alımının 6 g tuz (< 2,4 g Na)'u geçmemesi
- Potasyum alımının artırılması,
- Stresten uzak durulmasıdır (Öksüz 2004).

Yapılan çalışmalarda, hipertansiyon hastalarının yoga, Tai-Chi, Qigong, akupresör, akupunktur, kriyopraktik, aromaterapi, besin destekleri, bitkisel ve solunum terapileri gibi çeşitli destekleyici tedavileri kullandıkları tespit edilmiştir (Efe ve ark. 2012)

Hipertansiyonu durdurmak üzere besinler yaklaşımı (DASH Diyeti): Belirli bir beslenme protokolünün uygulandığı ve yaklaşık sekiz hafta süren “Hipertansiyonu Durdurmak Üzere Besinsel Yaklaşımlar” (DASH) çalışmasında, hipertansiyon hastalarının yaptıkları diyetle kan basıncının 5,5/3,0 mmHg düşürüldüğü, tansiyonu yüksek olmayan bireylerde de kan basıncını 3,5/2,1 mmHg düşürüldüğü saptanmıştır. Bu diyetin içeriği meyve ve sebzeden zengin, yağsız ve az yağlı süt ürünlerinin bulunduğu, proteini hafif artırılmış, yağ oranı azaltılmış şekilde düzenlendiği görülmektedir (Öksüz 2004).

Tuz alımının kısıtlanması: Hipertansiyonu olan bireylerde tuz alımı günlük 4,75,8 gramı aşmadığında sistolik kan basıncında 5 mmHg’ya yakın diyastolik kan basıncında 3 mmHg’ya yakın düşme sağlanabilir. Tuz ve sodyum kavramları farklıdır. Sodyum, genel olarak sofraya tuzu (NaCl) biçiminde gıdalarla alınırken klorür, sodyumun etkisini artırmaktadır. Sodyum, sodyum bikarbonat gibi diğer biçimlerde alındığında kan basıncını artırıcı etkisi daha azdır. Ayrıca Sodyum kısıtlaması, kalsiyum kanal blokerleri dışında (intrensek natriüretik etkileri nedeniyle) antihipertansif ilaçların etkisini artırır (Badır 2014 ; Öksüz 2004).

Kilo kontrolü: Obez bireylerde hipertansiyon görülme olasılığı zayıf bireylere göre daha yüksektir. Öyle ki beden kitle indeksinin (body mass index) 27 ve üzeri olması ile hipertansiyon arasında önemli bir ilişki vardır. Hipertansiyonu olan şişman bireylerde dislipidemi, insülin direncinde artma, inme ve diyabet görülme oranı artar. Şişman bir bireyin bir kilogram vermesi ile kan basıncında 1,6/1,3 mmHg azalma sağlanabilir (Badır 2014). Aynı zamanda kilo vererek antihipertansif ilaçların sayısı ve dozu azaltılabilir. Zayıflama, fiziksel egzersiz ile birlikte sodyum alımı da azaltılırsa, elde edilen kan basıncı düşmesi daha fazla olabilmektedir (Öksüz 2004; Badır 2014; Schroeder ve ark. 2005).

Beslenme: Vejetaryan diyet yapan hipertansif bireylerde altı haftada kan basıncında 5 mmHg lık düşme saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda, hayvansal protein alınmaması ya da meyve, sebze, lifli gıdalar ve yağ alımının azalmasıyla oluşan besin bileşiminin kan basıncını düşürmeye yönelik etkisi olduğu gösterilmiştir. Lifli gıdalar, daha fazla potasyum ve daha az sodyum içermektedirler. Bir çalışmada günde 12 gramdan daha az lifle beslenenlerde, hipertansiyon riski, günde 24 gram lifle beslenenlere göre 1,6 kat daha fazla bulunmuştur (Schroeder ve ark. 2005).

Potasyum damar direncini azaltarak vazodilatasyon sağlar ve glomerul filtasyon hızını arttırmaktadır. Potasyumdan zengin sebze ve meyvelerle beslenen hipertansiyon hastalarının kan basıncında 2,4-3,4 mmHg düşme sağlanabilmektedir (Öksüz 2004).

Omega 3 çoklu doymamış yağ asidi alımı ile sistolik kan basıncında 4 mmHg, diyastolik kan basıncında 3mmHg'lık bir düşme elde edilebilmektedir. Kafein alımı ise kan basıncını yükseltebilmektedir (Öksüz 2004).

Vitamin C, sarımsak soğan gibi gıdaların kan basıncını düşürdüğüne ilişkin araştırmalar olmakla birlikte henüz kesin bir kanıt yoktur (Badır 2014; Öksüz 2004).

Fiziksel aktivite: Düzenli fiziksel aktivite yapan kişilerde hipertansiyon gelişme riski, düzenli fiziksel aktivite yapmayanlara oranla %20-50 daha fazladır. Düzenli egzersiz yapan hipertansiyon hastalarında sistolik kan basıncında 4-8 mmHg düşme sağlanabilmektedir (Öksüz 2004). Haftada en az 30-45 dakikalık seanslar şeklinde, kalp hızının %60-70' ine ulaşacak hızda tempolu yürüyüşler hipertansiyon ve koroner kalp hastalarına önerilmektedir. İtme, çekme, ağırlık kaldırma gibi izometrik egzersizler kan basıncında yükselmeye neden olabileceği için hipertansiyon hastalarına önerilmemektedir (Badır 2014).

Sigara- Alkol kullanımı: Sigara kullanımı kardiyovasküler hastalık riskini 2-3 kat arttırmaktadır. Her sigara içme sonrası otuz dakika boyunca arter kan basıncı artmaktadır. Kardiyovasküler etkiler sigarayı bıraktıktan sonraki bir yıl içinde görülmeye devam etmektedir. Ayrıca sigara ve alkol kullanımı hipertansiyonlu hastalarda ilaç tedavisine karşı direnci arttırmaktadır. (Öksüz 2004; Arıcı ve ark. 2005).

Günlük alınan alkol miktarı 20-30 gramı geçerse hipertansiyon görülme olasılığı arttırmaktadır. Alkol, antihipertansif ilaçların etkisini azaltarak inme riskini de arttırmaktadır. Alkol miktarı erkeklerde günlük 20-30 gr, kadınlarda 10-20 gr'ın üzerinde olmamalıdır (Badır 2014; Öksüz 2004).

Psiko-sosyal stres: Stres kan basıncında ani yükselmelere neden olmaktadır. Ayrıca stres sağlıklı yaşam tarzı niteliklerini azaltarak hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar açısından önemli bir risktir. Biyolojik geri besleme (feedback), yoga, transandantal meditasyon, bireysel/davranışsal davranışlarla stres

kontrolü ve gevşeme yöntemleri kan basıncını düşürmeye yardımcı olmaktadır. Ancak bu yöntemlerin uzun süreli yararları henüz kanıtlanmadığı için tedavi yerine geçmemeli tedaviye ek destekleyici yöntemler olarak kullanılmalıdır (Soydan 2000; Öksüz 2004).

Tablo 4.10.3. Hipertansiyonda Yaşam Tarzı Değişiklikleri Ve Sağlanan Kan Basıncı Değişiklikleri

Değişiklik	Öneri	Sistolik kan basıncı azalması
Kilo alımının azaltılması	Vücut ağırlığının kontrol altında olması (BKİ: 18.5-24.9 kg/m ²)	5-20 mmHg/10 kg
yeme planının (DASH) uygulanması	Meyve, sebzeden zengin ve yağ içeriği az olan süt ürünlerinden zengin diyet alınması	8-14 mmHg
Diyet içeriğindeki sodyum oranının azaltılması	Besinlerle alınan sodyumun 2.4 g sodyum veya 6 g sodyum klorürden fazla olmayacak şekilde azaltmak	2-8 mmHg
Fiziksel aktivitenin artırılması	Hızlı yürüme gibi düzenli fiziksel aktivite yapmak (günde en az 30 dakika)	4-9 mmHg
Alkol ve sigara tüketiminin azaltılması	Erkeklerde alkol günde iki kadehten fazla olmayacak şekilde, kadınlarda ve zayıf kişilerde bir kadehten fazla olmayacak şekilde sınırlamak, sigaranın mümkün olduğu kadar içilmemesini sağlamak	2-4 mmHg

Kaynak: Şendur MAN, Güven GS. Güncel Kılavuzlar Eşliğinde Hipertansiyon Tedavisi Hacettepe Tıp Dergisi 2011; 42:53-64.

4.11. HİPERTANSİYON VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hemşirenin en önemli sorumluluklarından birisi bireylerin sağlıklarının korunmasını sağlamaktır. Ayrıca hastalık halinde en kısa sürede sağlığına kavuşturulma sürecinde hasta ve hasta yakınına yardımcı ve destek olmak da

hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Kan basıncı kontrolü ile ilgili yapması gerekenler sadece kan basıncının ölçülmesiyle sınırlı değil teşhis tedavi ve tedaviyi sürdürme aşamalarında hipertansiyon hastalarına destek olmalıdır. Hipertansiyon hastalarının, hastalığın tanı ve tedavi aşamalarında bilgi ve destek eksiklikleri vardır. Genellikle hasta tansiyonunu kontrol altında tuttuğunda veya kullandığı ilaçların yan etkileri olduğunda tedaviyi bırakmaktadır. Öyle ki antihipertansif ilaç kullanan hastaların yarısı birkaç ay sonra ilaçları kullanmayı bırakmakta veya ilacını düzensiz aralıklarla kullanmaktadır. Yapılan araştırmalarda hipertansiyon hastalarının %50 sinin kontrollerine gitmediği, %30-50'sinin reçete edilen antihipertansif ilaçlarını düzensiz kullandıkları saptanmıştır. Hastaların %50 kadarı hipertansiyon tanısı aldıkları bir yıl içinde, %75 kadarının da beş yıl sonra ilaç alımını tamamen bıraktıkları saptanmıştır (Taş 2013). Bu gibi sorunların çözümü için hemşireye, bilinmeyen hipertansiyon olgularının teşhisinde, izlenmesinde ve tedavisinde önemli sorumluluklar düşmektedir (Taş 2013).

Hipertansiyon tanısını koymada, sekonder nedenlerini belirlemede ve tedavi için ilk kararları vermede en çok tıp doktorları sorumlu olsalar da hastalığın yönetiminde hemşireler önemli rol oynamaktadır. Yapılan araştırmalarda hipertansiyon

hastalarının, kan basınçlarının kontrol altında olması için düzenli kan basıncı ölçümü ve takibi, her hastanın kendine özgü tedavi şekli ve sağlık çalışanları tarafından doğru bilgilendirilme gibi beklentileri olduğu saptanmıştır. Hasta eğitim programları birinci basamak sağlık kuruluşlarında hemşireler tarafından yapılırsa hastaların tedaviye katılımları ve devam etmeleri kolaylaşır ve hedeflenen kan basıncına ulaşılabilmesi sağlanabilmektedir. (Hacıhasanoğlu 2009; Clark et al. 2010).

Ulusal ve uluslararası hipertansiyonun önlenmesi için tedavi ve takip kılavuzları doğrultusunda hazırlanan programlar hemşireler tarafından çok kolay bir şekilde planlanabilmekte ve uygulanabilmektedir (Irmak 2007).

Hipertansiyondan korunmak ve hipertansiyon tedavisi için sağlıklı yaşam biçimi alışkanlığı kazandırmak gerekmektedir. Bu amaçla hemşire tarafından verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde süreklilik önemli bir yere sahiptir. Öyle ki olumlu davranışsal değişikliklerin yaşama geçirilerek kalıcı olması uzun zaman alan bir süreçtir. Hemşireler hipertansiyonun sonuçlarını, hastalığın altında yatan problemleri ve nedenleri en iyi anlayabilen sağlık profesyonellerindendir. Bu nedenle hipertansiyonun tanısıyla ilgili verileri dikkatle gözlemlemeli, doğru analizlerde

bulunarak hipertansiyon konusunda bilgili olmalıdır. Hipertansiyonun erken tanısını kolaylaştırmak için hemşire hastaların kan basınçlarını düzenli aralıklarla her seferinde doğru teknik ve yöntem kullanarak ölçmelidir. Bu izlemler hastanın hastalık ve tedavi sürecine uyumunu artırmada ve kan basıncını kontrol altında tutmada hemşireye yardımcı olmaktadır (Hacıhasanoğlu 2009; Taş 2013).

4.12. HİPERTANSİYON VE HASTA EĞİTİMİ

Eğitim bireyin davranışlarında olumlu-olumsuz değişiklik meydana getirme sürecidir. Davranışlarını değiştirerek yaşam biçiminde düzenlemeler yapmayı hiç düşünmemiş bireyler, hastalığın gelecekte meydana getirebileceği olumsuz etkileri ve kendi yaşamı üzerinde olumlu etkileri konusunda eğitilmelidirler (Taş 2013).

Hipertansiyon hastalarında kan basıncı değerinin normal düzeylerde tutmanın önemi ve yararları bilinmesine rağmen, birinci basamak dahil tüm sağlık kuruluşlarında hipertansiyon düzeylerinin kontrolü hala istenilen düzeyde değildir (Hacıhasanoğlu 2009). Hipertansiyon konusunda bilgi düzeyinin artırılması, toplumda hipertansiyon hastalarının hastalıklarıyla ilgili farkındalıklarının, tedavi ve kontrol oranlarının artmasını sağlamaktadır (Özpancar 2016).

Kronik hastalıkların giderek fazlalaşması ve bu süreçte ölüm oranlarının giderek artmasıyla ile birlikte insanlar için yaşam kalitesi daha önemli hale gelmiştir. Yaşam kalitesinin artırılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi için bireyleri bilgilendirmenin gerekliliği hemşirelere önemli eğitim, rehberlik ve danışmanlık rolleri yüklemektedir (Hacıhasanoğlu 2009).

Ülkemizde 15-16 milyon insanın hipertansiyonlu birey vardır. Hipertansiyonun kontrolüne ilişkin önemli adımlar atılmasına rağmen ne yazık ki bunların yarısından fazlası kan basınçlarının yüksek olduğunun farkında değildir. İlaç kullananların ve kan basınçlarını kontrol altında tutanların oranı ise %10'nun altındadır (Öngen 2005; Hacıhasanoğlu 2009). Hemşireler kan basıncı takibi ve değerlendirilmesinde doğru araç ve doğru yöntemlerle evde kendi kendine kan basıncı ölçümü ve hedeflenen kan basıncının sağlanması, devamı konusunda hasta ve hasta yakınlarını eğitmelidir.

Hemşire hasta ile sık aralıklarla görüşerek iletişimi kuvvetlendirmeli, eğitimlerinde kan basıncı kontrolünü etkileyen, değiştirilebilen alışkanlıkların önemini öğretmeli ve hastalara ilaçların yan etkilerini anlatmalı, baş etme yöntemlerini göstermelidir (Oliveria et al. 2005; Taş 2013).

Yapılan çalışmalarda hipertansiyon hastalarına sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilaca uyumunu artırmaya yardımcı olmak amacıyla hemşire tarafından verilen eğitimler sonrasında bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında olumlu yönde değişikliklerin olduğu ve hastaların ilaçlarını doğru şekilde kullandıkları bildirilmiştir (Özkara 2008).

Hipertansiyon hastalığı olan bireyler kan basıncını etkili bir şekilde düzenleyebilmesi için açık ve gerçekçi, hastalık hakkındaki bilgisini ve hastalıkla baş edebilme yöntemlerini içeren eğitime ve rehberliğe ihtiyaç duymaktadır. Hipertansiyonun uygun kontrolü hipertansiyonun neden olduğu hastalıklara bağlı ölümleri %15-20 azaltır ve ciddi hipertansiyon gelişimini engellemektedir (Hacıhasanoğlu 2009).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Hemşire tarafından verilen eğitimin hipertansiyonlu hastalarda kan basıncı kontrolü ve hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışma vaka kontrollü deneysel bir çalışmadır.

5.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE SÜRESİ

Araştırma; Eylül 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Manisa Güzide Yurtseven 7 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde yapıldı.

5.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evreni: Sağlık Bakanlığı Manisa Güzide Yurtseven 7 Nolu Sağlık Ocağı'nda hipertansiyon tanısı ile takip ve tedavileri yapılan 180 hastadan oluştu.

Araştırmanın örnekleme: Eylül 2014-Şubat 2015 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Güzide Yurtseven 7 Nolu Aile Sağlığı Merkezi'nde hipertansiyon tanısı ile takip ve tedavileri yapılan 80 hastadan oluştu.

Araştırmada örneklem seçme ölçütleri:

18 yaş üstü olma,

Fiziksel engeli olmama,

Kanser tanısı olmama,

İletişim sorunu olmama,

Araştırmaya katılmaya gönüllü olmadır.

5.4. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

H₀: Hemşire tarafından verilen eğitim hipertansiyonlu hastalarda kan basıncı kontrolü ve hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyine etkisi yoktur.

H₁: Hemşire tarafından verilen eğitim hipertansiyonlu hastalarda kan basıncı kontrolü ve hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyine etkisi vardır.

5.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Bağımsız değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi sosyodeografik özellikler

Bağımlı değişkenler: Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanları, kan basıncı ve alışkanlıklar

5.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Hasta Tanıtım Formu (Ek-4) ve Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği (Ek-5) kullanıldı.

Hasta Tanıtım Formu (Ek-4): Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form sosyo-demografik özellikleri, hastalığa ilişkin özellikleri, kan basıncı, beden kitle indeksi, ödem takibi, açlık kan şekeri, kan elektrolitleri ve lipit profili gibi metabolik kontrol değişkenlerini içermektedir.

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği (Ek-5): Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik analizleri Sultan Balız Erkoç tarafından yapılmıştır. Ölçek hipertansiyon bilgi düzeyini tanımlamaya yönelik 22 ifadeyi kapsamaktadır. Cevaplar doğru, yanlış, bilmiyorum şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekte 9 tane yanlış önerme bulunmaktadır. Yanlış önermeler: 3,4,5,6,8,10,12,14,17 inci maddelerdir. Ölçekte her doğru yanıt '1' puan verilmektedir.

5.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından toplandı.

Vaka kontrollü olarak yapılan deneysel çalışmanın örneklem grubunu sağlık ocağında takip edilen 80 hipertansiyonlu hasta oluşturdu. Hastalar 40 girişim 40 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrıldı. Girişim grubuna hipertansiyon ve yönetimi hakkında eğitim verildi. Tüm hastalar ile ilk görüşmeden iki ay sonra ikinci görüşme yapıldı.

Araştırmanın örneklemini; 40 kontrol 40 deney olmak üzere 80 hipertansiyonlu hasta oluşturdu.

İlk görüşmede iki gruba da araştırma formları dolduruldu. İlk görüşmede kontrol grubuna eğitim verilmezken deney grubuna eğitim verildi. Deney grubundaki hipertansiyonlu hastalara 8-10 kişilik gruplar halinde hipertansiyon ve hipertansiyonun kontrolü hakkında eğitim yapıldı ve araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim kitapçığı

(Ek-9) verildi. Eğitimler sağlık çalışanları tarafından uygun bulunan sessiz ve rahatsız edilmeyecek şekilde ayrı bir odada, 8-10 kişilik gruplarla, yaklaşık yarım saatlik kurlar şeklinde verildi. Araştırmaya katılan bireylerle karşılıklı soru cevap şeklinde, anlaşılmayan yerlerin tekrar edilmesiyle sonlandırıldı.

İki ay sonra yapılacak olan ikinci görüşmede tekrar formlar doldurularak değişiklikler kaydedildi. İkinci görüşmede bilgi alma hakkına saygı gereği kontrol grubuna da hipertansiyon hakkında eğitim yapılacak ve eğitim kitapçığı verildi.

Eğitimin içeriği: kan basıncı ölçümü, diyet, egzersiz ve ilaçlar hakkında bilgileri içermektedir.

5.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler frekans ve ortalama $\pm$ standart sapma (SS) ile gösterildi. İstatistiksel değerlendirmede ki-kare, t testi, ANOVA ve Kruskal Wallis analizleri kullanıldı.

5.9. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Bu araştırma sonuçları tüm hipertansiyon hastalarına genellenemez.

5.10. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde hem bilimsel hem de evrensel ilkelere uyuldu. Bu doğrultuda araştırmada, aydınlatılmış onam, özerklik, gizlilik ve gizliliğin korunması, hakkaniyet, zarar vermeme/yararlılık ilkeleri göz önünde tutuldu.

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği 'ni kullanmak için yazılı izin Dr. Sultan BALIZ ERKOÇ'tan alındı (Ek- 6).

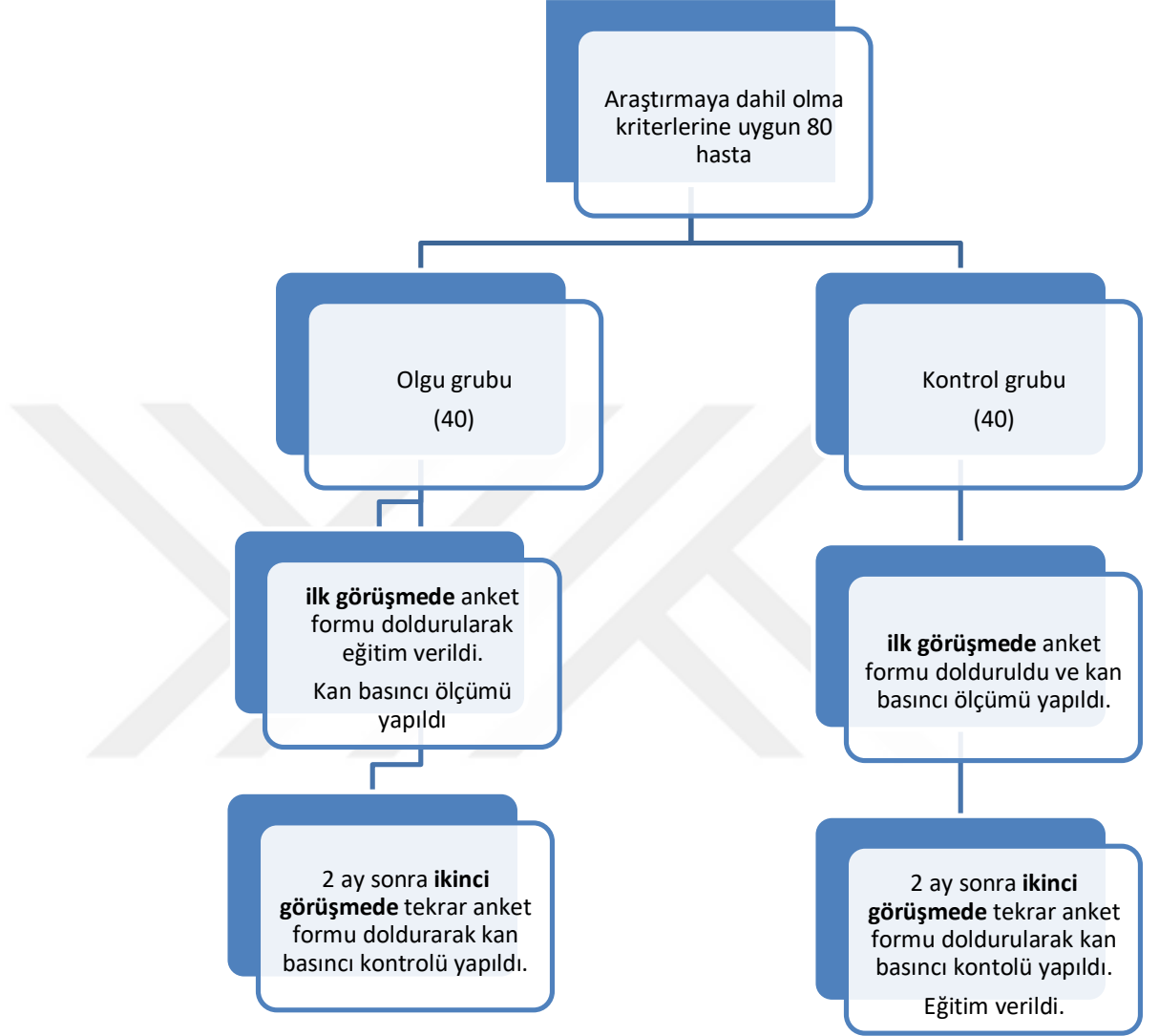
Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın etik uygunluğu için Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan yazılı izin alındı (Karar No: 20478486), (Ek-2).

Araştırmanın yapıldığı Sağlık Bakanlığı Manisa Güzide Yurtseven 7 Nolu Aile sağlığı merkezi'den ve İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin alındı (Ek-3).

Araştırmaya dahil edilen hipertansiyonlu hastalara araştırmanın konusu, amacı, ve araştırmadan sağlanacak yararlar hakkında bilgi verildi ve bilgilendirilmiş onam imzalatıldı (Ek-6).



5.11. ARAŞTIRMANIN DESENİ



6. BULGULAR

Hipertansiyon hakkında eğitim verilen hipertansiyonlu hastalardan oluşan girişim grubu hastaları ile eğitim verilmeyen hipertansiyonlu hastalardan oluşan kontrol grubunun sosyo demografik özellikleri ve iki grup arasındaki farklar Tablo 6.1’ de gösterildi.

Tablo 6.1. Kontrol ve Girişim Gruplarındaki Hipertansiyonlu Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması (n=80)

Kontrol grubu (n=40)			Girişim Grubu (n=40)		Anlamlılık
Ort.±SS. (Min./Maks)			Ort.±SS. (Min./Maks)		
Yaş	62,85±10,8	(40/88)	57,68±11,08	(34/80)	t=2,15 p=0,038*
	n	%	n	%	
Cinsiyet					
Kadın	21	52,5	25	62,5	x ² =0,808 p=0,498
Erkek	19	47,5	15	37,5	
Medeni Durum					
Evli	32	80,0	32	80,0	x ² =0,00 p=1,00
Bekar	8	20,0	8	20,0	
Eğitim durumu					
Okuryazar değil	6	15,0	1	2,5	KW=0,518 p=0,471
Okur yazar	5	12,5	6	15,0	
İlkokul mezunu	13	32,5	17	42,5	
Lise mezunu	13	32,5	12	30,0	
Üniversite mezunu	3	7,5	4	10,0	

Not: *p<0,05

(Ortalama: Ort. ; Standart sapma: SS. ; Minimum: MİN. ; Maksimum: Maks.)

Araştırmaya katılan kontrol grubundaki hipertansiyonlu hastaların yaş ortalaması $62,85 \pm 10,8$ yıl iken girişim grubundaki hipertansiyonlu hastaların yaş ortalaması $57,68 \pm 11,08$ yıl olup yaş ortalamaları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Kontrol grubunda %52,5 kadın, girişim grubunda ise %62,5 kadın hasta olup cinsiyet açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Her iki grupta da evli hasta sayısı eşit olup, medeni durum açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Kontrol grubunda %32,5 lise mezunu varken, girişim grubunda %42,5 ilkokul mezunu olup eğitim durumları açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$), (Tablo 6.1).

Kontrol ve girişim grubunun hipertansiyondan başka hastalık varlığı, antihipertansif kullanma, ailede hipertansiyon varlığı ve alışkanlıklara ilişkin bilgilerin karşılaştırılması Tablo 6.2’ de gösterildi.

Tablo 6.2. Kontrol ve Girişim Grubunun Hipertansiyondan Başka Hastalık Varlığı, Antihipertansif Kullanma, Ailede Hipertansiyon Varlığı ve Alışkanlıklara İlişkin Bilgilerinin Karşılaştırılması (n=80)

Özelliklerinin Karşılaştırılması	Kontrol grubu (n=40)		Girişim grubu (n=40)		
Değişkenler	n	%	n	%	Anlamlılık
Başka Hastalık					
Yok	24	60,0	18	45,0	$\chi^2 = 2,450$
Var	16	40,0	22	55,0	$p = 0,117$
Ailede Hipertansiyon					
Yok	25	62,5	17	42,5	$\chi^2 = 2,464$
Var	15	37,5	23	57,5	$p = 0,116$
Antihipertansif Kullanma					
Hayır	6	15,0	3	7,5	$\chi^2 = 1,113$
Evet	34	85,0	37	92,5	$p = 0,481$
Egzersiz Yapma					
Hayır	27	67,5	34	85,0	$\chi^2 = 3,340$
Evet	13	32,5	6	15,0	$p = 0,114$
Alkol Kullanma					
Hayır	35	87,5	33	82,5	$\chi^2 = 0,387$
Evet	5	12,5	7	17,5	$p = 0,755$
Sigara Kullanma					
Hayır	29	72,5	27	67,5	$\chi^2 = 0,061$
Evet	11	27,5	13	32,5	$p = 0,805$

Not: χ^2 =ki kare

Araştırmaya katılan kontrol grubunun %37,5'inin ailesinde hipertansiyon hastalığı varken girişim grubunda %57,5'inin ailesinde hipertansiyon hastalığı vardı. Ailesinde hipertansiyon hastalığı olma durumu açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.2).

Kontrol grubunun %40'ında hipertansiyona ek başka hastalık varken girişim grubunun %22'sinde hipertansiyona ek başka hastalık vardı. Hipertansiyon hastalığına ek başka hastalık olma durumu açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı

($p>0,05$), (Tablo 6.2). Bu hastalıkların; %25' ini diyabet oluşturunken, %8,8' ini kanser tanısı oluşturmaktaydı.

Araştırmaya katılan hipertansiyonlu hastaların % 88,8' i hipertansiyon tedavisine yönelik ilaç kullanmaktaydı. Bu ilaçların %63,8' ini antihipertansifler, %22,5 ini ise diüretik antihipertansifler oluşturduğu görüldü. Kontrol grubunun %85' i hipertansiyon tedavisine yönelik ilaç kullanırken girişim grubunun %92,5' i hipertansiyon tedavisine yönelik ilaç kullanmaktadır ve iki grup arasında hipertansiyon tedavisine yönelik ilaç kullanma açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.2).

Kontrol grubunun %32,5' i egzersiz yaparken girişim grubunun %15' i egzersiz yaptığı bulundu. İki grup arasında egzersiz yapma açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.2).

Kontrol grubunun %12,5 i alkol kullanırken girişim grubunun %17,5 i alkol kullandığı görüldü. Alkol kullanma açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.2).

Kontrol grubunun %27,5 i sigara kullanırken girişim grubunun %32,5 i sigara kullandığı bulundu. İki grup arasında sigara kullanma açısından anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.2).

Kontrol grubunun, ilk ve son görüşmedeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark Tablo 6.3' de gösterildi.

Tablo 6.3. Kontrol Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Fark (n=40)

Kontrol Grubu	Ort.±SS.	(Min.	Maks.)	Anlamlılık
İlk Görüşme				
Hipertansiyon Bilgi	16,05 ± 3,10	(7,00	- 21,00)	
Düzey Ölçeği Puanı				t = 3,992
Son Görüşme				p=0,000***
Hipertansiyon Bilgi	17,90 ± 2,38	(9,00	- 21,00)	
Düzey Ölçeği Puanı				

Not: ***p<0,001

Kontrol grubunun ilk görüşme Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalaması 16,05 ± 3,10 iken, son görüşme Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalaması 17,90 ± 2,38 olup iki görüşme arasında Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulundu (p<0,001), (Tablo 6.3).

Girişim grubunun ilk ve son görüşmedeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamaları arasındaki fark Tablo 6.4' de gösterildi.

Tablo 6.4. Girişim Grubunun İlk ve Son Görüşmedeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki Fark (n=40)

Girişim grubu	Ort±SS.	(Min.- Maks.)	Anlamlılık
İlk görüşme			
Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği Puanı	17,30 ± 2,74	(9,00 - 21,00)	t = 5,120 p = 0,000***
Son görüşme			
Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği Puanı	19,30 ± 1,73	(15,00 - 22,00)	

Not: ***p<0,001

Girişim grubunun ilk görüşme Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanı ortalaması 17,30±2,74 iken son görüşme Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanı ortalaması 19,30±1,73 olup iki görüşme arasında Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulundu (p<0,001), (Tablo 6.4).

Kontrol ve girişim grupları arasında ilk ve son görüşmelerdeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamaları açısından farklar Tablo 6.5.' de gösterildi.

Tablo 6.5. Kontrol ve Girişim Grupları Arasında İlk ve Son Görüşmelerdeki Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği Puan Ortalamaları Farkı (n=80)

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği	Kontrol grubu (n=40)	Girişim grubu (n=40)	
Puan Ortalamaları	Ort ±SS	Ort ±SS	Anlamlılık
İlk görüşme	16,05 ± 3,10	17,30 ± 2,74	t = 1,913 p = 0,059
Son görüşme	17,90 ± 2,38	19,30 ± 1,73	t = 3,008 p = 0,004**
Anlamlılık	t = 3,992 p = 0,000***	t = 5,120 p = 0,000***	
Not: **p<0,01 ve ***p< 0,001			

İlk görüşmede Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puan ortalamaları açısından kontrol grubu ve girişim grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), son görüşmede iki grup arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,001$), (Tablo 6.5).

Kontrol ve girişim grupları arasında ilk ve son görüşmede ölçülen kan basıncı düzeyleri ve arasındaki fark Tablo 6.6 'da gösterildi.

Tablo 6.6. Kontrol ve Girişim Gruplarında İlk ve Son Görüşmede Ölçülen Kan Basıncı Düzeyleri ve Farkı (n=80)

Kontrol grubu		Girişim grubu	
Kan Basıncı (n=40)		(n=40)	
	Ort ±SS	Ort ±SS	Anlamlılık
İlk görüşme			
Sistolik KP	133,65 ± 13,49	132,65 ± 13,31	t = 0,333 p = 0,740
Son görüşme			
Sistolik KP	133,27 ± 10,57	132,12 ± 10,28	t = 0,804 p = 0,623
Anlamlılık	t = 0,272 p = 0,787	t = 0,243 p = 0,809	
İlk görüşme			
Diyastol KP	77,25 ± 7,71	75,72 ± 8,54	t = 0,838 p = 0,405
Son görüşme			
Diyastolik KP	77,25 ± 7,71	75,72 ± 8,54	t = 0,909 p = 0,405
Anlamlılık	t = 1,839 p = 0,073	t = 0,016 p = 0,987	

Kontrol grubunun ilk ve son görüşmede ölçülen sistolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Girişim grubunun ilk ve son görüşmede ölçülen sistolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Ayrıca, ilk ve son görüşmede ölçülen sistolik kan basınçları açısından iki grup arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.6).

Kontrol grubunun ilk ve son görüşmede ölçülen diyastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Girişim grubunun da ilk ve son görüşmede ölçülen diyastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Aynı zamanda, ilk ve son görüşmede ölçülen diyastolik kan basınçları açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.6).

İlk ve son görüşmelerde, kontrol ve girişim grupları arasında alışkanlıklara ilişkin değişkenler açısından farklar Tablo 6.7’ de bildirildi.



Tablo 6.7. İlk ve Son Görüşmelerde, Kontrol ve Girişim Grupları Arasında Alışkanlıklara İlişkin Değişkenler Açısından Farklar (n=80)

Alışkanlıklar	Kontrol	Girişim	Anlamlılık	
	grubu(n=40)	grubu(n=40)		
	Ort ± SS	Ort ± SS		
Diyet Yapma				
İlk görüşme	2,26 ± 1,48	2,43 ± 1,36	t = 0,718	p = 0,475
Son görüşme	2,54 ± 1,31	3,22 ± 1,03	t =2,669	p =0,009**
Anlamlılık	t = 1,358 p = 0,182	t = 3,462 p = 0,001**		
Egzersiz Yapma				
İlk görüşme	0,48 ± 0,75	0,18 ± 0,44	t = 2,172	p = 0,33 t
Son görüşme	0,33 ± 0,73	0,35 ± 0,73	= 0,153	p= 0,879
Anlamlılık	t = 1,525 p = 0,135	t = 2,014 p = 0,051		
Alkol Kullanma				
İlk görüşme	0,33 ± 0,88	0,43 ± 0,98	t = 0,477	p = 0,635
Son görüşme	0,35 ± 0,94	0,30 ± 0,91	t = 0,240	p = 0,811
Anlamlılık	t = 0,274 p = 0,785	t =1,302 p = 0,200		
Sigara Kullanma				
İlk görüşme	0,90 ± 1,66 0,88	0,80 ± 1,48	t = 0,426	p = 0,672 t
Son görüşme	± 1,48	0,60 ± 1,23	= 0,407	p = 0,685
Anlamlılık	t = 0,190 p = 0,850	t = 2,243 p = 0,031*		

Not: * p<0,05 ve **p<0,01.

Kontrol grubunda, diyet yapma durumları açısından ilk ve son görüşme arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda, diyet yapma durumları açısından ilk ve son görüşme arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). İlk görüşmede, kontrol ve girişim grupları arasında diyet yapma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), son görüşmede kontrol ve girişim grupları arasında diyet yapma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,01$), (Tablo 6.7).

Kontrol ve girişim gruplarında, ilk ve son görüşmeler arasında egzersiz yapma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol ve girişim grupları arasında ilk ve son görüşmelerde egzersiz yapma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.7).

Kontrol ve girişim gruplarında, ilk ve son görüşmeler arasında alkol kullanma miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol ve girişim grupları arasında ilk ve son görüşmelerde alkol kullanma miktarı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 6.7).

Kontrol ve girişim gruplarında, ilk ve son görüşmeler arasında sigara kullanma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Kontrol grubunda, ilk ve son görüşme arasında sigara kullanma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$), girişim grubunda ilk ve son görüşme arasında sigara kullanma durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$), (Tablo 6.7).

7. TARTIŞMA

Hemşire tarafından verilen eğitimin hipertansiyonlu hastalarda kan basıncı kontrolü ve hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada, 40 hipertansiyonlu hasta kontrol grubunu, hipertansiyon hakkında eğitim yapılan 40 hipertansiyonlu hasta ise girişim grubunu oluşturdu. İki grup arasında cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu açısından anlamlı fark bulunmazken girişim grubuna göre kontrol grubunun yaş ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu. Girişim grubunun yaş ortalamasının daha düşük olması hipertansiyon hakkında verilen eğitimi olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Buna ilaveten cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumu açısından iki grubun benzer olması nedeniyle hastaların homojen dağılması ve yapılan eğitimin etkinliğini göstermesi açısından önemlidir.

Hipertansiyon primer bir hastalık olabildiği gibi başka kronik hastalıklara sekonder olarak ortaya çıkabilmektedir. Önder ve arkadaşları diyabet hastalığının genellikle hipertansiyonla birlikte görüldüğünü ifade etmiştir (Önder ve Özerkan 2000).

Yapılan bu çalışmada hipertansiyona ek olarak kanser, diyabet gibi başka hastalıkların olması ve antihipertansif ilaç kullanma açısından iki grup arasında fark bulunmadı. Buna göre, iki grupta ek hastalık varlığının benzer olması verilen eğitimi olumsuz etkilemeyeceği düşünülmektedir.

Hipertansiyon tedavisinde non farmakolojik ve farmakolojik olmak üzere iki tip tedavi yaklaşımı bulunmaktadır. Non farmakolojik yaklaşımda yaşam biçimi değişiklikleri hedeflenmektedir (Soydan 2000). Farmakolojik tedavide ise diüretikler, beta blokerler, ACE inhibitörleri, kalsiyum antagonistleri, alfa blokerler ve anjiotensinin II reseptör blokerleri gibi ilaç grupları kullanılmaktadır (Özkara ve ark. 2008; Günal and Günal 2010).

Yapılan bu çalışmada, kontrol ve girişim grubunda kullanılan antihipertansif ilaç tedavisinin benzer olduğu görülmektedir.

Non farmakolojik yaklaşımlar arasında diyet tedavisi, egzersiz, sigaranın ve alkol tüketiminin bırakılması gibi yaşam biçimi değişiklikleri yer almaktadır (Soydan 2000).

Fazla tuz tüketimi hipertansiyonun en önemli nedenlerindendir. Hipertansiyon ise ölümlerin ve hastalık yükünün en önemli nedeni olan kalp hastalıklarının önde gelen risk faktörlerindendir (Çınar ve Erciyes 2014). Bu nedenle diyet yapılması gereken önemli yaşam biçimi değişikliklerinden biridir.

Yapılan bu çalışmada, ilk görüşme kontrol ve girişim grubunun diyet yapma durumlarının benzer olduğu, son görüşmede ise kontrol grubuna göre girişim grubunun daha fazla diyet yaptıkları görülmektedir. Buna göre, hipertansiyon hakkında eğitim yapılan hastaların diyet önerilerini daha kolay anladıkları ve uyguladıkları söylenebilir.

Literatürde, eğitimin diyet uyumuna etkisi ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Aygün ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada hipertansiyonu olan bireylerin sağlıklı bireylere göre besinlerdeki tuz miktarına ilişkin bilgi düzeyleri daha iyi olmasına rağmen uyumsuzluk oranı her iki grupta da oldukça yüksek olduğu bulunmuştur (Aygün, Yavuz, Aygün ve Yıldırım 2015). Atan ve Yılmaz (2016) yaptıkları bir araştırmada az ve sık yemek yiyen, ağır ve yağlı yiyeceklerden uzak duran, tuzsuz yemeğe özen gösteren, zararlı alışkanlıklardan uzak duran hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Atan ve Yılmaz 2016). Ozpancar ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, hipertansiyonu olan hastalara vaka yönetimi tekniği ile verilen eğitimde diyet ve tuz kısıtlamalarına uyumlarının yetersiz olduğu bulunmuştur (Ozpancar, Cinar Pakyuz and Topcu 2017).

Düzenli egzersiz kullanılan ilaç dozunu azaltmaya ve ilaç gereksiniminin ortadan kaldırılmasına, kalp hastalıklarına yakalanma riskinin azaltılmasına yardımcı olur. Araştırmalar düzenli egzersizin hafif ve orta derecede hipertansiyonda ortalama 10mmHg düşürdüğünü göstermektedir (Sağlam ve ark. 2008).

İlk ve son görüşmede egzersiz yapma süresi açısından iki grup benzer bulundu. Bu durum, egzersiz yapma alışkanlığını kazandırmanın zor olduğunu, bunun için daha fazla zamana ihtiyaç olduğunu ve sürekli takip gerektirdiğini göstermektedir.

Irmak ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada ise hipertansiyonlu hastalara verilen eğitim sonrası hastaların egzersiz yapma durumunda artış olduğu bulunmuştur (Irmak ve ark. 2007). İki çalışma sonuçlarının farklı olmasının nedeni, Irmak ve arkadaşlarının hipertansiyonlu hastaları altı ay gibi daha uzun süre izlenmesinden kaynaklanabilir.

Sigara ve alkol kullanımı kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon açısından obeziteden sonra en önemli risk faktörüdür (Sağlam ve ark. 2008). İlk ve son görüşmede, iki grupta da alkol kullanımının benzer olduğu görülmektedir. Buna göre, hipertansiyonlu hastalara verilen eğitimin alkol kullanma miktarında etkisi olmadığı söylenebilir. Bunun nedeni, iki grupta da alkol kullanan hasta sayısının ve kullanılan alkol miktarının az olmasından kaynaklanabilir.

Durmaz ve Arslan (2017) yaptığı çalışmada alkol tüketimi günde iki kadehten fazla olan bireylerin hipertansiyon oranının hiç alkol almayan bireylerden bir buçuk iki kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (Durmaz ve Arslan 2017).

İlk ve son görüşmede, iki grupta sigara kullanımının benzer olduğu ancak son görüşmede girişim grubunda günlük sigara kullanım miktarında anlamlı azalma olduğu görülmektedir. Buna göre, hipertansiyonlu hastalara verilen eğitimin sigara kullanma miktarında anlamlı etkisi olduğu söylenebilir.

Bu çalışma bulgularının aksine Irmak ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, eğitim programı sonrası hipertansiyonlu hastaların sigara içme durumlarında değişiklik olmadığı bildirilmiştir (Irmak ve ark. 2007).

Eğitim bireyin davranışlarında değişiklik meydana getirme sürecidir. Davranışsal değişikliklerin yaşama geçirilmesi ve kalıcı olabilmesi için bireylere hemşire tarafından verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sürekli olması önemli bir yer tutar (Taş 2013). Hipertansiyonlu hastalar kan basıncının kontrol altına alınabilmesi

için eğitime ve rehberliğe ihtiyaç duymaktadır (Oakeshott et al. 2003; Schroeder et al. 2005; Hacıhasanoğlu 2009).

Yapılan bu çalışmada, ilk görüşmede, kontrol ve girişim grubunda Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği puanları benzer bulunsada son görüşmede, kontrol grubuna göre eğitim verilen girişim grubunun Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçek puanları daha yüksek bulundu. Buna göre, hemşire tarafından hipertansiyon hakkında verilen eğitimin, hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyini arttırmada etkili olduğu söylenebilir. Buna göre, H₁ hipotezi kabul edilmektedir.

Yapılan çalışmada, ilk görüşmeye göre son görüşmede, girişim grubu yanı sıra kontrol grubunda da Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği puanlarının anlamlı olarak arttığı görülmektedir. Buna göre, hastaların, eğitim verilmese bile bir sağlık çalışanıyla hastalığı hakkında görüşme yapmasının farkındalığı arttırdığı söylenebilir.

Hipertansiyonlu hastalarda verilen eğitimin amacı, kan basıncı kontrolünü ve hastanın tedaviye uyumunu sağlamaktır (Schroeder et al. 2005). Hipertansiyonlu hastalar kendi hastalıklarıyla ilgili bilgi sahibi olduklarında, kendi sağlıklarıyla ilgili sorumluluk sahibi olduklarında ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uyguladıkları zaman kan basıncı düzeylerinde azalma görülebilmektedir. Bu nedenle hastalar hastalıkları hakkında ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda her fırsatta bilgilendirilmelidir (Çınar ve Erciyes 2014).

Yapılan çalışmada, ilk ve son görüşmelerde ölçülen kan basınçları incelendiğinde sistolik ve diyastolik kan basınçlarını kontrol ve girişim gruplarında benzer düzeyde olduğu görülmektedir. Bunun nedeni, eğitimin bir kez verilmesi ve uzun süreli takip yapılmamasından kaynaklanabilir.

Bu çalışma sonuçlarının aksine yapılan diğer çalışmalarda, eğitim yapılan hastalarda kan basıncı kontrolünün daha iyi sağlandığı gösterilmiştir. Vaka yönetimi tekniği ile eğitim verilen ve takip edilen hipertansiyonlu hastaların kan basınçlarında anlamlı azalma sağlanabilmiştir (Özpancar ve Çınar Pakyüz 2013). Yapılan başka bir çalışmada da hemşirelerin hipertansiyon risk faktörlerini azaltmak ve tedaviye uyumu arttırmaya yönelik hipertansiyonlu hastalarla yapılan görüşmeler sonrasında, kan basıncı kontrolünün daha iyi sağlandığını bildirmiştir (Aminoff and Kjellgren 2001).

Lenung ve arkadaşlarının (2005) yaptığı bir çalışmada, hemşirelerin hipertansiyonlu hastalara verdikleri sağlık eğitimi sonrası bilgi düzeylerinin arttığı, ailelerine ve kendi sağlıklarına faydalı olacak yaşam biçimi davranışları kazandıkları belirlenmiştir (Leung et al. 2005).



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşire tarafından verilen eğitimin hipertansiyonlu hastalarda kan basıncı kontrolü ve hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyine etkisi olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada;

- İlk ve son görüşmelerde, ölçülen sistolik ve diyastolik kan basınçlarının kontrol ve girişim gruplarında benzer düzeyde olduğu,
- Diyet ve egzersiz yapma, alkol ve sigara kullanma açısından kontrol grubunda ilk ve son görüşmeler arasında anlamlı fark bulunmazken, girişim grubunda diyet yapan hasta sayısında artma ve kullanılan sigara miktarında azalma olduğu,
- İlk görüşmede, kontrol ve girişim grubunda Hipertansiyon Bilgi Düzeyi Ölçeği puanları benzer olduğu,
- Son görüşmede, kontrol grubuna göre eğitim verilen girişim grubunun Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçek puanları daha yüksek olduğu belirlendi. Buna göre H_1 hipotezi kabul edilmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; Hemşire tarafından hipertansiyonlu hastalara verilen eğitimin kan basıncına kontrolünde etkili olmadığı ancak hipertansiyon bilgi düzeyini arttırmada etkili olduğu söylenebilir. Kan basıncı kontrolünün sağlanabilmesi için verilen bu eğitimin belirli sürelerle tekrarlanması ve devamlılığının sağlanması önerilebilir.

9. KAYNAKLAR

Altun B, Arici M, Nergizoglu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç et al. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent study) in 2003. Journal of hypertension. 2005; 23(10): 1817-23.

Aminoff UB and Kjellgren KI. The nurse-a resource in hypertension care. Journal of Advanced Nursing. 2001; 35(4), 582-589.

Arıcı M. Genç Hipertansif Hasta: Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. İç hastalıkları dergisi 2003;10(1) :29-35.

Arici M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç ve ark . Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. Journal Of Hypertension. 2005 23(10):1817-1823.

Atan G, Yılmaz KE. Esansiyel hipertansiyonu olan hastaların yaşam biçimi, yaşam kalitesi ve tedaviye uyumunun incelenmesi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi. 2016; 8 (1):17-25.

Aygün O, Yavuz S, Aygün K, Yıldırım E. Besinlerin tuz içeriklerini bilme ile bu besinleri tüketme arasındaki uyumluluk: Hipertansiyon hastalarında uyum daha mı fazla? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015; 19(4): 170-178

Badır A. Hipertansiyon İçinde: Karadokovan A, Eti Aslan F, eds. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi Yayın Dağıtım ve Pazarlama Ltd. Şti., Ankara; 2014, s: 657-679.

Demir M. Dirençli hipertansiyon. Genel Tıp Dergisi. 2009; 19 (3): 145-150.

Durmaz C, Arslan P. Toplumda hipertansiyon ve kan basıncını etkileyen etmenler. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2017; 45(3): 278-286.

Efe D, Akça NK, Kiper S, Aydın G, Gümüş K. Hipertansiyonu olan bireylerin kan basıncını düşürmeye yönelik kullandıkları destekleyici yöntemler. Spatula DD. 2012; 2:207-12.

Erciyes Y, Çınar S. Hipertansiyonlu hastalarda hemşire tarafından verilen eğitimin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin değerlendirilmesi. Diyabet Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Formu Dergisi. 2014; 6(8): 46-57.

Giuseppe M, Robert F, Krzysztof N, Jodep R. , Alberto Z. , Michael B. , Thierry C., Renata C. , Guy De B. , Anna D. , Maurizio G. , Diederick E. G. , Tiny J. , Paulus K. , , Sverre E. K. , Ste'phane L. , Athanasios J. S. , Per Anton S. , Peter S. , Margus V. , Bernard W. , Faiez Z. , "2013 ESH/ESC Arteriyel Hipertansiyon Kılavuzu" Türk Kardiyol Dern Arş 2014, Suppl. 4

Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon tanısı almış hastaların algıladıkları yaşam kalitesi düzeyinin ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. Güllhane Tıp Dergisi. 2008;50:172-9.

Gül. H, Diuretics Use In Treatment Of Hypertension. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci 2007; 3(18):17-7

Günel S, Günel A. Antihipertansif ilaç kullanımına rağmen başarısız kan basıncı kontrolünü etkileyen nedenler. Ege Tıp Dergisi. 2010;49(1):13-8.

Hacıhasanoğlu R, Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler.TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009; 8(2): 167-172.

Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyon yönetiminde hemşirenin sorumlulukları. 2009; cilt:4, sayı:12, ss:153-164.

Irmak Z., Düzöz G.T., Bozyer İ., Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2007;14(2):039-47.

Kyngas H, Lahdenpera T. Compliance of patients with hypertension and associated factors. Journal of Advanced Nursing 1999; 29(4): 832-839.

Leung, CM., Ho, GKH., Foong, M. et al. (2005). “Small-group hypertension health education programme:a process outcome evaluation”, Journal of Advanced Nursing, 52(6): 631-639.

Oaskesshot P., Kerry S., Austin A., Cappuccio F., Is there a role for nurse-led blood pressure management in primary care? Family Practice 2003 20 (4):469–473

Oliveria SA, Chen RS, McCarthy BD, Davis CC, Pharma D, Hill MN. Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. J Gen Intern Med 2005;20: 219-225.

Onat A, Can G., Prof. Dr.Yüksel H., Prof. Dr. Ademoğlu E., Prof. Dr.Erginel N., Doç.Kaya A., Yard. Doç. Dr. Altay S. ; Tıp Dünyasının Kronik Hastalıklara Yaklaşımına Öncülük TEKHARF çalışması. Logos Yayıncılık İstanbul ;2017, Sf:104-110

Ozpancar N, Cinar Pakyuz S, Topcu B. Hypertension management: what is the role of case management? Rev Esc Enferm USP. 2017; 51:1-9.

Öksüz E. Hipertansiyonda klinik değerlendirme ve ilaç dışı tedavi. Sted. 2004;13(3):99-104

Önder M., Özerkan F. ,Diyabet ve Hipertansiyon. Türkiye Klinikleri J Cardiol 2000;13(5):401-3

Öngen Z. Çözümü zor bir toplumsal sorun: hipertansiyon. Klinik Gelişim 2005; 18: 4-7.

Özkara A, Turgut F, Selçoki Y, Kanbay M, Karakurt F, Tekin O. Hipertansiyon hastalarının ilaçlarına ve sağlık merkezlerine uyumları. Yeni Tıp Dergisi. 2008;25(2):97-101.

Özpancar N ve Çınar Pakyüz S. Hipertansiyonu olan hastalarda vaka yönetiminin beden kitle indeksi ve kan basıncına etkisi. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Formu. 2013; 5(2):46-60.

Özpancar N. Hipertansiyonda kanıta dayalı bakım uygulamaları. Turkish Journal of Cardiovascular Nursing. 2016; 7(1): 2-11.

Sağlam M, Güçlü M, İnce D, Savcı S, Arıkan H. Hipertansiyon ve Egzersiz. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Kitabı. 2008, Sağlık bakanlığı yayını no:730. Klasmat matbaacılık S:9

Schroeder K, Fahey T, Hollinghurst S and Peters TJ. Nurse-led adherence support in hypertension: a randomized controlled trial. Family Practice. 2005; 22: 144–151

Soydan İ. Hipertansiyon tedavisinde yaşam biçimi değişiklikleri. Türkiye Klinikleri Journal of Cardiology. 2000; 13(5): 357-359.

Şendur MAN, Güven GS. Güncel kılavuzlar eşliğinde hipertansiyon tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi. 2011; 42: 53-64.

Taş F. Hipertansiyonda farkındalık ve hemşirenin rolü. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(6): 729-734.

Tekin G. Sistemik hipertansiyonun güncel tanı ve tedavisi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Ankara, Turkey. Çukurova Üniversitesi Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. Archives Medical Review Journal. 2016; 25(2): 164-180.

Yorgun H, Kabakçı G. Yaşlılarda hipertansiyonun tanı ve tedavisi. Turkish Journal of Geriatrics. 2010; 2:5-12.

Zungur M., Yıldız A. Hipertansif hastaya yaklaşım. Sted. 2004; 13(8): 297-303.

YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
26.08.2014	22	22

Karar 6- Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek lisans öğrencisi Esra ŞENTÜRK'ün "Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncını ve Bilgi Dizeyini Etkiler mi?" başlıklı Tez Konusunun Etik Kurul Onayı alınması kaydı ile kabulüne **OY BİRLİĞİ** ile Karar verildi.

İmza Prof. Dr. İbrahim TUĞLU Enstitü Müdürü		
imza Doç. Dr. Enis CEZAYİRLİ Müdür Yardımcısı	imza Doç. Dr. Kamil VURAL Müdür Yardımcısı	imza Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
(Raporlu) Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye	imza Doç. Dr. Mehmet GÖRAL Üye	
imza Özcan GERÇEKER Enstitü Sekreteri Raportör		

Aslı Gibidir
13/06/2019

Aynur PALAMUTÇUOĞLU
Enstitü Sekreteri



EK-2

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	02/12/2015 / 20478486 - 402						
ARAŞTIRMANIN ADI	Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncını ve Bilgi Düzeyini Etkiler mi?						
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ - C.B.Ü. İç Hastalıkları Hemşireliği AD						
ARAŞTIRMA EKİBİ	Hemşire Esra ŞENTÜRK BİLİR						
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ ☐		YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ ☒		AKADEMİK AMAÇLI ☐		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	20 / 10 / 2015 / Tarih ve 337 sayılı; araştırma dosyası						
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma dosyası incelenmiş, bilimsel ve etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir						
Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı		Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	—	☐	☒	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	W—f	☐	☐
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	—	☐	☒	Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	SA—	☐	☐
Prof. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	HA—	☐	☐	Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	RA—	☐	☐
Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	P. W—	☐	☐	Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	—	☐	☒
Doç. Dr. Murat TAŞ BESYO	MA—	☐	☐	Prof. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	—	☐	☒
Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	—	☐	☐	Doç. Dr. Beyhan Cengiz ÖZYURT Halk Sağlığı AD	—	☐	☐
Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	—	☐	☐	Doç. Dr. Kamil VURAL Farmakoloji	—	☐	☒
Yrd. Doç. Dr. Ayşen TÜREDİ YILDIRIM - Çocuk Hematolojisi	—	☐	☐	Yrd. Doç. Dr. Tanık ULUÇAY - Adli Tıp AD	—	☐	☐
Sivil Üye	—	☐	☒	—	—	☐	☒
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim. Doç. Dr. Peyker TEMİZ Başkan							

EK-3-



MANİSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : 54532031 / 770/

KONU : Araştırma Başvurusu
(Esra ŞENTÜRK BİLİR)T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)MANİSA HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ - MANİSA HSM
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMA ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ
08 03 2016 16:57 - 54532031 - 772-99 - E.152

00320393414

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE
MANİSA

- İlgi: a) 27.02.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ve ekleri.
b) 08.05.2015 tarih ve 291 sayılı ön onay yazımız.

Üniversiteniz Manisa Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde görevli Yrd. Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'ün sorumluluğunda yüksek lisans öğrencisi Esra ŞENTÜRK BİLİR tarafından yürütülecek olan "Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncını ve Bilgi Düzeyini Etkiler mi?" başlıklı araştırma izin talebi, "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" tarafından değerlendirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından 30.12.2015 tarih ve 716 sayılı "Araştırma İzin Talepleri" konulu yazı ve ekinde "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" ve "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Başvuru ve Değerlendirme Mercii" konulu yazılarda dikkat edilmesi gereken hususlar belirtilmiştir.

Bu kapsamda;

Madde-3 "Araştırma izin taleplerine ilişkin başvuruların; mevzuat, mesleki etik kuralları, ulusal-uluslararası bildirgeler ile etik değer ve ilkeler göz önünde bulundurularak değerlendirilmeleri yapılacak olup, bu hususlara uygun olmayan araştırma talepleri kabul edilmeyecek, uygun bulunduğu halde araştırmanın yürütülmesi esnasında söz konusu hususların ihlalinin tespiti halinde araştırmalar durdurularak ve ilgililere bilgi verilmesi gerekmektedir."

Madde-5 "Aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili verilerin, kişilerin veya yasal temsilcilerinin izni olmaksızın paylaşılmasına yönelik talepler kabul edilmeyecektir."

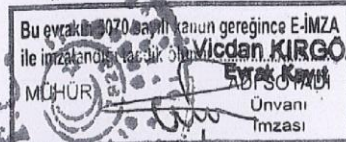
Madde-6 "Aile sağlığı merkezlerinde (ASM) yapılacak çalışmalarda;

- Aile hekimleri ile aile sağlığı elemanlarının onayı çerçevesinde, ASM'nin işleyişi ve güvenilirliğine zarar verilmeksizin ve mesai saatleri içerisinde, sunulan hizmetlerin aksatılmasına sebep olmaksızın bizzat araştırma ekibi tarafından yürütülmesi,
- ASM'ye kayıtlı kişilerin araştırma yapan ekibe yönlendirilmesi gibi taleplerde bulunulmaması gerekmektedir.

Yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamlarının alınması koşuluyla Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Esas Teşkil Eden Kriterler çerçevesinde değerlendirmeler yapılarak araştırma izin talebiniz uygun bulunmuştur.

Çalışma tamamlandığında araştırmaya katılmayı kabul eden kişilerin yazılı onamları ile araştırma sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurum Başkanlığına iletilmek üzere Müdürlüğümüze gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Ziya TAY
Halk Sağlığı Müdürü

EKLER:

-Komisyon Tutanağı (1 sayfa)

Halk Sağlığı Müdürlüğü Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürlüğü İrtibat:Hacer ŞAHİN
Tel:0 236 231 1904/143-181 FAX:0.236.231 4993 e-posta: hsm45.ahu@saglik.gov.tr

İL ARAŞTIRMA TALEPLERİNİ DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı tarafından 23.08.2013 tarih ve 2013.5679.86761 sayılı "Araştırma Talepleri" konulu yazı ve ekinde belirtilen koşullar çerçevesinde araştırma taleplerinin Halk Sağlığı Müdürlüklerince de değerlendirilebileceği belirtilmiştir.

Buna istinaden, İl Halk Sağlığı Müdürlüğümüz bünyesinde Makam Oluru ile "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" oluşturulmuştur.

"Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin/Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler" çerçevesinde, başvurusu yapılan araştırma talepleri, 04.05.2015 tarihinde saat 15:00'de Komisyonumuzca değerlendirilmiştir.

Yapılan değerlendirmeye göre;

1. 19.02.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Manisa Halk Sağlığı Müdürlüğü Yunusemre Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı Uz.Dr.Ümit ATMAN tarafından yürütülecek olan "Manisa'da 1.Basamak Sağlık Hizmeti Alan Bireylerin Şiddet Konusundaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.
2. 27.04.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Dokuz Eylül Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Yücel DEMİRAL'ın sorumluluğunda Manisa ilinde yürütülecek olan, "Kopenhag Psikososyal Risk Değerlendirme Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.
3. 09.04.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Celal BAYAR Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda görevli Doç. Dr. Özden DEDELİ'nin sorumluluğunda Manisa ilinde yürütülecek olan, "Manisa Merkezde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Fekal İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırma başvurusu uygun bulunmuş olup, Komisyonca izin verilmiştir.
4. 27.04.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Celal BAYAR Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda görevli Doç. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ'ün sorumluluğunda Manisa ilinde yürütülecek olan, "Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncını ve Bilgi Düzeyini Etkiler mi?" başlıklı araştırma başvurusu değerlendirilerek etik kurul için gerekli olan ön onay verilmiştir. Etik kurul onay belgesinin sunulmasının ardından çalışmasına başlaması uygun görülmektedir.
5. 10.04.2015 tarihli araştırma başvuru dilekçesi ile başvuru yapan Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalında görevli Prof. Dr. Meltem ÇİÇEKLİOĞLU'nun sorumluluğunda Manisa ilinde yürütülecek olan, "Manisa İli Şehzadeler ve Yunusemre Toplum Sağlığı Merkezlerinde Çalışanlara Verilecek İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırma başvurusu değerlendirilerek etik kurul için gerekli olan ön onay verilmiştir. Etik kurul onay belgesinin sunulmasının ardından çalışmasına başlaması uygun görülmektedir.

Yukarıda belirtilen araştırmalara ait başvuru formları ve ekli belgeler incelenmiş, araştırmaların gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir. İş bu tutanak imza altına alınmıştır.

Dr. Osman ÖZTÜRK
Başkan

Dr. Ayla M. PGİRAY
Üye

Uz. Dr. Gonca ATASOYLU
Üye

Dr. Tolga ÖVAYURT
Üye

HİPERTANSİYONLU HASTALARDA HEMŞİRE TARAFINDAN VERİLEN EĞİTİM KAN BASINCI VE BİLGİ DÜZEYİNİ ETKİLER Mİ?

Anket No:.....

SOSYO-DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLER

1. Yaşı:.....
2. Cinsiyeti: 1.Kadın 2.Erkek
3. Eğitim durumu: 1.Okur -Yazar Değil 2.Okur- Yazar
3.İlkokul Mezunu 4.Lise Mezunu 5.Üniversite
Mezunu 7.Diğer
4. Medeni durumu: 1.Bekar 2.Evli
3.Boşanmış/dul
5. Çalışma durumu: 1.Çalışıyor 2.Çalışmıyor
6. Çalışma statüsü: 1.Memur 2.Ev Hanımı 3.İşçi 4 .Emekli
5.Serbest Meslek 6.Diğer
7. Sosyal güvencesi: 1.Var 2.Yok

HASTALIK DURUMUNA İLİŞKİN DEĞİŞKENLER

8. Hipertansiyon (yüksek tansiyon) tanısı size ne zaman konuldu?
.....ay/yıl
9. Hipertansiyon(yüksek tansiyon) dışında başka bir hastalığınız var mı?
1.Evet 2. Hayır
10. Hipertansiyon dışında başka bir hastalığınız varsa belirtiniz.
1.KOAH 3.Astım
5.diğer.....

2.Diyabet

4.Kanser

11. Ailede hipertansiyonlu birey var mı?

1.Evet

2.Hayır

12. Ailede hipertansiyonlu birey varsa yakınlık derecesi nedir? (Lütfen herkesi dahil ediniz.)

1. .I.derece yakınım (annem,kardeşim)

2. II.derece yakınım (teyzem,halam,amcam,dayım)

3. III.derece yakınım (kuzenim,teyze-hala kızı-oğlu vs.)

13.Hipertansiyon(yüksek tansiyon) için ilaç kullanıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

14.Hipertansiyon için ilaç kullanıyorsanız ilaç isimleri nelerdir?

.....

15.Hipertansiyona (yüksek tansiyon) ilişkin diyet yapıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

16.Diyet yapıyorsanız içeriği nedir?

1.Az tuzlu

2.Tuzsuz

3.Az tuzlu/Sıvı kısıtlamalı

4.Tuzdan

ve

yağdan kısıtlı

5.Diğer.....

17.Egzersiz yapıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

18.Egzersiz yapıyorsanız egzersiz süresi ve sıklığı.....

19.Alkol kullanıyor musunuz?

1.Evet

2.Hayır

20.Alkol kullanıyorsanız miktarı.....gün/bardak

21.Sigara kullanıyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

22.Sigara kullanıyorsanız miktarı.....adet/gün

23.Sizce hipertansiyona(yüksek tansiyon) ilişkin belirti ve bulgular nelerdir?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐Baş ağrısı ☐Sinirlilik ☐Baş dönmesi ☐
☐Uykusuzluk ☐Kulak çınlaması/uğultusu ☐Görme kaybı ☐Bulanık görme
☐Böbrek yetmezliği ☐Bacaklarda şişlik ☐Çarpıntı ☐
☐Göğüs ağrısı ☐Nefes darlığı ☐Diğer.....

24.Evde kan basıncınızı ölçüyor/ölçtürüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

25.Evde kan basıncınızı ölçtürüyorsanız sıklığı nedir?

1.Her gün 2.Haftada bir kez 3.15günde bir 4.Ayda bir
5.Hipertansiyon belirtileri ortaya çıkınca 6.Sağlık kuruluşuna gittikçe 7.Yoğun stres yaşayınca 8.Diğer.....

26.Tansiyonunuzu ölçerken aşağıdakilerden hangilerine dikkat edersiniz?(birden fazla işaretleyebilirsiniz)

- ☐Giysinin altından ☐Dinlendikten sonra ☐Aynı tansiyon aleti ile
☐Aynı saatler ☐Hiçbirine dikkat etmiyorum

27.Kan basıncı kaç olursa yüksek tansiyon kabul edilir?.....

METABOLİK DEĞİŞKENLER

28.Kan basıncı:/.....mmHg

29.Nabız:/dk

30.BKI:kg/cm2 boy..... kilo.....

31.Ödem: Göz çevresi: 1.Var 2.Yok

Tibia: 1.Yok 2.+ 3.++ 4.+++ 5.++++

32.AKŞ:mEq/L

33.Na:mEq/L

34.K:mEq/L

35.Ca:mEq/L

36.Total kollersterol:

37.LDL:

38.HDL:

39.Trigliserid:

HİPERTANSİYON BİLGİ-DÜZEY ÖLÇEĞİ (HiB-DÖ)

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Küçük ya da büyük tansiyon yüksekliği yüksek tansiyondur.			
2. Küçük tansiyon yüksekliği de tansiyon yüksekliğini gösterir.			
3. Yüksek tansiyon yaşlanmanın normal bir parçasıdır, bu yüzden herhangi bir tedavi gerektirmez.			
4. İlaçlar yüksek tansiyon hastalarının tansiyonunu kontrol altında tutuyorsa yaşam biçimlerini değiştirmelerine gerek yoktur.			
5. Yüksek tansiyonu olanlar yaşam biçimlerini değiştirirlerse, ilaç almalarına gerek kalmaz.			
6. Yüksek tansiyon ilaçları kişinin kendisini iyi hissettiği şekilde alınmalıdır.			
7. Yüksek tansiyon ilacı her gün alınmalıdır.			
8. Yüksek tansiyonu olanlar sadece kendilerini hasta hissettiği zaman yüksek tansiyon ilaçlarını almalıdır.			
9. Yüksek tansiyonu olanlar ilaçlarını ömür boyu kullanmalıdır.			
10. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi yemek pişirme yöntemi kızartmadır.			

11. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi yemek pişirme yöntemi haşlama ve ızgaradır.			
12. Yüksek tansiyonu olanlar ilaçlarını düzenli kullandığı sürece istedikleri kadar tuzlu yiyebilirler.			
13. Yüksek tansiyonu olanlar, bol bol sebze ve meyve yemelidir.			
14. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi et çeşidi kırmızı ettir.			
15. Yüksek tansiyonu olanlar için en iyi et çeşidi beyaz ettir.			
16. Yüksek tansiyonu olanlar sigara içmemelidirler.			
17. Yüksek tansiyonu olanlar alkol alabilirler.			
18. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, inme nedeni olabilir.			
19. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, kalp krizi gibi kalp problemlerine yol açabilir.			
20. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, erken yaşta ölümlerin nedeni olabilir.			
21. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, böbrek yetmezliği nedeni olabilir.			
22. Tedavi edilmeyen yüksek tansiyon, görme bozukluğu nedeni olabilir.			

Ölçekte her doğru yanıtı 1 puan verilmektedir.

9 tane yanlış önerme bulunmaktadır. Yanlış önermeler: Madde 3,4,5,6,8,10,12,14,17 dir.

EK 6

Sayın ŞENTÜRK

Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeğini kullanabilirsiniz. Çalışmanızın sonuçlarından beni haberdar ederseniz sevinirim. İyi çalışmalar diliyorum.

Dr. Sultan BALIZ ERKOÇ

----- Özgün İleti -----

Kimden : esra_1076@hotmail.com

Kime : "S.baliz@mynet.com" <s.baliz@mynet.com>

Gönderme tarihi : 08 Kasım 2014 Cumartesi 17:05

Konu : İzin İstek

Merhaba Hocam:

Ben Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu İç Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans öğrencisiyim.

"Hemşire tarafından verilen eğitim, hipertansiyonlu hastalarda kan basıncını ve bilgi düzeyini etkiler mi?" başlıklı tezimde

Sizin geçerlilik ve güvenilirliğini yaptığınız "Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği"ni kullanabilir miyim?

İzninizi arz ederim.

Saygılarımla...

Esra Şentürk

ÇALIŞMANIN ADI : Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncını ve Bilgi Düzeyini Etkiler mi?

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağını çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneler sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Hemşire tarafından verilen eğitimin hipertansiyonlu hastalarda kan basıncı kontrolü ve hipertansiyon hakkındaki bilgi düzeyine etkisi olup olmadığını değerlendirmektir. Hemşire tarafından verilen eğitimin hipertansiyonlu hastalarda kan basıncına ve bilgi düzeyine olumlu etkisi saptanırsa, eğitimde konu edilen davranışların alışkanlık haline gelmesinin gerekliliği, hastanın yaşam kalitesini artırılması açısından önemli olduğu vurgulanacaktır. Hemşire tarafından verilen eğitimin hipertansiyonlu hastalarda kan basıncı ve bilgi düzeyine olumsuz etkileri saptanırsa eğitim içeriği geliştirilecektir.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Araştırmaya katılan bireylere herhangi bir işlem uygulanmayacaktır. Araştırmaya katılan bireylere 7 soru sosyo-demografik özellikleri, 20 soru hastalığa ilişkin özellikleri, 12

soru metabolik değişkenleri ve 22 soru hipertansiyon bilgi düzey ölçeğini içeren anket formu karşılıklı soru-cevap şeklinde araştırmacı Esra Şentürk Bilir tarafından doldurulacaktır.

Araştırmaya 40 kontrol 40 deney grubu olmak üzere 80 hipertansiyonlu hasta katılacaktır.

İlk görüşmede iki gruba da araştırma formları doldurulacaktır. İlk görüşmede kontrol grubuna eğitim verilmezken deney grubundaki hipertansiyonlu hatalara 8-10 kişilik gruplar halinde araştırmacı Esra Şentürk Bilir tarafından hazırlanan, hipertansiyon tanımını, hipertansiyon nedenlerini, hipertansiyon risk faktörlerini, hipertansiyon önemini, hipertansiyon tedavisini, diyet yaklaşımını ve hipertansiyonlu hastaların dikkat edilmesi gerekenleri içeren bir eğitim kitapçığı aracılığı ile bilgi verilecektir.

İki ay sonra yapılacak olan ikinci görüşmede tekrar formlar doldurularak değişiklikler kaydedilecektir. İkinci görüşmede bilgi alma hakkına saygı gereği kontrol grubuna da hipertansiyon hakkında eğitim yapılacak ve eğitim kitapçığı verilecektir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Hipertansiyon ve hipertansiyonla baş etme yöntemleri hakkında bilgi sahibi olunacaktır. Olumlu davranışların alışkanlık haline gelmesi sağlanacak, olumsuz davranışların yaşamınızdan çıkmasına yardımcı olunacaktır. Böylece hipertansiyonlu hastalar hipertansiyon konusunda bilinçlenip, yaşam kalitesi ve yaşam sürelerine olumlu etkileri olacaktır.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Sadece sosyo-demografik özellikler ve hastalığınıza ilişkin özellikler alınacak ve bu bilgilerin gizliliği araştırmacı tarafından sağlanacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Esra BİLİR: 05466292313

Çalışmaya Katılma Onayı

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve

yönetmeliği geçersiz kılmaz. Doktorum saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: Hemşire Tarafından Verilen Eğitim Hipertansiyonlu Hastalarda Kan Basıncını ve Bilgi Düzeyini Etkiler mi?

Tezime ilişkin 02/04/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %27' dir.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza
15.05.2019

Adı Soyadı : Esra BİLİR
Öğrenci No : 161380021
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Programı : İç Hastalıkları Hemşireliği

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR.
(Unvan, Ad Soyad, İmza)
Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ

Açıklamalar

1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.

2-Sayfa sayısı: 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)

3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.

Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (document title) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author's first name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author's last name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.

4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın süreçlenmesinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: - Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)

5-İsteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri şuraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir; aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süre gerektirecektir.

6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.

7- Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.

8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.

9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>

11.ÖZGEÇMİŞ

KİMLİK BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Esra Bilir
T.C. Kimlik No : 25373293712
Doğum Yeri : Manisa
Doğum Tarihi : 13.12.1990
Yabancı Dili, Seviyesi : İngilizce , orta seviye
Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı

ADRESLERİ VE TELEFON NUMARALARI

Cep : 0546 629 23 13
E-Posta : esra_1076@hotmail.com

AKADEMİK UNVANLARI (Üniversitesi, Fakültesi ve Tarihi)

Lisans : Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, 2008-2012
Yüksek Lisans : Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Anabilimdalı İç Hastalıkları Hemşireliği, 2015-2019