

**T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİYON HASTALARINDA KALP KRİZİ VE
İNME DEN KORUNMADA HEMŞİRELİK FAALİYETLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Svl. Yük. Hem. Damla BAYRAK

**HEMŞİRELİK PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**ANKARA
2013**

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**HİPERTANSİYON HASTALARINDA KALP KRİZİ VE
İNMEDEN KORUNMADA HEMŞİRELİK FAALİYETLERİNİN
BELİRLENMESİ**

Damla BAYRAK
Svl. Yük. Hem.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Programı İçin Öngördüğü
YÜKSEK LİSANS TEZİ
olarak hazırlanmıőtır

TEZ DANIŞMANI
Doç. Sağ. Alb. Nuran TOSUN

Ankara
2013

GATA Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne,

“Hipertansiyon Hastalarında Kalp Krizi ve İnmeden Korunmada Hemşirelik Faaliyetlerinin Belirlenmesi” konulu bu çalışma Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Sağ.Alb.Nuran TOSUN



Üye : Prof.Tbp.Alb.Bayram KOÇ



Üye: : Yrd.Doç.Dr.Sağ.Alb.Dilek YILDIZ



Üye: : Doç.Dr.Sağ.Alb.Hatice ÇIÇEK



Üye: : Doç.Dr.Sağ.Yb.Belgüzar KARA



ONAY:

Svl.Me.Hem.Damla BAYRAK'ın 10/06/2013 tarihinde savunduğu bu tez Akademi Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.



Ufuk DEMİRKILIÇ
Prof.Tbp.Tuğgeneral
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca değerli bilgi ve tecrübeleri ışığında desteğini her zaman yanımda hissettiğim, GATA Hemşirelik Yüksekokulu Müdürü Sayın Prof.Sağ.Alb. Nalan AKBAYRAK’a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmamı yürüttüğüm süre zarfında her türlü yardım ve desteğini esirgemeyen İç Hastalıkları Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof.Tbp.Alb. Kenan SAĞLAM’a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimim süresince her zaman yanımda olan ve desteğini her zaman hissettiğim İç Hastalıkları Bilim Dalı Sorumlu Hemşiresi Sayın Sağ.Bnb. Naciye OĞUZ’a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans eğitimine dahil olduğum günden beri tez danışmanım olarak bilgi ve deneyimleriyle beni her zaman aydınlatan, eğitim sürecimin ve tezimin her aşamasında beni sabırla ve anlayışla yetiştiren, desteğini ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen, sabrına, bilgisine, tecrübesine ve profesyonel kişiliğine hayran olduğum GATA Hemşirelik Yüksek Okulu Müdür Yardımcısı değerli hocam Sayın Doç.Sağ.Alb. Nuran TOSUN’a saygı ve şükranlarımı sunarım.

Damla BAYRAK

Svl.Yük.Hem.

ÖZET

Damla BAYRAK, Hipertansiyon Hastalarında Kalp Krizi ve İnmeden Korunmada Hemşirelik Faaliyetlerinin Belirlenmesi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, 2013.

Bu çalışma hipertansiyon hastalarında kalp krizi ve inmeden korunmada, hastaların bilgi eksikliklerinin ve eğitim-danışmanlık gereksinimi duydukları konuların saptanarak, elde edilen veriler doğrultusunda uygun hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir araştırma olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırma, Kasım 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında, GATA İç Hastalıkları BD. poliklinik ve kliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 234 hipertansiyon hastası oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında; literatür taraması yapılarak ve güncel kılavuzlardan yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen, hipertansiyon hastalarının sosyo-demografik/tıbbi özellikleri, kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri konusundaki bilgilerini belirlemeye yönelik veri toplama formları kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde; sayımla belirlenen kesikli değişkenler sayı ve %, ölçümle belirlenen değişkenler ortalama±standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Karşılaştırmalı analizlerde ANOVA, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Mann-Whitney-U Testi kullanılmıştır.

Hastaların kalp krizi ve inme geçirme yönünden kendilerini düşük oranda riskli, korunmada ise orta düzeyde yeterli gördükleri saptanmıştır. Hastalar egzersiz, stres kontrolü, doğru beslenme konularında kendilerini yetersiz gördüklerini belirtmişlerdir. Hastaların çoğunluğunun kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri hakkında bilgilerinin iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bilgi düzeylerinin düşük olarak belirlendiği risk faktörleri (yüksek kan şekeri ve kolesterol, abdominal obezite), kalp krizinde ağrının özellikleri ve dilaltı ilaç kullanımı, inmede ilk üç saatin önemi konularında eğitim ve danışmanlık hizmetlerine önem ve öncelik verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hipertansiyon, Kalp Krizi, İnme, Bilgi, Korunma

Yazar Adı: Yük. Hem. Damla BAYRAK

Danışman: Doç. Sağ. Alb. Nuran TOSUN

SUMMARY

Damla BAYRAK, Determination of Nursing Activities in Prevention of Heart Attack and Stroke in Patients with Hypertension, Gülhane Military Medical Academy, Health Science Institute, Medical Nursing Program, Master Thesis, Ankara, 2013.

This research was conducted as a descriptive study in order to determine the nursing activities in prevention of heart attack and stroke in patients with hypertension by determining patients' lack of knowledge and education-counseling requirements.

This research was conducted in GMMA Internal Medicine Department between November 2012 and April 2013. The sample of the study was included total of 234 patients with hypertension who accepted to participate the study. As the data collection tools, form of socio-demographic and medical characteristics of the patient, and form of knowledge about heart attack and stroke risk factors and symptoms, which were developed by the researcher by review the literature and current guidelines, were used. As descriptive statistics, number and percentage (%) for the count specified variables, average $\pm$ standard deviation for the measurement specified variables. For comparative analysis; ANOVA, Student's t-test, and Mann-Whitney U test were used.

It was determined that patients saw themselves as in lower risk for heart attack and stroke, and as in moderate adequacy for prevention. Patients stated that they were at inadequacy in issues of exercise, stress management, and nutrition. It was determined that most of the patients' level of knowledge about heart attack and stroke risk factors and symptoms was good. However; in their education and counseling program, nurses must give importance and priority about some of the risk factors (such as high blood glucose and cholesterol, abdominal obesity), characteristics of pain in heart attack and sublingual drug use, and the importance of first three hours in stroke where the patients had lack of information.

Key Words: Nursing, Hypertension, Heart Attack, Stroke, Knowledge, Prevention

Author: Damla BAYRAK, RN

Counselor: Col. Nuran TOSUN, Assoc. Prof., RN, Ph

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
GENEL BİLGİLER	5
2.1. Hipertansiyon	5
2.1.1. Tanım ve Etiyoloji	5
2.1.2. Hipertansiyon Sınıflaması	5
2.1.3. Hipertansiyonda Tedavi Yaklaşımları	6
2.1.4. Hipertansiyon İstatistikleri	8
2.1.5. Hipertansiyon Farkındalığı	8
2.2. Hipertansiyon Risk Faktörleri	9
2.2.1. Yaş	10
2.2.2. Cinsiyet	10
2.2.3. Aile Öyküsü	10
2.2.4. Sigara Kullanımı	10
2.2.5. Alkol Tüketimi	11
2.2.6. Diyabetes Mellitus	11
2.2.7. Artmış Serum Lipidleri	12
2.2.8. Aşırı Tuz Tüketimi	12
2.2.9. Obezite	13
2.2.10. Yetersiz Fiziksel Aktivite	13
2.2.11. Sosyoekonomik Durum	13
2.2.12. Stres	14

2.3. Hipertansiyon ve Kalp Krizi	14
2.4. Hipertansiyon ve İnme	16
2.5. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnmeden Korunmasında Hemşirenin Rolü	18
GEREÇ YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	21
3.4. Verilerin Toplanması	22
3.4.1 Araştırmanın Etik Yönü ve İzlenen Diğer Adımlar	22
3.4.2 Veri Toplama Formları	22
3.4.2.1 Hastaların Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikleri Veri Toplama Formu	22
3.4.2.2 Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörleri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu	22
3.4.2.3 Kalp Krizi Belirtileri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu	23
3.4.2.4 İnme Belirtileri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu	23
3.5. Uygulama	23
3.5.1. Ön Uygulama	23
3.5.2. Araştırmanın Uygulanması	23
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
BULGULAR	25
4.1. Hipertansiyon Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	25
4.2. Hipertansiyon Hastalarının Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı	27
4.3. Hipertansiyon Hastalarının Risk Faktörlerine Göre Dağılımı	28
4.4. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnme Geçirme Yönünden Kendilerini Riskli Görme Durumları	30
4.5. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnmeden Korunmada Kendilerini Yeterli Görme Durumları	30

4.6. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnmeden Korunmada Kendilerini Yetersiz Buldukları ve Eğitim-Danışmanlık Almak İstedikleri Konuların Dağılımı	31
4.7. Hipertansiyon Hastaların Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörlerine Yönelik Bilgi Durumları	33
4.8. Hipertansiyon Hastaların Kalp Krizi Belirtilerine Yönelik Bilgi Durumları	35
4.9. Hipertansiyon Hastalarının İnme Belirtilerine Yönelik Bilgi Durumları	37
4.10. Hipertansiyon Hastalarının Demografik Özellikleri ile Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	39
4.11. Hipertansiyon Hastalarının Demografik ve Tıbbi Özellikleri ile Kalp Krizi ve İnme Belirtileri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	41
TARTIŞMA	43
5.1. Hipertansiyon Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması	43
5.2. Hipertansiyon Hastalarının Tıbbi Özelliklerinin Tartışılması	44
5.3. Hipertansiyon Hastalarının Risk Faktörlerine Göre Dağılımının Tartışılması	44
5.4. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörlerine Yönelik Bilgi Durumlarının Tartışılması	48
5.5. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi Belirtilerine Yönelik Bilgi Durumlarının Tartışılması	50
5.6. Hipertansiyon Hastalarının İnme Belirtilerine Yönelik Bilgi Durumlarının Tartışılması	51
5.7. Hipertansiyon Hastalarının Demografik ve Tıbbi Özellikleri İle Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörleri ve Belirtileri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	53
SONUÇ VE ÖNERİLER	55
6.1 Sonuçlar	55
6.2 Öneriler	57
KAYNAKLAR	59

EKLER	68
EK 1: GATA Etik Kurul Onayı	69
EK 2: Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu	71
EK 3: Hastaların Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikleri Veri Toplama Formu	73
EK 4: Kalp krizi ve İnme Risk Faktörleri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu	75
EK 5: Kalp Krizi Belirtileri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu	76
EK 6: İnme Belirtileri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu	77



SİMGELER VE KISALTMALAR

GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
KVH	: Kardiyovasküler Hastalık
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KAH	: Koroner Arter Hastalığı
NHLBI	: National Heart, Lung, and Blood Institute (Ulusal Kalp, Akciğer ve Kan Enstitüsü)
SVH	: Serebrovasküler Hastalık
DALY	: Sağlıklı Kaybedilen Yıl Sayısı (Disability Adjusted Life Years)
NHANES	: Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi (National Health and Nutrition Examination Survey)
TEKHARF	: Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Çalışması
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension (Hipertansiyonu Durdurmak İçin Diyet Yaklaşımları)
BKİ	: Beden Kitle İndeksi

TABLÖLAR

Tablo	Sayfa
2.1.2. Erişkinlerde Hipertansiyonun Sınıflaması	5
2.1.3.1. Hipertansiyonda tedavi yaklaşımları	7
2.1.3.2. Hipertansif Hastalar İçin Sağlıklı Yaşam Önerileri ve Beklenen Sonuçlar	7
4.1. Hipertansiyon Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	25
4.2. Hipertansiyon Hastalarının Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı	27
4.3. Hipertansiyon Hastalarının Risk Faktörlerine Göre Dağılımı	28
4.4. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnme Geçirme Yönünden Kendilerini Riskli Görme Durumları	30
4.5. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnmeden Korunmada Kendilerini Yeterli Görme Durumları	30
4.6. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnmeden Korunmada Kendilerini Yetersiz Buldukları ve Eğitim-Danışmanlık Almak İstedikleri Konuların Dağılımı	31
4.7. Hipertansiyon Hastaların Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörlerine Yönelik Bilgi Durumları	33
4.8. Hipertansiyon Hastaların Kalp Krizi Belirtilerine Yönelik Bilgi Durumları	35
4.9. Hipertansiyon Hastalarının İnme Belirtilerine Yönelik Bilgi Durumları	37
4.10. Hipertansiyon Hastalarının Demografik Özellikleri ile Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	39
4.11. Hipertansiyon Hastalarının Demografik ve Tıbbi Özellikleri ile Kalp Krizi ve İnme Belirtileri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	41

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünyada sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler, sağlıklı beslenme alışkanlıkları, temel sağlık anlayışının yaygınlaşması ile enfeksiyonların kontrol altına alınması, etkin tanı ve tedavi yöntemleri ile hastalıkların önlenmesi ve erken dönemde tedavi edilmesi, perinatal ve natal ölümlerin kontrol altına alınması, ölüm hızını azaltarak doğumda beklenen yaşam süresini uzatmıştır (37). Doğuştan beklenen yaşam süresinin uzamasına paralel olarak kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır. Kronik hastalığı olan ve yaşam boyu tedavi ve bakım gereksinimi devam eden birey sayısındaki artış, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir (1,34,37,48).

Yaşam süresinin uzaması ve yetersiz fiziksel aktivite, sağlıksız diyet, obezite gibi risk faktörlerinin de katkıda bulunmasıyla, hipertansiyon dünya çapında yüksek prevalansa sahip kardiyovasküler hastalık (KVH) risk faktörü durumuna gelmiştir (81). Hipertansiyon dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içerisinde bir numaralı risk faktörüdür, dolayısıyla önemli bir tıbbi ve halk sağlığı problemi (5,45). Dünyadaki tüm ölümlerin %12.8'ini oluşturan 7.5 milyon ölümün hipertansiyon sebebiyle olduğu tahmin edilmektedir (24).

Tüm dünyada her üç kişiden birinin hipertansiyon hastası olduğu bilinmektedir (83). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yirmi yaş ve üstü yetişkinlerin %33'ü hipertansiyon hastasıdır (2). Türkiye Hipertansiyon Prevalans Çalışması sonuçlarına göre Türkiye'de hipertansiyon prevalansı %31.8'dir (5). Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir (5,50). Türkiye'de geriatric popülasyonda (≥ 65 yaş) hipertansiyon prevalansının %71.1 olduğu bildirilmiştir (5). Dünyada yaşlı popülasyonunun 2025 yılına kadar daha da artacağı öngörülmekte (38) ve etkili önlemler alınmadığı takdirde dünya nüfusu yaşlandıkça hipertansiyon prevalansının da o ölçüde artacağı belirtilmektedir (51).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yüksek kan basıncının küresel bir sağlık problemi olduğuna odaklanmış, her yıl kalp hastalığı ve inme sebebiyle meydana gelen ölümlerin yarısının hipertansiyon nedeniyle olduğunu açıklamıştır (83). Hipertansiyon; kalp krizi, kalp yetmezliği, inme ve kronik böbrek hastalığının majör

risk faktörüdür (24,50). Hipertansiyon ile KVH ve inme arasında orantılı bir artış vardır (45,51). İnmelerin %60'ından ve koroner arter hastalıklarının (KAH) %50'sinden hipertansiyon sorumludur (19).

KVH birinci sırada ölüme neden olan hastalık grubudur ve önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir (58). Amerika'da 2009 yılında tüm ölümlerin %32.3'ünün, diğer bir ifadeyle 3 ölümden birinin sebebi KVH'tır (2). Türkiye'de 60 yaş ve üzeri ölüme neden olan ilk 10 hastalığın dağılımına bakıldığında birinci sırada KVH (%21.7) yer almaktadır (58,75). Hipertansiyonu olan bireylerde, arteriyel kan basıncı normal olan bireylere oranla iki kat daha fazla koroner arter hastalığı (KAH) gelişme riski vardır (36). NHLBI (National Heart, Lung, and Blood Institute) verilerine göre ilk kez kalp krizi geçiren hastaların %69'unun kan basınçları 140/90 mmHg'nın üzerindedir (2). Sistolik kan basıncındaki her 2 mmHg'lık artış KAH sebebiyle ölüm riskini %7 artırmaktadır (50). Etkin antihipertansif tedavi ile KAH riski %25'e kadar azaltılabilmektedir (53).

Serebrovasküler hastalıklar (SVH), dünyada ve ülkemizde toplum sağlığı için giderek daha fazla önem kazanan bir hastalık grubudur. Dünyada 60 yaş üzeri popülasyonda ikinci sırada ölüm nedeni, birinci sırada da sakatlık ve işgücü kaybı nedenidir. Sağlıklı Kaybedilen Yıl Sayısı (DALY-Disability Adjusted Life Years) hesaplamalarında da SVH Türkiye'de %5.9 ile üçüncü sırada yer almaktadır (58). Kan basıncı ile inme riski arasında güçlü bir bağlantı vardır (26). Türkiye'de hipertansif hasta popülasyonunda on yıllık inme riski ortalaması %17 bulunmuştur (73). İnme riski hipertansiyonun uygun tedavisi ile %50'ye varan oranlarda azaltılabilmektedir (26).

ABD'de fonksiyonel yetersizliğe sahip olan yaklaşık 45 milyon yetişkin bulunmakta olup, bu yetersizliklere sebep olan durumlar arasında hipertansiyon, KVH ve inme önde yer almaktadır. Yetersizlikler; günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede güçlük, görme, duyma ve konuşma gibi özel fonksiyonel kısıtlılık ve ev işlerinde veya belli bir işte çalışma yeteneğinde sınırlılık olarak tanımlanmaktadır (13).

Hipertansiyon tanı ve tedavisinin temel amacı kan basıncı yüksekliğinin yaratabileceği hedef organ hasarlarını ve bu komplikasyonlara bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmak (70,71) ve kan basıncını normal sınırlar içinde tutmaktır (11).

Hedef, sistolik kan basıncının 140, diyastolik kan basıncının 90 mmHg'nın altında tutulmasıdır. Ayrıca risk faktörlerinin kontrol altına alınması için sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi mutlaka gereklidir (36,45). Yeterli fiziksel aktivite, alkol alım kontrolü, sigara içmeme, tuz kısıtlaması, meyve ve sebzeden zengin beslenme, düşük yağlı diyetle beslenme, kilo kontrolü gibi önlemlerle hipertansiyon riskleri azaltılabilir (18,71,83) ve kontrol altına alınabilir (67). Hipertansiyonu olan bireyler kalp krizi ve inmeden korunmak için ilaç tedavisinin yanı sıra yaşam tarzı değişiklikleri ile de tansiyonlarını kontrol altına alabilirler (72).

Amerikan Kalp Derneği 2020 yılına kadar, kardiyovasküler hastalıklar ve inme sebebiyle ölümleri %20'ye kadar azaltarak, tüm bireylerin yaklaşık %20'sinin kardiyovasküler sağlığını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç "ideal kardiyovasküler sağlık" için yedi parametreyi içermektedir. Bunlardan dört tanesi "sağlık davranışı" adı altında sigara içmeme, yeterli fiziksel aktivite, sağlıklı diyet alışkanlığı ve normal vücut kilosundan oluşmaktadır. Diğer üç tanesi "sağlık faktörü" başlığı altında en uygun total kolesterol, kan basıncı ve kan glikoz seviyeleridir. Böylece bu hastalıkları önleme ve kardiyovasküler sağlığı geliştirmeye odaklanılmıştır (2).

Hipertansiyonun tedavi ve bakımı hastaların ihtiyaç ve tercihlerini içine alan hasta merkezli olmalıdır. Hipertansif hastalar sağlık profesyonelleri eşliğinde tedavi ve bakımları hakkında karar alabilme şansına sahip olmalıdır (4,50).

Hemşirelerin, hipertansiyonu olan hastaların hastalıklarına ve ilaç tedavisine uyumlarını artırmaya, sağlıklı yaşam davranışları kazandırmaya ve yüksek kan basıncını kontrol altına almaya yönelik önemli sorumlulukları vardır. Birçok çalışmada hemşirenin hasta eğitimi ve danışmanlık rolünün önemi ve etkinliği kanıtlanmıştır. Bu kanıtlardan yola çıkarak hipertansif hastanın bakımı, eğitimi ve yönetiminde hemşirenin sağlık ekibi içinde yönlendirici ve aktif olarak yer alması gerekmektedir. Risk faktörlerinin yönetiminde potansiyel ve var olan problemleri değerlendirmeli, bütüncül bakım sağlamalıdır (31).

Sağlık risklerinin belirlenmesinde ve azaltılmasında hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Kalp krizi ve inmeden korunmak için hemşireler, bireylerde sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerini başlatmak ya da yaşam tarzının hastalık yapıcı etkisini azaltmak konusunda eğitici ve danışman rolü üstlenmelidir (77). Hemşireler

hipertansiyon hastalarına kalp krizi ve inme oluşmadan önce sigara ve alkol kullanımı, düzenli egzersiz, kilo kontrolü, diyet, ilaç tedavisine uyum, düzenli kan basıncı ölçümünün önemi, eşlik eden diğer hastalıkların kontrolü, kalp krizi ve inme risk faktörleri-belirtileri hakkında eğitim, düzenli sağlık kontrolleri, hastaneye başvurması gereken durumlar, bilgiye ulaşım kaynakları konusunda danışmanlık yapmalıdırlar (52,71).

Hemşirelerin bu fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri için öncelikle hastaların bilgi eksikliklerinin olduğu konuların belirlenmesi gereklidir. Hemşire hasta ile ilgili verileri düzenli olarak toplamalı ve kayıt altına almalıdır. Bu eksikliklerin belirlenmesi, hastaların gereksinimlerine ve yetersiz oldukları alanlara yönelik eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinin planlanması ve yürütülmesine zemin oluşturacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma; hipertansiyon hastalarında kalp krizi ve inmeden korunmada, hastaların bilgi eksikliklerinin ve eğitim-danışmanlık gereksinimi duydukları konuların saptanarak, elde edilen veriler doğrultusunda uygun hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon

2.1.1. Tanım ve Etiyoloji

Hipertansiyon, devamlı olarak sistolik kan basıncının ≥ 140 mmHg, diastolik kan basıncının ≥ 90 mmHg üzerinde seyretmesi (3,5,36,45,51,56) ve bireye bir doktor veya sağlık profesyoneli tarafından en az iki kere yüksek kan basıncına sahip olduğunun söylenmesi ya da kişinin halen antihipertansif ilaç kullanıyor olması olarak tanımlanır (51). Hipertansiyon; sık görülen, erken mortalite ve morbiditeye neden olan, progresif, önlenabilir ve tedavi edilebilir bir kardiyovasküler hastalıktır. İnme ve KAH gibi major hastalık risklerinde artışı da beraberinde getiren hipertansiyon, aynı zamanda küresel bir sağlık sorunu ve ekonomik yük olarak da ele alınmaktadır (2,5,36,45,50,56,80,84).

Hipertansiyon hastalarının sadece %10-15'inde; böbrek hastalığı, feokromasitoma, uyku apnesi, cushing hastalığı, tiroid hastalığı, primer aldosteronizm ve bazı ilaçlar gibi etiyoloji bulunabilir. Nedeni saptanamayan hastalar esansiyel hipertansiyon olarak kabul edilir. Genetik yatkınlık, stres, çevresel ve beslenme faktörleri gibi birçok etken hipertansiyon gelişimine katkıda bulunabilir. (36,45).

2.1.2. Hipertansiyon Sınıflaması

Tablo 2.1.2. Erişkinlerde hipertansiyonun sınıflaması verilmiştir (45,51,71).

Kan basıncı sınıflaması	Sistolik Kan Basıncı (mm Hg)		Diyastolik Kan Basıncı(mm Hg)
Normal	<120	ve	<80
Prehipertansiyon	120-139	veya	80-89
Evre 1 Hipertansiyon	140-159	veya	90-99
Evre 2 Hipertansiyon	≥ 160	veya	≥ 100

Sistolik kan basıncı 120-139 mmHg veya diyastolik kan basıncı 80-89 mmHg arasında olan bireyler prehipertansif bireyler olarak değerlendirilir (56) ve KVVH riskini önlemek ve sağlığı geliştirmek için yaşam tarzı değişiklikleri gerekmektedir

(51). Yüksek kan basıncının diğer hastalıklara risk oluşturması tansiyonun 140/90 mmHg'a ulaştığında başlamaktadır. Kan basıncının bu değerlerin altına çekilmesi, hastanın morbidite ve mortalitesini önemli ölçüde düşürür (24,44).

Hipertansiyon ve KVH arasında direkt bir ilişki ve kalp krizi, kalp yetmezliği, inme ve böbrek hastalığı oluşma riskinde orantılı bir artış vardır (36,44,45,51). Yüksek kan basıncı ile KVH riski arasındaki ilişki sürekli, kalıcı ve diğer risk faktörlerinden bağımsızdır (44). Hipertansiyonun en yaygın komplikasyonları kalpte (hipertansif kalp hastalığı), beyinde (serebrovasküler hastalık), periferik damarlarda (periferik damar hastalığı), böbreklerde (nefrosklerozis) ve gözlerde (retina hasarı) meydana gelen hedef organ hasarlarıdır (45). Kan basıncı ne kadar yüksek olursa inme, böbrek hasarı, kalp krizi ve kalp yetmezliği sebebiyle ölüm riski o kadar artar (44,78).

2.1.3. Hipertansiyonda Tedavi Yaklaşımları

Hipertansiyon tedavisinde hedef, sistolik kan basıncının 140, diyastolik kan basıncının 90 mmHg'nın altında tutulması ve risk faktörlerinin kontrol altına alınması için sağlıklı yaşam düzenlemelerinin geliştirilmesidir. İlaç tedavisinde, hastada var olan kardiyovasküler riskler, hedef organ hasarı, birlikte bulunan diğer durumlar, ilaçların hastanın yaşam kalitesine etkileri, ilaç yan etkileri gibi faktörler nedeniyle bireye özgü ilaç seçimi yaklaşımı tercih edilmektedir. Tedavi yaklaşımları belirlenirken bireysel ihtiyaç ve tercihler dikkate alınmalı, hastalar bakım ve tedavileri hakkında bilgilendirilmeli, kararlara ortak edilmeli, kültürel yapılarıyla uyumlu olmalı ve ailenin de katılımı sağlanmalıdır (36,45). Kara ve diğ. hipertansiyon hastalarında ilaç bilgisinin kan basıncını düşürmek için uygulanan yöntemlere etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, antihipertansif ilaçlar ve yan etkileri konusunda bilgilendirilen hastaların, kan basıncını düşürmek için antihipertansif ilaç almayı daha fazla tercih ettiğini ortaya koymuşlardır (35).

Tablo 2.1.3.1. Hipertansiyonda tedavi yaklaşımları verilmiştir (45,51).

Kan basıncı sınıflaması	Sağlıklı yaşam önerileri	İlaç tedavisi
Normal	Gerekli	Endike değil
Prehipertansiyon	Mutlaka gerekli	Endike değil
Evre 1 Hipertansiyon	Mutlaka gerekli	Tiyazid grubu diüretikler ACE inhibitörleri Anjiotensin reseptör blokerleri Beta blokerler Kalsiyum kanal blokerleri
Evre2 Hipertansiyon	Mutlaka gerekli	İkili kombinasyon tedavisi (Genellikle tiyazid grubu diüretikler yukarıdaki ilaçlardan biri ile kombine edilir)

Tablo 2.1.3.2. Hipertansif hastalar için sağlıklı yaşam önerileri ve beklenen sonuçlar verilmiştir (28,32,40,50,51).

Kan basıncı sınıflaması	Öneriler	Beklenen sistolik kan basıncı düşüşü
Kilo kaybı	Beden Kitle İndeksinin (BKİ) 18.5-24.9 kg/m ² sınırları içinde tutulması	Her 10 kg kayıba karşılık 5-20 mmHg
Beslenme	Sebze, meyve, az yağlı süt ürünlerinden zengin, yağdan fakir diyet	8-14 mmHg
Sodyum kısıtlaması	Günde en fazla 6 g tuz veya 2.4 g sodyum	2-8 mmHg
Fiziksel aktivite	Haftada en az 5 gün, günde en az 30 dakika tempolu yürüyüş	4-9 mmHg
Alkol kısıtlaması	Erkekler için günde 2, kadınlar için günde 1 kadehten fazla alkol tüketmeme	2-4 mmHg

2.1.4. Hipertansiyon İstatistikleri

2000 yılında yetişkin popülasyonun %26.4'ünün yüksek kan basıncına sahip ve dünya çapında yaklaşık olarak bir milyar kişinin hipertansiyon hastası olduğu bildirilmiştir. Bu oranın 2025 yılında %29'a çıkarak 1.56 milyar olacağı tahmin edilmektedir (38). DSÖ, 2008 yılında 25 yaş ve üzeri yetişkinlerin %40'ının yüksek kan basıncına sahip olduğunu bildirmiştir (24,82).

Ulusal Sağlık ve Beslenme Değerlendirme Anketi (NHANES-National Health and Nutrition Examination Survey) ve DSÖ verilerine göre Amerika'da her 3 kişiden biri yüksek kan basıncına sahiptir (2,12,83). Amerikan Kalp Derneği 2007-2010 verilerine göre, 20 yaş ve üzeri Amerikalı yetişkinlerin %33'ü hipertansiyon hastasıdır. Afrikalı Amerikalı yetişkinler ise %44 oranı ile dünyadaki en yüksek hipertansiyon prevalansına sahiptirler (2). Bu oranlara ek olarak yetişkinlerin %28'inin prehipertansif olduğu bildirilmektedir (56). 45 yaşına kadar erkeklerde hipertansiyon oranı kadınlara göre daha yüksek, 45 yaşından 64 yaşına kadar kadın ve erkek hipertansiyon oranları aynı, daha sonrasında ise kadınlarda hipertansiyon oranları erkeklere göre daha yüksektir (2).

Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması sonuçlarına göre Türkiye'de hipertansiyon prevalansının %31.8 olduğu (her 3 kişiden biri) belirtilmiştir (5). TEKHARF (Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri) çalışması sonuçlarına göre ise Türkiye'de hipertansiyon prevalansı %33.7 olarak bulunmuştur (55). Türkiye'de 40-79 yaş grubunda hipertansiyon prevalansı kadınlarda erkeklerden daha yüksek olup, kadınlarda %36.1 ve erkeklerde %27.5 olarak bildirilmiştir. Geriatrik popülasyonda hipertansiyon prevalansı ise %75.1 olarak belirtilmiştir (5).

2.1.5. Hipertansiyon Farkındalığı

Hipertansiyon farkındalığı, “daha önce bir doktor veya sağlık profesyoneli tarafından, yüksek tansiyon diye de adlandırılan hipertansiyonunuz olduğu söylendi mi” sorusuna verilen olumlu cevap olarak tanımlanmaktadır (56). Aynı zamanda daha önce bir sağlık çalışanı tarafından hastaya hipertansiyonun varlığının söylenmesi olarak belirtilmektedir (5). Hipertansiyon genellikle organ hasarı ortaya

çıkana kadar asemptomatiktir ve çoğu insan yüksek tansiyonu olduğunu farkında değildir (12,82,83).

ABD’de sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg ve diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg olmasına rağmen daha önce hiç sağlık bakımı almamış bireyler toplam yetişkinlerin %6.6’sını oluşturmaktadır (38). Hipertansif yetişkin bireylerin %78’inin içinde bulundukları durumun farkında olduğu, %68’inin antihipertansif tedavi aldığı ve tedavi alan bireylerin %64’ünün kan basınçlarının 140/90 mmHg’nın altına düşürmeyi başardığı izlenmiştir (56). Amerikan Kalp Derneği 2007-2010 verilerine göre de, hipertansif yetişkinlerin yaklaşık %82’si hastalıklarının farkında, %75’i antihipertansif tedavi almakta, fakat hastaların sadece %53’ü kan basınçlarını hedeflenen seviyelerde koruyabilmektedirler (2).

Türkiye’de ise kan basıncı yüksekliğinin farkında olma oranı %40.7, ilaç tedavisi alma oranı %31.1 ve kan basıncı kontrol oranı %8.1’dir. Farkındalığın yaşla birlikte arttığı ve kadınlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (5).

Çin’de genel popülasyonda hipertansiyon farkındalığı, tedavisi ve kontrolünü belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, hipertansiyon prevalansının yüksek (%27.2) olmasına rağmen, hipertansiyon farkındalığının, tedavisinin ve kontrolünün düşük olduğu bildirilmiştir. Hipertansif bireylerin %44.7’sinin hastalıklarının farkında olduğu, yalnızca %28.8’inin ilaç tedavisi aldığı ve tedavi alan hastaların da sadece %8.1’inin kan basıncını kontrol altına almayı başardığı bildirilmiştir (27).

Bireylerin hipertansiyonun farkındalıklarının belirlenmesi, hipertansiyon prevalansını azaltmayı hedefleyen uygulamalar için bir veri tabanı sağlar (56). Tıbbi tedavideki son gelişmelere ve hipertansiyon prevalansını azaltmak amacıyla yürütülen halk sağlığı kampanyalarına rağmen, Amerika’da (56) ve Türkiye’de (5) hipertansiyon önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir (45).

2.2. Hipertansiyon Risk Faktörleri

Hipertansiyon gelişimi için yaş, cinsiyet, etnik yapı, aile öyküsü ve genetik faktörler, düşük eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, fazla kilo, diyabet, düşük fiziksel aktivite, tütün kullanımı, psikososyal stresörler, uyku apnesi ve diyet gibi çok sayıda risk faktörü ve belirteç belirlenmiştir (2,14). Hipertansiyon riskleri dengeli ve

sağlıklı beslenerek, diyetle alınan tuzu azaltarak, aşırı alkol alımından ve sigara kullanımından kaçınarak ve düzenli egzersiz yapılarak azaltılabilir (71,83).

2.2.1. Yaş

Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir (5,8,9,14,50,68). Türkiye’de geriatric popülasyonda (≥ 65 yaş) hipertansiyon prevalansı %71.1 olarak bildirilmiştir (5). Onat çalışmasında; kadınların sistolik kan basıncı ortalamalarının 30-39 yaş aralığında 119.6 mmHg, 60-69 yaş aralığında 152.4 mmHg; erkeklerin sistolik kan basıncı ortalamalarının 30-39 yaş aralığında 118.1 mmHg, 60-69 yaş aralığında 139.9 mmHg olduğunu ve yaşla birlikte giderek arttığını göstermiştir (54). 50 yaşından sonra, sistolik kan basıncının 140 mmHg’den daha yüksek olması, KVH risk faktörü olması açısından diyastolik kan basıncı yüksekliğinden daha önemli bir risk faktörüdür (45,50,51).

2.2.2. Cinsiyet

Hipertansiyon 55 yaşın altındaki orta yaşlı erkeklerde daha fazla görülürken, 55 yaş üzerinde kadınlarda daha çok görülmeye başlar. Hipertansiyon oral kontraseptif kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre 2-3 kat daha yaygındır (45). Yapılan çalışmalarda kadınların çoğunluğunun oral kontraseptif kullanmanın (64) ve menapozun (49) hipertansiyon için risk faktörü olduğunu bilmediği ortaya konmuştur.

2.2.3. Aile Öyküsü

Anne, baba, kardeş gibi birinci derece akrabalarda hipertansiyon öyküsü bulunması, bireyde hipertansiyon görülme riskini artırır (45). Arıkan ve diğ. yaptıkları çalışmada, hastaların %83’ünün, aile öyküsünün KVH için bir risk faktörü olduğunu bildiğini ortaya koymuşlardır (6). Shaikh ve diğ. nin çalışmasında ise bu oran sadece %54 olarak bildirilmiştir (64).

2.2.4. Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı ve pasif içicilik KVH riskini %25-%30’a kadar artırmaktadır (45,2). Her sigara içiminden sonra 30 dakika kadar süre ile kan basıncında ve kalp

hızında artış meydana gelir. Bu durum sempatik aktivite artışı ve katekolaminlerin salınımı ile ilgilidir (36). Aktif sigara içiciliği veya pasif olarak sigara dumanına maruziyet; trombositlerin agregasyonunun artmasına, koroner damarlarda vazokonstrüksiyona, damar endotelinin hasarına, lipid profilinde bozulmaya ve akut miyokard enfarktüsü riskine sebep olabilmektedir. Ayrıca sigara içenler inme geçirme riski açısından, sigara içmeyenler veya 10 yıldan daha uzun süredir sigarayı bırakmış bireylere göre iki ile dört kat daha fazla risk altındadırlar (2). KAH ve diğer aterosklerotik damar hastalıklarını önlemek için sigaranın bırakılması ve çevreden kaynaklanan sigara dumanına maruziyetten uzak durulması önerilmektedir (67,2).

2.2.5. Alkol tüketimi

Aşırı alkol alımı, hipertansiyon için ciddi bir risk faktörüdür (45). Alkol, antihipertansif ilaç tedavisinin etkisini azaltırken inme riskini artırır. Ayrıca fazla alkol alımı ile KAH mortalitesi ve morbiditesi arasında ilişki bulunmaktadır. Alkol alımı erkekler için günde iki (haftada en fazla 14 içim), kadınlar ve düşük kilodaki erkekler için günde bir (haftada en fazla dokuz içim) olmalıdır (52). Khan ve diğ. kadınlarda hipertansiyon prevalansı ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, sigara ve alkol kullanan yaşlı kadınlarda hipertansiyon oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (39).

2.2.6. Diabetes Mellitus

Diyabet hastalarında hipertansiyon daha yaygın görülmektedir. Hipertansiyon ve diyabet beraber olduğunda hedef organ hasarı gibi komplikasyonlar daha ciddi hale gelmektedir (45). Doğan ve diğ. nin hipertansiyon prevalansı ve risk faktörlerini değerlendirdikleri çalışmalarında, araştırmaya katılan 2035 diyabet hastasının %48.1'inin hipertansiyonu olduğu belirtilmiştir (14). Khan ve diğ. ler yüksek kan basıncının artmış glikoz ve HbA1c seviyeleri ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (39).

Türkiye'de hipertansif popülasyonda açlık kan şekeri yüksekliğinin oranı %12 olarak bildirilmiştir (5). Riski azaltmak için tüm diyabetli hastalara günlük fiziksel aktivite, kilo yönetimi, düzenli kan basıncı kontrolü (hedef kan basıncı değeri

130/80 mmHg olacak şekilde) ve kan lipid düzeyi kontrolü gibi yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir (67).

2.2.7. Artmış Serum Lipidleri

Kolesterol ve trigliserid seviyelerindeki artış ateroskleroz için primer risk faktörüdür. Dislipidemi hipertansif hastalarda yaygın görülmektedir (45). Türk toplumunda total kolesterol yüksekliği (≥ 200 mg/dl) %42.3 ve trigliserid yüksekliği (≥ 150 mg/dl) %24.7 oranında bulunmuştur. Hipertansif bireylerin %32.7'sinde LDL kolesterol değerleri yüksek (≥ 130 mg/dl), %41.5'inde HDL kolesterol değerleri düşüktür (E <40 mg/dl, K <46 mg/dl) (5). Onat'ın çalışmasında erkeklerin %7.7'sinde, kadınların %13.4'ünde hiperkolesterolemi ile hipertansiyonun birlikte olduğu ve bu bulguların 3.3 milyon Türk yetişkinine denk geldiği ortaya konmuştur (54).

Hipertansif hastalarda taze sebze ve meyve ağırlıklı, lif ve çoklu doymamış yağları içeren beslenme tarzı önerilir. Satüre yağ ve kolesterolün azaltılması, daha fazla balık tüketimi önemlidir. Bu şekildeki DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) diyetinin kan basıncını düşürücü etkisi vardır (36,45).

2.2.8. Aşırı Tuz Tüketimi

Diyetle fazla tuz tüketimi, su retansiyonuna ve dolayısıyla hipertansiyon gelişimine katkıda bulunmaktadır (45,70). Aynı zamanda aşırı tuz tüketimi belirli antihipertansif ilaçların etkinliğini azaltmaktadır (45). Günlük önerilen tuz miktarı 6 gramdır. Hipertansif hastalarda günlük tuz tüketimi 4.7-5.8 gram olarak tutulduğunda, sistolik kan basıncında 4.8 ve diyastolik kan basıncında 2.5 mmHg düşme sağlanabilir (36). Arıcı'nın çalışmasında bireylerin %91.4'ü tuzu azaltma önerilerini duyduklarını, fakat yalnızca %66.3'ü bu öneriye uyduğunu ifade etmiştir (5). Gu ve diğ. nin çalışmasında hipertansif bireyler hipertansiyonun tedavisi için en yaygın kullandıkları non-farmakolojik yaşam tarzı değişikliğinin tuz kısıtlaması olduğunu bildirmişlerdir (27).

2.2.9. Obezite

Kan basıncı vücut ağırlığı ile doğrudan ilişkili olup, fazla kilolu olmak kan basıncını arttıran bir faktördür (45). Fazla kilolu bireylerde dislipidemi, inme ve diyabet görülme oranı yüksektir (36). Riski azaltmak için BKİ (Beden Kitle İndeksi)'nin 18.5-24.9 kg/m² aralığında olması, bel çevresinin kadınlarda <80 cm ve erkeklerde <94 cm olması önerilmektedir (67). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasında Türk toplumunun obezite prevalansı (BKİ≥30 kg/m²) %24.9 ve ortalama BKİ 26.8 kg/m² bulunmuştur. Hipertansif bireylerin BKİ ortalamasının ise 29.8 kg/m² olduğu ve BKİ ile hipertansiyon prevalansı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bildirilmiştir (5).

Obez kişilerin kilo vermesi, kan basıncını düşürür, KVH, diyabet, inme ve dislipidemi üzerine olumlu etki yapar (36). Forman ve diğ., kadınlardaki hipertansiyon oranının doğru beslenme ve diğer yaşam tarzı düzenlemelerine uyum ile anlamlı olarak azaltılabileceğini, aynı zamanda bu uyumun genç kadınlarda meydana gelen yeni başlangıçlı hipertansiyonu önlemek için yararlı olabileceğini belirtmişlerdir (20).

2.2.10. Yetersiz Fiziksel Aktivite

Sedanter yaşam hipertansiyon için bir risk faktörüdür. Düzenli fiziksel aktivite ile kan basıncında 4-9 mmHg düşme sağlanabilir, dislipidemi ve KVH riski azaltılabilir, kilo kontrolü kolaylaşır (36,45). Riski azaltmak için haftada en az 5 gün 30-60 dakika tempolu yürüyüş gibi orta düzey egzersiz önerilmektedir (67). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması sonuçlarına göre kadınların kilo kaybı ve düzenli egzersiz yapma önerilerine uyumu (%43.2 ve %35.1) erkeklere göre (%56.5 ve %54.7) daha az bulunmuştur (5).

2.2.11. Sosyoekonomik Durum

Hipertansiyon düşük sosyoekonomik düzeye sahip ve daha az eğitilmiş gruplarda daha yaygındır (45). Yapılan bir çalışmada hipertansif hasta grubunun %38.9'unun düşük eğitim (okur yazar olmayan veya sadece okur yazar) ve %26.3'ünün düşük gelir düzeyine sahip olan bireylerden oluştuğu ve gelir düzeyinin hipertansiyon için önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (14). Bani

hipertansiyon prevalansını ve risk faktörlerini belirlediği çalışmasında, hipertansif bireylerin %47.3'ünün okur yazar olmadığını belirtmiştir (8).

2.2.12. Stres

Stres, sempatik sinir sistemi aktivitesini arttırarak vazokonstriksiyon, kalp hızında ve renin salınımında artışa neden olur. Renin, anjiyotensin mekanizmasını aktive ederek ve aldosteron salınımını arttırarak kan basıncını yükseltir. Tekrarlayan strese maruz kalan bireylerde hipertansiyon gelişme riskli diğer bireylere göre daha yüksektir (45). Shaikh ve diğ., hipertansiyon risk faktörleri konusunda bilgi düzeyini araştırdıkları çalışmalarında, çalışmaya katılan bireylerin %83'ünün stresin hipertansiyon için bir risk faktörü olduğunu bildiğini ortaya koymuştur (64). Bansal ve diğ., hipertansiyon prevalansı ve risk faktörlerini araştırdıkları çalışmalarında hipertansif erkeklerin evde veya işyerinde sürekli olarak strese maruz kalması ile hipertansiyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ortaya koymuşlardır (9).

2.3. Hipertansiyon ve Kalp Krizi

Hipertansiyon KAH'nın majör risk faktörüdür (45,60). Yüksek kan basıncı büyük ve orta büyüklükteki damarlar ve arteriyollerde ateroskleroz oluşma hızını arttırır. Hipertansiyonun ateroskleroz gelişimine katkıda bulunan mekanizması henüz tam olarak bilinmemektedir. Aterogenezin "hasara tepki" hipotezi, hipertansiyonun koroner arter endotelini bozduğunu göstermektedir. Bu bozulma sonucunda damarların intima tabakası, aktif lökositler ve trombositlerin damar duvarına invazyonuna uygun hale gelir. Damar endotelinden ve trombositlerden salınan büyüme faktörü, damar duvarında oluşan lezyonun içinde düz kasların proliferasyonunu uyarır. Bu değişiklikler de, arter duvarının sertleşmesine ve damar lümeninin daralmasına neden olarak, KAH oluşuma katkıda bulunur ve anjina ve miyokardın enfarktüsü ile sonuçlanır (45).

KVH birinci sırada ölüme neden olan hastalık grubudur ve önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir (58). Amerika'da 2009 yılında tüm ölümlerin %32.3'ünün, diğer bir ifadeyle 3 ölümden birinin sebebi KVH'dır (2). Türkiye'de 60 yaş ve üzeri ölüme neden olan ilk 10 hastalığın dağılımına bakıldığında birinci sırada KVH (%21.7) yer almaktadır (58,75). TEKHARF

alışmasının 1990-2008 yıllarını kapsayan takip sonuçlarına göre, 45-74 yaş grubunda KAH kökenli ölümler erkeklerde 1000 kişi-yılında 7.1, kadınlarda 3.5 düzeyindedir ve Türkiye Avrupa’da en yüksek olan ülkelerden biridir (55).

DSÖ, hipertansiyonun küresel bir sağlık problemi olduğuna odaklanmış, her yıl kalp hastalığı ve inme sebebiyle meydana gelen ölümlerin yarısının sebebinin hipertansiyon olduğunu açıklamıştır (83). Hipertansiyonu olan bireylerde, arteriyel kan basıncı normal olan bireylere oranla iki kat daha fazla KAH gelişme riski vardır (36). NHLBI verilerine göre ilk kez kalp krizi geçiren hastaların %69’unun kan basınçlarının 140/90 mmHg’nın üzerinde olduğu belirtilmiştir (2). Sistolik kan basıncındaki her 2 mmHg’lık artış KAH sebebiyle ölüm riskini %7 artırmaktadır (50). Etkin antihipertansif tedavi ile KAH riski %25’e kadar azaltılabilmektedir (56).

Birçok hipertansiyon hastasının, yüksek kan basıncının kalp krizi için yüksek risk oluşturduğu konusunda bilgileri ve farkındalıkları yeterli değildir. Hastalar; antihipertansif ilaç kullanımı, tansiyon takipleri, düzenli sağlık kontrolleri, hipertansiyon risk faktörlerinin KAH için de risk oluşturduğu ve bu risklerin azaltılmasına yönelik yaşam tarzı değişikliklerinin gerekliliği hakkında yetersiz bilgiye sahiptir. Arıkan ve diğ. nin erişkinlerde KVH risk faktörleri bilgi düzeyleri üzerine yaptıkları çalışma sonuçları, hastaların KAH’nın önlenebilir bir hastalık olması konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları ve risk faktörlerinin kontrolü konusunda yeterli olmadıklarını (zellikle düzenli egzersiz ve dislipideminin önlenmesi) ortaya koymuştur (6).

Hipertansiyonu bulunan hastaların kalp krizi belirtileri konusunda bilgi eksiklikleri olduğu bildirilmiştir. Kim ve diğ. nin, yaşlı bireylerin inme ve kalp krizi belirti ve KVH risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada; hastaların sırt ağrısı, boyun veya çene ağrısının bir kalp krizi belirtisi olduğu konusunda bilgi yetersizliği olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada, hastaların KVH risk algılarının da düşük olduğu, düşük eğitim ve sosyoekonomik düzeydeki hastaların KVH belirtileri ve risk faktörleri konusunda daha az bilgiye sahip oldukları vurgulanmıştır (41).

Kalp krizi oluşmadan önce; hastaların mevcut risklerini değerlendirerek erken tıbbi bakım ve yaşam tarzı değişikliklerini başlatmak, ilaç tedavileri ve risk faktörlerinin yönetimi hakkında yetersiz bilgi sahibi oldukları konuları belirlemek,

eğitim ve danışmanlık hizmetlerini başlatmak ve hastaların farkındalıklarını arttırmak önemlidir. Hastalar kardiyovasküler risklerin azaltılmasının ne derece etkili olabileceği konusunda tam ve açıklayıcı bilgi verilmelidir. Ayrıca hastaların kalp krizi belirti ve bulguları konusundaki bilgileri değerdendirilerek, hastaneye başvurusu gereken durumlar ve alınması gereken tedbirler konusunda eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Tüm bu eğitim, danışmanlık ve takip uygulamalarının ekip işbirliği ile yapılması koruyucu girişimlerin etkinliğinin ve hasta uyumunun artırılması bakımından önemlidir.

2.4. Hipertansiyon ve İnme

Ateroskleroz serebrovasküler hastalıkların en yaygın sebebidir. Hipertansiyon serebral ateroskleroz ve inmenin bir risk faktörüdür (45,65). İnmelerin %60'ından hipertansiyon sorumludur (19). Hafif hipertansif bireylerde bile inme geçirme riski normotansif bireylere göre 4 kat daha fazladır (45).

Yüksek kan basıncı sıklıkla beyinde bulunan ana damarlardan birinde hasara, bunu takiben önemli beyin bölgelerinde hücre ölümüne ve serebral infarktüse sebep olur. Beynin etkilenen bölümüne bağlı olarak inme sonucunda paralizi, bunama, körlük veya diğer çeşitli ciddi santral sinir sistemi bozuklukları gelişebilmektedir (30).

Kan basıncındaki belirgin bir artış sonrası serebral kan akımı otoregölasyon tarafından azaltılamazsa hipertansif ensefalopati meydana gelebilir. Otoregölasyon kan basıncındaki dalgalanmalara karşı serebral kan akımını sürekli koruyan fizyolojik bir süreçtir. Normalde serebral kan damarlarındaki basınç artarsa, sürekli kan akımını korumak için damarlar daralır. Kan basıncı otoregölasyon yeteneğini aştığında, serebral damarlar aniden dilate olur, kapiller permeabilite artar ve serebral ödem gelişir. Bu olay intrakranial basıncı artırır. Eğer zamanında tedavi edilmezse hastalar beyin hasarından hayatlarını kaybederler (45).

SVH, dünyada ve ülkemizde toplum sağlığı için giderek daha fazla önem kazanan bir hastalık grubudur. Dünyada altmış yaşı üzeri popülasyonda ikinci sırada ölüm nedeni, birinci sırada da sakatlık ve işgücü kaybı nedenidir. DALY hesaplamalarında da SVH Türkiye'de %5.9 ile üçüncü sırada yer almaktadır (58).

ABD’de her 40 saniyede bir kişi inme geçirmektedir. Her yıl yaklaşık 795 000 inme görülmekte olup, bunların yaklaşık olarak 610 000 kadarı ilk atak, 185 000 kadarı tekrarlayan inmedir. Tüm inmelerin %87’si iskemik inme, %10’u intraserebral hemoraji, %3’ü subaraknoid hemorajilerdir. 2007-2010 NHANES verilerine göre tahmini 6.8 milyon inme vakası görülmüş ve bu periyod süresince inme prevalansı %2.8 olarak belirtilmiştir (2).

Kan basıncı iskemik inmelerin ve intrakraniyal hemorajilerin güçlü bir belirleyicisidir. İlk kez inme geçiren bireylerin yaklaşık olarak %77’sinin kan basınçlarının 140/90 mmHg’nın üzerinde olduğu belirtilmiştir (2). Sistolik kan basıncındaki 2 mmHg’lık her bir artış inme sebebiyle ölüm riskini %10 oranında artırmaktadır (50). Ayrıca prehipertansiyonun inme riski ile ilişkili olduğu bilinmektedir (43). Türkiye’de hipertansif hasta popülasyonunda, 10 yıllık inme riskinin %17 olduğu bildirilmiştir (73). Türkiye’de yapılan inme subtipleri ve risk faktörlerinin belirlendiği çok merkezli bir çalışmada 3100 hasta ve 1363 kontrol grubu değerlendirilmiş ve hipertansiyon iskemik SVH’ta %62.7, hemorajik SVH’ta %79.2 sıklığı ile birinci sırada risk faktörü olarak yer almıştır (58).

KVH’ta olduğu gibi, hipertansif hastaların yüksek kan basıncının inme için risk oluşturduğu konusunda bilgileri ve farkındalıkları yeterli değildir. Yapılan çalışmalarda hastaların inme risk faktörleri ve belirtileri konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları bildirilmiştir (41,69).

Hipertansiyon inmenin değiştirilebilir bir risk faktörüdür. İnme riski hipertansiyonun uygun tedavisi ile %50 oranında azaltılabilmektedir. Düzenli kan basıncı kontrolü, yaşam tarzı değişiklikleri ve ilaç terapisini içeren uygun tedavi ile inme önlenabilir (26).

Amerikan Kalp Derneği 2020 yılına kadar, kardiyovasküler hastalıklar ve inme sebebiyle ölümleri %20’ye kadar azaltarak, bireylerin yaklaşık %20’sinin kardiyovasküler sağlığını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bu amaç “ideal kardiyovasküler sağlık” için 7 parametreyi içermektedir. Bunlardan 4 tanesi “sağlık davranışı” adı altında sigara içmeme, yeterli fiziksel aktivite, sağlıklı diyet alışkanlığı ve normal vücut kilosundan oluşmaktadır. Diğer 3 tanesi “sağlık faktörü” başlığı altında en uygun total kolesterol, kan basıncı ve kan glikoz seviyeleridir. Böylece bu hastalıkları önleme ve “kardiyovasküler sağlığı” geliştirmeye odaklanılmıştır (2).

Yeterli fiziksel aktivite, alkol alım kontrolü, sigara içmeme, tuz kısıtlaması, meyve ve sebzeden zengin beslenme, düşük yağlı yiyeceklerle beslenme, kilo kontrolü gibi önlemlerle hipertansiyon riskleri azaltılabilir (71,83) ve kontrol altına alınabilir (67). Yüksek tansiyonu olan bireyler kalp krizi ve inmeden korunmak için ilaç tedavisinin yanı sıra yaşam tarzı değişiklikleri ile de tansiyonlarını kontrol altında tutmaya çalışmalıdırlar (72).

2.5. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnmeden Korunmasında Hemşirenin Rolü

Hipertansiyon tanısı almış hastaların değerlendirilmesinde 3 hedef vardır:

1. Hastanın mevcut yaşam tarzını, kardiyovasküler risk faktörlerini, hastalığın seyrini ve hipertansiyona eşlik eden diğer bozuklukları değerlendirmek,
2. Yüksek kan basıncının sebeplerini açığa çıkarmak,
3. Hedef organ hasarının ve KVH varlığını değerlendirmek (51).

Hipertansiyon önlenabilir bir hastalıktır ve bu sebepten yola çıkarak çocukluk çağından itibaren yaşam tarzı değişiklikleri ile hipertansiyon riski azaltılmaya çalışılmalı, sorunun erken farkındalığı için kan basıncı ölçümleri yaygınlaştırılmalı, yaşamın her evresinde hipertansiyonun önlenmesi için girişimlerde bulunulmalı, hipertansiyon geliştiğindeyse tanısının erken konulması ve tedavisinin etkin şekilde yapılması sağlanmalıdır. Hipertansiyon tedavisinde yetersizliğin en önemli nedenlerinden biri yaşam tarzı değişikliklerinin yeterince önerilmemesi ve bu sebeple hastalar tarafından yeterince yapılmamasıdır (5). Kardiyovasküler hastalıkların oluşumu neredeyse tamamen diyet ve yaşam tarzı ile paraleldir. Her ne kadar genetik faktörler de bu hastalıkların oluşumunda rol oynasa da bireyler doğru yaşam tarzı benimseyerek, sigara içmeyerek, doymuş yağları az tüketerek ve kan basıncını normal sınırlar içinde tutarak kendilerini koruyabilirler (19).

Hemşire; hasta ve ailesinin sağlıklarını korumaları, geliştirmeleri ya da hastalığın etkileri ile baş edebilmeleri için kendi kaynaklarını tanımlarına, kullanmalarına, durumlarını tam olarak anlamalarına ve sağlıklı bir karar vermelerine yardım eder (16). Hemşireler, bireyi fizyolojik, psikolojik ve sosyal yönleriyle ele alarak hasta bireyle sürekli etkileşim içinde olan bir gruptur (7). Hemşire, hasta ve

yakınlarının deneyimlerinden bir anlam bulmaları, öğrenmeleri ve bağımsızlık kazanmaları için ne öğreteceğini planlar ve öğretir (16).

Hemşirenin profesyonel rollerinden eğitici rolü, sağlığın korunması ve geliştirilmesinde çok önemlidir. Etkin yöntem ve tekniklerle, hemşirenin eğitimci rolü ile düzenleyeceği sağlık eğitimleri; sağlıklı yaşam biçimlerinin kazandırılmasını, yaşam kalitesinin artırılmasını ve sağlığın geliştirilmesini sağlayacaktır (57).

Hemşireler hipertansiyonun potansiyel sonuçlarını ve altta yatan olayları kavrayabilen sağlık profesyonelleridir (11). Hipertansif hastalarda komplikasyonları önleme, hasta uyumunu artırma ve hipertansiyonu etkileyen yaşam biçimi değişikliklerini gerçekleştirmede hemşirelere önemli görevler düşmektedir (52,71). Hipertansif hastanın bakımı, eğitimi ve yönetiminde hemşirenin sağlık ekibi içinde yönlendirici ve aktif olarak yer alması gerekmektedir. Sağlık ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği yaparak hastayı bütüncül olarak değerlendirmeli, eğitim ve danışmanlık yapmalıdır (31).

Hipertansiyonun erken tanısı için bireylerin kan basınçlarının her fırsatta değerlendirilmesi gerekir. Kan basıncı takip edilirken doğru teknikler kullanılmalıdır. Hemşireler hipertansiyonun tanısıyla ilgili yöntemler konusunda bilgili olmalı, hipertansiyonun izlenmesinde ve değerlendirilmesinde uygun araçlarla evde kendi kendine kan basıncını izlemeleri için hastaları eğitmelidirler (52).

Risk faktörlerinin belirlenmesinde ve azaltılmasında hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Kalp krizi ve inmeden korunmak için hemşireler, bireylerde yaşam tarzı değişikliklerini başlatmak ya da yaşam tarzının hastalık yapıcı etkisini azaltmak konusunda birer eğitimci ve danışman rolü üstlenmelidirler. Hastalık ortaya çıktığında ise erken tıbbi bakım ve yaşam tarzı değişikliklerini sürdürmekle yükümlüdürler (77).

Hemşireler hipertansiyon hastalarına kalp krizi ve inme oluşmadan önce sigara ve alkol kullanımı, düzenli egzersiz, kilo kontrolü, diyet, ilaç tedavisine uyumu, düzenli kan basıncı ölçümünün önemi, eşlik eden diğer hastalıkların kontrolü, kalp krizi ve inme risk faktörlerinin-belirtilerinin eğitimi, düzenli hastane kontrolü, hastaneye başvurusu gereken durumlar, bilgiye ulaşım kaynakları ve konusunda danışmanlık yapmalıdırlar (52,71,74).

Irmak ve diğ., hipertansiyon hastalarına verilen eğitim programını takiben hastaların düzenli egzersiz yapma ve diyetle uyma oranlarında önemli bir artış olduğunu ortaya koymuşlardır (33). Hipertansiyon hastalarının hemşireler tarafından eğitim ve izlemlerinin yapıldığı bir diğer çalışmada, uygulama sonrası hastaların kan basınçlarında, BKİ’de ve sigara içim oranlarında azalma olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarına göre devamlı izlemin önemi ve hemşirelerin hastaların yaşam tarzı değişikliklerine ilişkin bilgilendirmede önemli bir rolü olduğu vurgulanmıştır (10).

Hemşirelerin bu fonksiyonlarını yerine getirebilmeleri için öncelikle hastaların bilgi eksikliklerinin olduğu konuların belirlenmesi gereklidir. Hemşire hasta ile ilgili verileri düzenli olarak toplamalı ve kayıt altına almalıdır. Bu araştırma; hastaların bilgi eksikliklerinin belirlenmesi, hastaların gereksinimlerine ve yetersiz oldukları alanlara yönelik eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinin planlanması ve yürütülmesine zemin oluşturacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, hipertansiyon hastalarında kalp krizi ve inmeden korunmada, hastaların bilgi eksikliklerinin ve eğitim-danışmanlık gereksinimi duydukları konuların saptanarak, elde edilen veriler doğrultusunda uygun hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) İç Hastalıkları BD Başkanlığı polikliniği ve kliniğinde, Kasım 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür. GATA, Türk Silahlı Kuvvetleri (TSK) bünyesinde hizmet veren en büyük eğitim hastanesi olup, Ankara ve çeşitli illerden sevk edilen askeri personel, aileleri ve belirli sayıda sivil hastaya hizmet sunmaktadır.

GATA İç Hastalıkları BD polikliniğinde dört uzman doktor ve dört uzmanlık öğrencisi tarafından hizmet verilmektedir. İç Hastalıkları polikliniğinde yıllık ortalama 20000 hastaya (tanı, tedavi ve kontrol amaçlı), poliklinik hizmeti sunulmaktadır. İç Hastalıkları BD. kliniğinde toplam yatak sayısı 44 olup ayda yaklaşık 60 hasta tedavi ve bakım hizmeti almaktadır. İç Hastalıkları BD Başkanlığı'nda üç profesör, iki yardımcı doçent, dört uzman doktor ve 21 uzmanlık öğrencisi doktor, bir başhemşire dahil olmak üzere toplam 17 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kasım 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında GATA İç Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan başvuran ve GATA İç Hastalıkları Kliniği'nde yatarak tedavi gören hipertansiyon hastaları oluşturmuştur.

Araştırmanın yapıldığı dönemde; GATA İç Hastalıkları Polikliniği'nde hipertansiyon tanısı konmuş olan, bilinç durumu yerinde ve iletişim kurabilen, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 234 hipertansiyon hastası araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Araştırmanın Etik Yönü ve İzlenen Diğer Adımlar

Araştırma için, GATA Etik Kurul Başkanlığı'ndan ve GATA Anket Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin ve araştırma onayı alınmıştır. Verilerin toplanmasında hastalara gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra araştırmayı kabul eden hastalara “Gönüllüleri Bilgilendirme Olur (Rıza) Formu” imzalatılmış ve “Veri Toplama Formları” uygulanmıştır.

3.4.2. Veri Toplama Formları

Araştırmada veriler; literatür taraması yapılarak ve güncel kılavuzlardan yararlanılarak, hipertansiyon hastalarının sosyo-demografik/tıbbi özellikleri ile kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri konusundaki bilgi seviyelerini ve hemşirelerden almak istedikleri eğitim-danışmanlık faaliyetlerini belirlemeye yönelik hazırlanan veri toplama formları kullanılarak toplanmıştır.

3.4.2.1 Hastaların Sosyo-Demografik ve Tıbbi Özellikleri Veri Toplama

Formu: Hipertansiyon hastalarının yaş, cinsiyet, eğitim, meslek, yaşadığı yer, gelir durumu, tedavisi, hastalığı ile ilgili mevcut bilgileri, bu bilgileri nereden ve kimden aldığı, aile öyküsü, daha önce kalp krizi veya inme geçirip geçirmeme durumları, kendini kalp krizi ve inme geçirme yönünden ne kadar riskli gördüğü, kendini kalp krizi ve inmeden korunmada ne kadar yetersiz gördüğü ve yetersiz bulduğu konular, kalp krizi ve inmeden korunmada hemşirelerden almak istedikleri eğitim ve danışmanlık faaliyetleri gibi bilgileri içeren toplam 28 sorudan oluşmaktadır (EK-3). Hastaların kendilerini kalp krizi ve inme yönünden riskli ve korunmada yeterli görme durumlarının belirlenmesinde 0-10 cm.lik Görsel Analog Skala kullanılmıştır. Her 1 mm, %1'e denk gelmektedir.

3.4.2.2. Kalp krizi ve İnme Risk Faktörleri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri

Toplama Formu: Hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inme risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeyini belirlemek amacıyla “Evet”, “Hayır”, “Bilmiyorum” yanıtları olan likert tipi toplam 20 sorudan oluşmaktadır (EK-4). “Evet” yanıtı doğru cevap

anlamına gelmekte olup, bilgi puanı hesaplamalarında her “Evet” yanıtı “1” puan olarak kabul edilmiştir.

3.4.2.3. Kalp Krizi Belirtileri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu:

Hipertansiyon hastalarının kalp krizi belirtileri ile ilgili bilgi düzeyini belirlemek amacıyla “Evet”, “Hayır”, “Bilmiyorum” yanıtları olan likert tipi toplam 13 sorudan oluşmaktadır (EK-5). “Evet” yanıtı doğru cevap anlamına gelmekte olup, bilgi puanı hesaplamalarında her “Evet” yanıtı “1” puan olarak kabul edilmiştir.

3.4.2.4. İnme Belirtileri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu:

Hipertansiyon hastalarının inme belirtileri ile ilgili bilgi düzeyini belirlemek amacıyla “Evet”, “Hayır”, “Bilmiyorum” yanıtları olan likert tipi toplam 11 sorudan oluşmaktadır (EK-6). “Evet” yanıtı doğru cevap anlamına gelmekte olup, bilgi puanı hesaplamalarında her “Evet” yanıtı “1” puan olarak kabul edilmiştir.

3.5. Uygulama

3.5.1. Ön Uygulama

Veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla beş hastaya ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formunda yer alan soruların anlaşılabilir olduğu konusunda geri bildirim alınmıştır.

3.5.2. Araştırmanın Uygulanması

Kasım 2012-Nisan 2013 tarihleri arasında daha önceden belirlenmiş araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan 234 hastaya veri toplama formları uygulanmıştır. Araştırmanın uygulama aşamasında, hastalara araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra hastaların anlamadıklarını ifade ettikleri konular araştırmacı tarafından tekrar açıklanmıştır. Hastaların veri toplama formlarındaki ifadelere olumlu ya da olumsuz yönde cevap vermelerini sağlayacak yönlendirilmeler yapılmamasına dikkat edilmiştir. Veriler; hasta odalarında, uygun olan poliklinik odalarında ve poliklinik bekleme salonlarında, “Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu” ile yazılı onamları alındıktan sonra, yüz yüze

görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama her hasta için ortalama 15 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerde SPSS 15.00 paket programı kullanılmıştır. Veri toplama formları ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılmış olup gerekli hata kontrolleri ve düzeltmeler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler, sayımla belirlenen kesikli değişkenler için sayı ve %, ölçümle belirlenen sürekli değişkenler için ise ortalama $\pm$ standart sapma şeklinde gösterilmiştir. Karşılaştırmalı analizlerde ANOVA, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t-test) ve Mann-Whitney-U Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılığın göstergesi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

Kalp krizi ve inme risk faktörleri ile belirtilerine yönelik puanlar, hastaların verdikleri “Evet” yanıtları toplanarak hesaplanmıştır. Her “Evet” yanıtı 1 puan olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya dahil olan 234 hipertansiyon hastasının verilerinin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular aşağıdaki başlıklar altında verilmiştir.

Tablo 4.1. Hipertansiyon Hastalarının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (N=234)

Özellikler	Sayı	%
Yaş ($\bar{x} \pm SD = 55.58 \pm 15.58$, Min=20, Max=87)		
18-30	26	11.1
31-40	10	4.3
41-50	36	15.4
51-60	58	24.8
61 ve üstü	104	44.4
Cinsiyet		
Kadın	136	58.1
Erkek	98	41.9
Medeni durum		
Evli	183	78.2
Dul	27	11.5
Bekar	21	9.0
Boşanmış	3	1.3
Eğitim durumu		
Okur yazar değil	24	10.3
Sadece okur yazar	11	4.7
İlköğretim	97	41.5
Ortaöğretim	52	22.2
Yükseköğretim ve üzeri	50	21.4
Yaşadığı yer		
Köy	5	2.1
İlçe	37	15.8
İl	192	82.1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	66	28.2
Çalışmıyor	168	71.8
Gelir gider durumu		
Gelir gideri karşılıyor	31	13.2
Gelir gidere denk	132	56.4
Gelir gideri karşılamıyor	71	30.3
Meslek		
Ev hanımı	107	45.7
Emekli	58	24.8
Memur	33	14.1
Serbest meslek ve diğer	33	14.1
Mesleği yok	3	1.3

Tablo 4.1.'de hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Çalışmaya dahil olan bireylerin yaş ortalaması 55.58 ± 15.58 yıl olup, %44.4'ü 61 yaş ve üstü yaş grubunda yer almaktadır. Hastaların %58.1'i kadın, %41.9'u erkek, %78.2'si evli, % 41.5'i ilköğretim mezunu, %82.1'i il merkezinde yaşamakta, %71.8'i herhangi bir işte çalışmamakta, %56.4'ünün geliri giderine denk ve %45.7'si ev hanımıdır.



Tablo 4.2. Hipertansiyon Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre Dağılımı (N=234)

Özellikler	Sayı	%
Hipertansiyon tanı süresi (ay) ($\bar{X} \pm SD = 116.50 \pm 96.77$, Min=1, Max=480)		
1-12 ay	36	15.4
13-60	51	21.8
61-120	75	32.1
121 ve üzeri	72	30.8
İlaç kullanma durumu		
Evet	189	80.8
Hayır	21	9.0
Kullandığı ilacı bilmiyor	24	10.3
Kullanılan ilaçlar (n=189)*		
Diüretik	8	3.4
Beta bloker	41	17.5
ACE inhibitörü	48	20.5
Anjiotensin II antagonisti	100	42.7
Kalsiyum kanal blokeri	34	14.6
Diğer antihipertansifler	3	1.3
Diğer Kronik Hastalıkları		
Var	140	59.8
Yok	94	40.2
Dişabet	62	36.0
Kardiyovasküler hastalık	25	14.5
Hiperkolesterolemi	21	12.2
Tiroid hastalıkları	20	11.6
KOAH	19	11.0
Nörolojik hastalıklar	15	8.7
Böbrek yetmezliğı	10	5.8
Daha önce kalp krizi geçirme durumu		
Evet	26	11.1
Hayır	208	88.9
Daha önce inme geçirme durumu		
Evet	16	6.8
Hayır	218	93.2

*Bir hasta birden fazla ilaç kullandığı için n katlanmıştır.

Tablo 4.2.'de hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların hipertansiyon tanı süresi ortalamaları 116.50 ± 96.77 ay ve %32.1'i 61-120 ay grubunda yer almaktadır. Hastaların %80.8'i ilaç kullanmakta olup, %42.7'si anjiotensin II antagonisti grubu ilaç almaktadır. Hastaların %59.8'i hipertansiyon dışında kronik bir hastalığa sahiptir. Diğer kronik hastalığa sahip olan hastaların (n=140) %36.0'ı dişabet hastasıdır. Hastaların %88.9'u daha önce kalp krizi ve %93.2'si daha önce inme geçirmemiştir.

Tabla 4.3. Hipertansiyon Hastalarının Risk Faktörlerine Göre Dağılımı (N=234)

Özellikler	Sayı	%
Sigara kullanma		
Evet	33	14.1
Hayır	201	85.9
Pasif içicilik		
Evet	93	39.7
Hayır	141	60.3
Alkol kullanma		
Evet	21	9.0
Hayır	213	91.0
Düzenli egzersiz yapma		
Evet	78	33.3
Hayır	156	66.7
BKİ (kg/m²)		
18.5 altı (zayıf)	0	0
18.5-24.9 (normal kilolu)	32	13.7
25-29.9 (fazla kilolu)	90	38.5
30-34.9 (1.derece obez)	72	30.8
35-39.9 (2.derece obez)	30	12.8
40 ve üzeri (morbidobez)	10	4.3
İlaçlarını düzenli kullanma durumu		
Evet	206	97.2
Hayır	6	2.8
Düzenli sağlık kontrolüne gelme durumu		
Evet	175	74.8
Hayır	59	25.2
Tansiyonu ölçtürme sıklığı		
Belli bir aralığı yok (rastgele)	97	41.5
Günde 2 veya daha fazla	46	19.6
Günde 1 defa	35	15.0
Kendini rahatsız hissettiğinde	31	13.2
Haftada 2 veya daha fazla	18	7.7
Haftada 1 defa	12	5.1
Tansiyonu kime ölçtürdüğü		
Kendi ölçüyor	127	54.3
Hastanede sağlık personeli ölçüyor	37	15.8
Evde bir yakını ölçüyor	35	15.0
Eczanede ölçtürüyor	18	7.7
Sağlık ocağında ölçtürüyor	17	7.3
Ailede kalp krizi yaşamış yakının varlığı		
Evet	77	32.9
Hayır	157	67.1
Ailede inme yaşamış yakının varlığı		
Evet	41	17.5
Hayır	193	82.5
Kalp krizi ve inme hakkında sağlık personelinde bilgi alma durumu		
Evet	47	20.0
Hayır	187	80.0

Tablo 4.3.'te hipertansiyon hastalarının risk faktörlerine göre dağılımı verilmiştir. Hipertansiyon hastalarının %85.9'u sigara kullanmazken %39.7'si sigara dumanına maruz kalmaktadır. Hastaların %91.0'ı alkol kullanmamakta, %66.7'si egzersiz yapmamakta ve BKİ (kg/m²) hesaplamalarında %38.5'i 25-29.9 (fazla kilolu) grup içinde yer almaktadır. Hastaların %97.2'si ilaçlarını düzenli kullanmakta, %74.8'i düzenli sağlık kontrollerine gelmektedir. Hastaların %41.5'i tansiyonunu ölçtürmede belli bir aralığının olmadığını ve %54.3'ü tansiyonunu kendi ölçtüğünü belirtmiştir. Hastaların %67.1'i ailesinde kalp krizi yaşamış bir yakını ve %80'i ailesinde inme geçirmiş bir yakını bulunmadığını, %80.0'ı kalp krizi ve inme hakkında sağlık personelinin bilgi almadığını belirtmiştir.

Tablo 4.4. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnme Geçirme Yönünden Kendilerini Riskli Görme Durumları (N=234)

Risk durumu	Ortalama	SD
Kalp krizi	39.12	29.90
İnme	35.7	28.94

Tablo 4.4.'te hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inme geçirme yönünden kendilerini riskli görme durumları verilmiştir. Hastalar kalp krizi geçirme yönünden kendilerini ortalama 39.12 oranında riskli görürken, inme geçirme yönünden ortalama 35.7 oranında riskli görmektedirler.

Tablo 4.5. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnmeden Korunmada Kendilerini Yeterli Görme Durumları (N=234)

Yeterli görme durumu	Ortalama	SD
Kalp krizi	54.62	27.23
İnme	53.58	27.78

Tablo 4.5'te hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inmeden korunmada kendilerini yeterli görme durumları verilmiştir. Hastalar kalp krizinden korunmada kendilerini ortalama 54.62 oranında yeterli görürken, inmeden korunmada ortalama 53.58 oranında yeterli görmektedirler.

Tablo 4.6. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnmeden Korunmada Kendilerini Yetersiz Buldukları ve Eğitim-Danışmanlık Almak İstedikleri Konuların Dağılımı (N=234)

	Sayı*	%
Hastaların kendilerini yetersiz buldukları konular		
Doğru ve yeterli egzersiz yapma	150	64.1
Stresi kontrol altına alma	135	57.7
Doğru ve sağlıklı beslenme	89	38.0
Kalp krizi ve inme belirtileri ve hastaneye başvurulması gereken durumları bilme	70	29.9
Sigara ve alkolü bırakma/azaltma	30	12.8
İlaçların doğru kullanımı	18	7.7
Hemşirelerden almak istedikleri eğitim ve danışmanlık faaliyetleri (n=125)		
Kalp krizi ve inmeden korunmada yapılması gerekenler (ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişiklikleri) hakkında eğitim	71	56.8
Kalp krizi ve inme sırasında hastaneye başvurulması gereken durumlar ve yapılması gerekenler hakkında eğitim	25	20
Kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri hakkında eğitim	16	12.8
Kalp krizi ve inme konusunda hemşireler tam bilgili olmalı	3	2.4
Kalp krizi ve inme hakkında broşürler dağıtılması	6	4.8
Her hastanın eğitim ihtiyacının belirlenip ona göre eğitim planlanması	2	1.6
Fizyolojik parametreler hakkında eğitim	2	1.6

*Bir hasta birden fazla yanıt verdiği için n katlanmıştır.

Tablo 4.6’da hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inmeden korunmada kendilerini yetersiz buldukları ve eğitim-danışmanlık almak istedikleri konuların dağılımı verilmiştir. Hastaların %64.1’i doğru ve yeterli egzersiz yapma, %57.7’si

stresi kontrol altına alma, %38'i doğru ve sağlıklı beslenme konusunda kendilerini yetersiz gördüklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerden almak istedikleri danışmanlık faaliyeti olarak kalp krizi ve inmeden korunmada yapılması gerekenler (ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişiklikleri) hakkında eğitim %56.8 oranla ilk sırada yer almaktadır. Hastaların %20'si kalp krizi ve inme sırasında hastaneye başvurulması gereken durumlar ve yapılması gerekenler hakkında eğitim ve %12.8'i kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri hakkında eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir.



Tablo 4.7. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörlerine Yönelik Bilgi Durumları (N=234)

	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Bilmiyorum Sayı (%)
Kalp hastalıkları ve inme önlenebilir.	167 (%71.4)	23 (%9.8)	44 (%18.8)
Kalp krizi, kalbi besleyen kan damarlarının tıkanması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır.	209 (%89.3)	4 (%1.7)	21 (%9.0)
İnme beyin kan damarlarının tıkanması veya kanamaya bağlı oluşan bir hastalıktır.	207 (%88.5)	1 (%0.4)	26 (%11.1)
Erkeklerin kalp krizi ve inme geçirme riski kadınlara göre daha yüksektir.	161 (%68.8)	11(%4.7)	62 (%26.5)
Ailede kalp krizi veya inme geçirmiş biri varsa kalp krizi veya inme geçirme riski artar.	182 (%77.8)	21 (%9.0)	31 (%13.2)
Düzenli kan basıncı kontrolü ve hipertansiyonun uygun tedavisi ile kalp krizi ve inme geçirme riski azaltılabilir.	209 (%89.3)	3 (%1.3)	22 (%9.4)
Hipertansiyon, kalp krizi ve inme için bir risk faktörüdür.	196 (%83.8)	3 (%1.3)	35 (%15.0)
Kalp krizini ve inmeyi önlemek için tansiyonun 140/90 mmHg'ın altında tutulması gerekir.	201 (%85.9)	4 (%1.7)	29 (%12.4)
Yüksek kolesterol (LDL) kalp krizi ve inme için bir risk faktörüdür.	159 (%67.9)	5 (%2.1)	70 (%29.9)
Kan şekerinin yüksek olması kalp krizi ve inme riskini artırır.	135 (%57.7)	7 (%3.0)	92 (%39.3)
Sigara içmek ve pasif içicilik kalp krizi ve inme riskini artırır.	223 (%95.3)	2 (%0.9)	9 (%3.8)
Kalp krizi geçirmek, inme riskini artırır.	151 (%64.5)	7 (%3.0)	76 (%32.5)
Fiziksel olarak aktif bir yaşam sürdürmek kalp krizi ve inme geçirme olasılığını azaltır.	201 (%85.9)	7 (%3.0)	26 (%11.1)
Kalp krizi ve inmeden korunmak için haftada en az 5 gün 30-60 dk tempolu yürüyüş gibi orta düzey egzersiz yapmak gerekir.	213 (%91.0)	2 (%0.9)	19 (%8.1)
Normal kilolu kişilerde kalp krizi ve inme geçirme riski kilolu (şişman) bireylere göre daha düşüktür.	206 (%88.0)	10 (%4.3)	18 (%7.7)
Karın çevresinin genişlemesi (erkeklerde 94'ten, kadınlarda 80'den fazla olması) kalp krizi ve inme riskini artırır.	166 (%70.9)	6 (%2.6)	62 (%26.5)
Stres ve üzüntülü bir yaşam kalp krizi riskini artırır.	229 (%97.9)	0 (%0.0)	5 (%2.1)
Kalp krizi ve inmeden korunmak için günlük tuz tüketimi en fazla 6 gram (1 çay kaşığı) olmalıdır.	174 (%74.4)	11 (%4.7)	49 (20.9)
Fazla alkol alımı kalp krizi ve inme için bir risk faktörüdür.	223 (%95.3)	2 (%0.9)	9 (%3.8)
Katı yağlar yerine bitkisel sıvı yağlar kullanmak kalp krizi ve inmeden korur.	211 (%90.2)	7 (%3.0)	16 (%6.8)
Bilgi puan ortalaması (ortalama±SD)	16.35±3.66		

Tablo 4.7.’de hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inme risk faktörlerine yönelik bilgi durumları verilmiştir. Hastaların %97.9’u stres ve üzüntülü bir yaşamın kalp krizi riskini artırdığı, %95.3’ü sigara içmenin ve pasif içiciliğin kalp krizi ve inme riskini artırdığı, %95.3’ü fazla alkol alımının kalp krizi ve inme için bir risk faktörü olduğu, %91’i kalp krizi ve inmeden korunmak için haftada en az 5 gün 30-60 dakika tempolu yürüyüş gibi orta düzey bir egzersiz yapmak gerektiği, %90.2’si katı yağlar yerine bitkisel sıvı yağlar kullanmanın kalp krizi ve inmeden koruduğu maddelerine “Evet” (Doğru) yanıt vermişlerdir.

Hastaların %39.3’ü kan şekerinin yüksek olmasının kalp krizi ve inme riskini artırdığı, %32.5’i kalp krizi geçirmenin inme riskini artırdığı, %29.9’u yüksek kolesterolün (LDL) kalp krizi ve inme için bir risk faktörü olduğu, %26.5’i karın çevresinin genişlemesinin (erkeklerde 102’den, kadınlarda 89’dan fazla olması) kalp krizi ve inme riskini artırdığı, %26.5’i erkeklerin kalp krizi ve inme geçirme riskinin kadınlara göre daha yüksek olduğu maddelerine “Bilmiyorum” yanıt vermişlerdir.

Örnekleme dahil edilen hastaların, kalp krizi ve inme risk faktörleri ile ilgili maddelere verdikleri “Evet” yanıtlarına göre, bilgi puanı ortalamaları 16.35 ± 3.66 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.8. Hipertansiyon Hastalarının Kalp Krizi Belirtilerine Yönelik Bilgi Durumları (N=234)

	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Bilmiyorum Sayı (%)
Kişi kalp krizi geçirdiğini anlayabilir.	152 (%65.0)	44 (%18.8)	38 (%16.2)
Kalp krizi sırasında göğüs ağrısı görülebilir.	217 (%92.7)	0 (%0.0)	17 (%7.3)
Ağrı omuzda, çenede, sırtta veya her iki kolda hissedilebilir.	196 (%83.8)	5 (%2.1)	33 (%14.1)
Yaşlı bireylerde kalp krizi sırasında göğüs ağrısı görülmeyebilir.	103 (%44.0)	10 (%4.3)	121 (%51.7)
Ağrı bazen mide ağrısı şeklinde hissedilebilir.	128 (%54.7)	10 (%4.3)	96 (%41.0)
Ağrı istirahat sırasında veya hareket halindeyken, uyurken veya uyanırken meydana gelebilir.	200 (%85.5)	2 (%0.9)	32 (%13.7)
Ağrı istirahatle, pozisyon değişikliği ile ve dilaltı ilaç alınmasına rağmen geçmez.	130 (%55.6)	10 (%4.3)	94 (%40.2)
Kalp krizi sırasında çarpıntı hissedilebilir.	206 (%88.0)	0 (%0.0)	28 (%12.0)
Kalp krizi sırasında solunum sıkıntısı olabilir.	209 (%89.3)	2 (%0.9)	23 (%9.8)
Kalp krizi sırasında soğuk terleme olabilir.	209 (%89.3)	1 (%0.4)	24 (%10.3)
Kalp krizi sırasında bulantı hissi oluşabilir.	177 (%75.6)	3 (%1.3)	54 (%23.1)
Kalp krizi sırasında huzursuzluk ve korku hissi oluşabilir.	193 (%82.5)	3 (%1.3)	38 (%16.2)
Kalp krizi sırasında dilaltı ilacı alınmasına rağmen göğüs ağrısı geçmezse 5 dakika sonra bir dilaltı ilacı daha alınır ve yardım çağırılır.	108 (%46.2)	11 (%4.7)	115 (%49.1)
Bilgi puan ortalaması (ortalama±SD)	9.58±3.06		

Tablo 4.8.'de hipertansiyon hastalarının kalp krizi belirtilerine yönelik bilgi durumları verilmiştir. Hastaların %92.7'si kalp krizi sırasında göğüs ağrısı görülebildiği, %89.3'ü kalp krizi sırasında solunum sıkıntısı ve soğuk terleme olabileceği, %88.0'ı kalp krizi sırasında çarpıntı olabileceği, %85.5'i ağrının istirahat sırasında veya hareket halindeyken, uyurken veya uyanırken meydana gelebileceği maddelerine "Evet" (Doğru) yanıt vermişlerdir.

Hastaların %49.1'i kalp krizi sırasında dilaltı ilacı alınmasına rağmen göğüs ağrısı geçmezse 5 dakika sonra bir dilaltı ilacı daha alınması ve yardım çağırılması gerektiği, %51.7'si yaşlı bireylerde kalp krizi sırasında göğüs ağrısı görülmeyebileceği, %41'i ağrının bazen mide ağrısı şeklinde hissedilebileceği, %40.2'si ağrının istirahatle, pozisyon değişikliği ile ve dilaltı ilacı alınmasına rağmen geçmeyeceği, %23.1'i kalp krizi sırasında bulantı hissi oluşabileceği maddelerine “Bilmiyorum” yanıtı vermişlerdir.

Örnekleme dahil edilen hastaların, kalp krizi belirtileri ile ilgili maddelere verdikleri “Evet” yanıtlarına göre, bilgi puanı ortalamaları 9.58 ± 3.06 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.9. Hipertansiyon Hastalarının İnme Belirtilerine Yönelik Bilgi Durumları (N=234)

	Evet Sayı (%)	Hayır Sayı (%)	Bilmiyorum Sayı (%)
Kişi inme geçirdiğini anlayabilir.	154 (%65.8)	38 (%16.2)	42 (%17.9)
İnme sırasında ani başlayan ve şiddetli baş ağrısı olabilir.	171 (%73.1)	5 (%2.1)	58 (%24.8)
İnme sırasında vücudun bir tarafında (yüzde, kol veya bacakta) ani güçsüzlük veya uyuşukluk olabilir.	217 (%92.7)	1 (%0.4)	16 (%6.8)
İnme sırasında yüzün bir tarafında düşme/kayma/uyuşma meydana gelebilir.	220 (%94.0)	0 (%0.0)	14 (%6.0)
İnme sırasında ani gelişen bilinç bozukluğu (şuur kaybı) olabilir.	198 (%84.6)	1 (%0.4)	35 (%15.0)
İnme sırasında ani konuşma bozukluğu/konuşamama görülebilir.	205 (%87.6)	0 (%0.0)	29 (%12.4)
İnme sırasında görme problemi olabilir.	178 (%76.1)	4 (%1.7)	52 (%22.2)
İnme sırasında hareket etmekte ve yürümekte zorluk çekilebilir.	205 (%87.6)	0 (%0.0)	29 (%12.4)
İnme sırasında yutmada güçlük olabilir.	172 (%73.5)	1 (%0.4)	61 (%26.1)
İnme geçiren bir kişi idrarını ve büyük tuvaletini tutamayabilir.	177 (%75.6)	2 (%0.9)	55 (%23.5)
İnme tedavisi için ilk belirti görüldükten sonraki ilk 3 saat çok önemlidir.	162 (%69.2)	1 (%0.4)	71 (%30.3)
Bilgi puan ortalaması (ortalama±SD)	8.79±2.96		

Tablo 4.9.'da hipertansiyon hastalarının inme belirtilerine yönelik bilgi durumları verilmiştir. Hastaların %94'ü inme sırasında yüzün bir tarafında düşme/kayma/uyuşma meydana gelebileceği, %92.7'si inme sırasında vücudun bir tarafında (yüzde, kol veya bacakta) ani güçsüzlük veya uyuşukluk olabileceği, %87.6'sı inme sırasında ani konuşma bozukluğu/konuşamama ve hareket etmekte ve yürümekte güçlük olabileceği, %84.6'sı inme sırasında ani bilinç kaybı olabileceği maddelerine "Evet" (Doğru) yanıt vermişlerdir.

Hastaların %30.3'ü inme tedavisi için ilk belirti görüldükten sonraki ilk 3 saatin çok önemli olduğu, %26.1'i inme sırasında yutmada güçlük olabileceği, %24.8'i inme sırasında ani başlayan ve şiddetli baş ağrısı olabileceği, %23.5'i inme geçiren bir kişinin idrarını ve büyük tuvaletini tutamayabileceği, %22.2'si inme sırasında görme problemi olabileceği maddelerine "Bilmiyorum" yanıtı vermişlerdir.

Örnekleme dahil edilen hastaların, inme belirtileri ile ilgili maddelere verdikleri “Evet” yanıtlarına göre, bilgi puanı ortalamaları 8.79 ± 2.96 olarak bulunmuştur.



4.10. Hipertansiyon Hastalarının Demografik Özellikleri ile Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörleri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=234)

Özellikler		X±SD	Test*	p
Kalp krizi ve inme risk faktörleri hakkında bilgi	Yaş (n, %) 18-30 (26, %11.1) 31-40 (10, %4.3) 41-50 (36, %15.4) 51-60 (58, %24.8) 61 ve üstü (104, %44.4)	13.69±3.25 17.70±2.31 17.13±2.48 17.32±2.63 16.06±4.31	F=5.807	0.000
	Eğitim durumu (n, %) Okur yazar değil (24, %10.3) Sadece okur yazar (11, %4.7) İlköğretim (97, %41.5) Ortaöğretim (52, %22.2) Yükseköğretim ve üzeri (50, %21.4)	15.36±5.57 14.62±4.10 16.53±3.68 16.15±3.26 17.24±3.05	F=2.425	0.049
	Meslek (n, %) Ev hanımı (107, %47.5) Emekli (58, %24.8) Memur (33, %14.1) Serbest meslek ve diğer (33, %14.1) Mesleği yok (3, %1.3)	15.91±4.01 17.32±3.15 17.24±2.63 15.15±3.83 16.33±2.08	F=2.870	0.024
	Yaşadığı yer (n, %) Köy (5, %2.1) İlçe (37, %15.8) İl (192, %82.1)	13.80±4.96 15.16±4.91 16.64±3.28	F=3.875	0.022

*ANOVA

Tablo 4.10.'da hastaların demografik özellikleri ile kalp krizi ve inme risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların kalp krizi ve inme risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri ile yaş grupları karşılaştırıldığında 18-30 yaş grubu hastaların risk faktörleri bilgi puan ortalamalarının en düşük (13.69±3.25) olduğu görülmüştür. Yaş grupları ile risk faktörleri bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0.05$) ve farkın 18-30 yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların eğitim durumları ile kalp krizi ve inme risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında okur yazar olmayan (15.36±5.57) ve sadece okur

yazar (14.62 ± 4.10) hastaların risk faktörleri bilgi puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür. Eğitim durumları ile risk faktörleri bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p < 0.05$) ve farkın sadece okur yazar eğitim grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların meslekleri ile kalp krizi ve inme risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, ev hanımı (15.91 ± 4.01) ve serbest meslek/diğer (15.15 ± 3.83) olan hastaların risk faktörleri bilgi puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür. Meslek ile risk faktörleri bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p < 0.05$) ve farkın yukarıda belirtilen iki gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların yaşadıkları yer ile kalp krizi ve inme risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, köyde yaşayan hastaların (13.80 ± 4.96) risk faktörleri bilgi puan ortalamalarının düşük olduğu görülmüştür. Hastaların yaşadıkları yer ile risk faktörleri bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p < 0.05$) ve farkın köyde yaşayan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Diğer sosyo-demografik ve tıbbi değişkenler ile risk faktörleri bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4.11. Hipertansiyon Hastalarının Demografik ve Tıbbi Özellikleri ile Kalp Krizi ve İnme Belirtileri Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması (N=234)

Özellikler		X±SD	test	p
Kalp krizi belirtileri hakkında bilgi	Yaş (n, %) 18-30 (26, %11.1) 31-40 (10, %4.3) 41-50 (36, %15.4) 51-60 (58, %24.8) 61 ve üstü (104, %44.4)	8.00±2.24 10.50±2.83 9.33±3.03 10.39±2.58 9.51±3.36	F*=3.172	0.015
	Daha önce kalp krizi geçirme durumu (n, %) Evet (26, %11.1) Hayır (208, %88.9)	10.65±2.63 9.44±3.08	Z**=-2.132	0.033
İnme belirtileri hakkında bilgi	Medeni durum (n, %) Evli (183, %78.2) Bekar/Dul (51, %21.8)	9.01±2.82 8.01±3.36	t***=2.137	0.034

*ANOVA

**Mann Whitney-U Test

***İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi (t-test)

Tablo 4.11’de hipertansiyon hastalarının demografik ve tıbbi özellikleri ile kalp krizi ve inme belirtileri hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması verilmiştir. Hastaların kalp krizi belirtileri hakkındaki bilgi düzeyleri ile yaş grupları karşılaştırıldığında 18-30 yaş grubu hastaların kalp krizi belirtileri bilgi puan ortalamalarının en düşük (8.00±2.24) olduğu görülmüştür. Yaş grupları ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş (p<0.05) ve farkın 18-30 yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hastaların daha önce kalp krizi geçirme durumu ile kalp krizi belirtileri hakkındaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, daha önce kalp krizi geçirmeyenlerin bilgi puan ortalamalarının daha düşük (9.44±3.08) olduğu görülmüştür. Daha önce

kalp krizi geçirme durumu ile bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Hastaların medeni durumları inme belirtileri hakkındaki bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında, bekar/dul hastaların inme belirtileri hakkındaki bilgi puan ortalamalarının daha düşük (8.01 ± 3.36) olduğu görölmüştür. Medeni durum ile inme belirtileri hakkındaki bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Diğer sosyo-demografik ve tıbbi değişkenler ile kalp krizi ve inme belirtileri hakkındaki bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).



TARTIŞMA

Hipertansiyon hastalarında kalp krizi ve inmeden korunmada, hastaların bilgi eksikliklerinin ve eğitim-danışmanlık gereksinimi duydukları konuların saptanarak, elde edilen veriler doğrultusunda uygun hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1. Hipertansiyon hastalarının sosyo-demografik özelliklerinin tartışılması

Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte artış göstermektedir (5,8,9,14,50). Türkiye’de geriatrik popülasyonda (≥ 65 yaş) hipertansiyon prevalansı %71.1 olarak bildirilmiştir (5). Araştırmamıza dahil olan hipertansiyon hastalarının yaş ortalamaları 55.58 ± 15.58 ve hastaların yaklaşık yarısı (%44.4) 61 yaş ve üstü grupta yer almakta olup literatür ile uyumludur.

Çalışmamıza katılan bireylerin yarısından fazlası (%58.1) kadındır. Hastalarının çoğunluğunun 61 yaş ve üstü ve kadın olması, literatürde belirtildiği gibi 55 yaşından sonra hipertansiyonun kadınlarda daha fazla görüldüğü sonucunu desteklemektedir (Tablo 4.1.) (45).

Literatürde hipertansiyonun düşük sosyoekonomik düzeye sahip ve daha az eğitilmiş gruplarda daha yaygın olduğu belirtilmektedir (45). Doğan ve diğ. nin (14) hipertansiyon prevalansı ve risk faktörlerini belirlediği çalışmalarında hastaların düşük eğitim düzeyine (okur yazar olmayan veya sadece okur yazar) sahip olduklarını; Bani ve diğ. (8) ise hipertansiyon ve risk faktörlerini belirledikleri çalışmalarında, hipertansif bireylerin çoğunluğunun okur yazar olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda bu sonuçlardan farklı olarak hastaların yalnızca %15’inin okur yazar değil ve sadece okur yazar olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1). Bu sonucun çalışmalardaki örneklem gruplarının farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmamızda hastaların kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri hakkındaki bilgi düzeylerinin genel olarak yüksek bulunmasında, eğitim seviyelerinin yüksek olmasının etkili olduğu söylenebilir. Ayrıca Tablo 4.10’da

görüldüğü gibi eğitim düzeyi yüksek olan hastaların bilgi puanları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda bireylerin çoğunluğunun il merkezinde yaşıyor olması sağlık kurumuna daha kolay ulaşabilmeleri bakımından olumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.2. Hipertansiyon hastalarının tıbbi özelliklerinin tartışılması

Çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğu hipertansiyon tedavisi için ilaç kullanmakta olup, Anjiyotensin II antagonisti ve ACE inhibitörü kullanımının fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.2). Literatürde Evre 1 hipertansiyon tedavisinde bu ilaç gruplarından herhangi birisinin kullanılabileceği önerilmektedir (36,45,51).

Diyabet hastalarında hipertansiyon daha yaygın görülmektedir. Hipertansiyon ve diyabet beraber olduğunda hedef organ hasarı gibi komplikasyonlar daha ciddi hale gelmektedir (45). Çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun mevcut diğer kronik hastalıklarının başında diyabet gelmektedir (Tablo 4.2). Benzer olarak Doğan ve diğ. nin çalışmalarında, araştırmaya katılan 2035 diyabet hastasının yaklaşık yarısının hipertansiyonu olduğu belirtilmiştir (14). Khan ve diğ. yüksek kan basıncının artmış glikoz ve HbA1c seviyeleri ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (39).

Araştırmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun daha önce kalp krizi ve inme geçirmediği görülmüştür (Tablo 4.2). Yine bu çalışmadan elde edilen bir başka sonuç olarak, daha önce kalp krizi geçirmiş hastaların kalp krizi belirtileri hakkında daha bilgili oldukları görülmüştür (Tablo 4. 11). Özellikle daha önce kalp krizi ve inme geçirmemiş hastalar başta olmak üzere tüm hipertansif hastalara kalp krizi ve inme riskleri ve belirtileri konusunda eğitim ve danışmanlık verilmesi önemlidir. Hemşireler tarafından verilecek bu hizmetlerle kalp krizi ve inme geçirme oranlarının daha da azaltılabileceği düşünülmektedir.

5.3. Hipertansiyon hastalarının risk faktörlerine göre dağılımının tartışılması

Sigara kullanımı ve pasif içicilik KVH riskini %25-30'a kadar artırmaktadır (2,45). Çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarının sigara kullanım oranları düşük olmakla birlikte (%14.1), pasif içicilik oranının %39.7 olması bireylerin sigara

içmeseler bile sigara dumanına maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır (Tablo 4.3). 2005 yılında Amerika’da yaklaşık 467 000 ölümünün sebebinin tütün kullanımı ve bu ölümlerin yaklaşık üçte birinin kardiyovasküler hastalık ile ilgili olduğu belirtilmektedir. 2000-2004 yılları arasında sigara sebebiyle ölümlerin %11.1’i pasif içiciliğe atfedilmektedir (2). KAH ve diğer aterosklerotik damar hastalıklarını önlemek için sigaranın bırakılması ve çevreden kaynaklanan sigara dumanına maruziyetten uzak durulması önerilmektedir (2,67). Tablo 4.7’de de görüldüğü gibi araştırmamıza katılan hastaların tamamına yakını pasif içiciliğin kalp krizi ve inme riskini arttırdığını bilmesine rağmen, yaklaşık üçte biri sigara dumanına maruz kalmaktadır. Bu sonuç, pasif içiciliğin önlenmesinde hastaların alması gereken tedbirler konusunda bilgilendirilmeye gereksinimleri olduğunu ortaya koymuştur.

Fazla alkol alımı ile KAH mortalitesi ve morbiditesi arasında ilişki bulunmaktadır. Aşırı alkol alımı, hipertansiyon için ciddi bir risk faktörüdür (45). Alkol, antihipertansif ilaç tedavisinin etkisini azaltırken inme riskini artırır (52). Çalışmamıza katılan bireylerin alkol tüketim oranları düşük bulunmuştur. Khan ve diğ. kadınlarda hipertansiyon prevalansı ve risk faktörlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, sigara ve alkol kullanan yaşlı kadınlarda hipertansiyon oranının daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (39).

Sedanter yaşam hipertansiyon için bir risk faktörüdür. Düzenli fiziksel aktivite ile kan basıncında 4-9 mmHg düşme sağlanabilir, dislipidemi ve KVH riski azaltılabilir, kilo kontrolü kolaylaşır (36,45). Riski azaltmak için haftada en az 5 gün 30-60 dakika tempolu yürüyüş gibi orta düzey egzersiz önerilmektedir (67). Ancak çalışmamıza katılan hastaların yalnızca üçte biri düzenli egzersiz yaptığını ifade etmiştir. Yaşlı bireylerde kalp krizi ve inme risk faktörlerinin incelendiği benzer bir çalışmada da, düzenli egzersiz yapma oranının %43.5 olduğu belirtilmiştir (41). Irmak ve diğ., hipertansiyon hastalarına hemşireler tarafından verilen eğitim programını takiben hastaların düzenli egzersiz yapma ve diyetle uyma oranlarında önemli bir artış olduğunu ortaya koymuşlardır (33).

Kan basıncı vücut ağırlığı ile doğrudan ilişkili olup, fazla kilolu olmak kan basıncını arttıran bir faktördür (45). Riski azaltmak için BKİ’nin 18.5-24.9 kg/m² aralığında olması önerilmektedir (67). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışmasında Türk toplumunun obezite prevalansı (BKİ ≥ 30 kg/m²) %24.9 ve hipertansif bireylerin

BKİ ortalamasının ise 29.8 kg²/m² olduğu ve BKİ ile hipertansiyon prevalansı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bildirilmiştir (5). Çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun BKİ ortalamalarının Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması ile paralellik göstererek 25-29.9 kg/m² (fazla kilolu) gruba dahil olduğu görülmektedir. Galvin ve diğ. nin kadınlarda kalp krizi ve inme farkındalığını incelediği çalışmalarında, araştırmaya dahil edilen kadınların üçte ikisinin fazla kilolu ve obez grubunda olduğunu belirtilmiştir (22).

Çalışmamızda hastaların yaklaşık yarısının tansiyonlarını rastgele aralıklarla ölçtirdiği görülmüştür (Tablo 4.3). Bu sonuç hastaların düzenli kan basıncı takibinin önemi konusunda yeterince bilgi ve farkındalık sahibi olmadıklarını göstermektedir. Evde kan basıncı ölçümünün yeni başlayan kan basıncı yükselmelerini, sınırda hipertansiyonu olan hastalarda günlük kan basıncı değerlerini saptama, ilaca başlanmış ise ilacın etkinliğini değerlendirme ve hastanın hastalığa uyumunu güçlendirme gibi yararları vardır (36). Çalışmamızda hastaların yarısının (%54.3) tansiyonlarını kendilerinin ölçtüğünü ifade etmeleri ise, hastalık yönetiminde sorumluluk üstlendiklerini göstermesi açısından olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda hastaların kalp krizi ve inme hakkında sağlık personelinin eğitim alma durumlarının %20 oranıyla düşük olduğu ortaya çıkmıştır (Tablo 4.3). Ratner ve diğ. nin kalp krizi semptomları hakkında bireylerin bilgi düzeyini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, semptomlar hakkında sağlık personelinin eğitim alma oranının %30.9 olduğu gösterilmiştir (62). Winham ve Jones çalışmalarında erişkin bireylerin yalnızca yarısının sağlık personelinin kalp hastalıklarından korunma konusunda bilgi aldığını belirtmiştir (79).

Araştırmaya dahil olan hastaların bazı faktörler yönünden riskli gruplarda yer aldıkları görülmektedir. Sigara dumanına maruz kalma, düzenli egzersiz yapmama, BKİ ortalamaları açısından fazla kilolu grupta yer alma, düzenli sağlık kontrollerine gelmeme, tansiyonlarını rastgele aralıklarla ölçtürme, kalp krizi ve inme hakkında sağlık personelinin yeterli bilgi almama gibi risk faktörlerine sahip olmalarına rağmen kendilerini kalp krizi (39.12) ve inme (35.7) yönünden düşük oranda riskli görmektedirler (Tablo 4.4). Yaşlı bireylerin kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri hakkındaki bilgi düzeylerinin incelendiği bir çalışmada, bireylerin %31.1'i

kalp krizi ve %32.4'ü inme geçirme yönünden kendilerini riskli görmüşlerdir (41). 40 yaş üzeri bireylerin kalp krizi semptomları konusunda bilgi düzeylerinin incelendiği benzer bir çalışmada da, bireylerin yarısı kendisini düşük riskli görürken üçte biri orta düzeyde riskli görmüşlerdir (62).

Çalışmamızda bireyler kalp krizinden (54.62) ve inmeden (53.58) korunmada kendilerini orta düzeyde yeterli bulmuşlardır (Tablo 4.5). Gerek risk algılarının düşük olması, gerekse korunmada kendilerini orta düzeyde yeterli görmeleri, hastaların hipertansiyonda risk yönetiminde yeterince bilgi sahibi olmadıklarını düşündürmektedir. Hastalar çoğunlukla doğru ve yeterli egzersiz yapma, stresi kontrol altına alma, doğru ve sağlıklı beslenme gibi risk faktörleri, kalp krizi ve inme belirtileri ve hastaneye başvurmayı gerektiren durumlar konusunda kendilerini yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.6). Hemşirelerden almak istedikleri eğitim-danışmanlık faaliyetlerinin başında kalp krizi ve inmeden korunmada yapılması gerekenler (ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişiklikleri) hakkında eğitim gelmektedir. Aynı zamanda kalp krizi ve inme sırasında hastaneye başvurulması gereken durumlar ve yapılması gerekenler hakkında eğitim, kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri hakkında eğitim de hastaların hemşirelerden almak istedikleri diğer eğitim-danışmanlık faaliyetleridir. Hastaların risk faktörlerinin yönetimi ve kalp krizi ve inmeden korunmanın yanı sıra bu hastalıklar meydana geldiğinde yapılması gerekenler hakkında da bilgi gereksinimi olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlar hastaların kalp krizi ve inmeden korunmada farkındalıklarının artırılması gerektiğini işaret etmektedir. Hemşirelerin sağlık ekibinin bir üyesi olarak, hipertansif hastanın bakımı ve eğitiminde önemli roller üstlenmeleri ve sağlık ekibinin diğer üyeleri ile işbirliği yaparak hastanın ihtiyaçlarını belirleyip bu doğrultuda eğitimlerini planlaması gerekmektedir. Hipertansif bireylere hemşireler tarafından verilecek yaşam tarzı değişikliklerine yönelik düzenli eğitim ile kalp krizi ve inme gibi hastalıkları önlemek mümkün olabilecektir.

5.4. Hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inme risk faktörlerine yönelik bilgi durumlarının tartışılması (Tablo 4.7)

Bu bölümde çalışmamıza katılan hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inme risk faktörleri ile ilgili maddelere verdikleri cevaplarda öne çıkan sonuçlar tartışılacaktır.

Kalp krizi ve inme risk faktörlerine ilişkin en yüksek oranda doğru cevaplanan madde, stres ve üzüntülü bir yaşamın kalp krizi ve inme riskini artırdığı olmuştur. Literatürde benzer şekilde bireylerin stresin kalp hastalıkları için bir risk faktörü olduğu konusundaki bilgi düzeyleri yüksek bulunmuştur (6,23,41,79,85,86).

Yapılan çalışmalarda bireylerin çoğunluğunun sigaranın kardiyovasküler hastalıklar için önlenabilir risk faktörü olduğu konusunda bilgi sahibi olduğu gösterilmiştir (6,22,23,66,85,86). Paralel olarak çalışmamızda hipertansif bireylerin çoğunluğu (%95.3'ü) sigara içmenin ve pasif içiciliğin kalp krizi ve inme riskini artırdığını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda hastalar kalp krizi ve inmeden korunmak için haftada en az beş gün 30-60 dakika tempolu yürüyüş gibi orta düzey bir egzersiz yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Winham ve Jones'in çalışmasında da bireylere kalp hastalıklarını önlemede veya azaltmada ne yapılması gerektiği sorulduğunda, en yüksek oranda egzersiz yapılması gerektiği cevabı alınmıştır (79). Benzer şekilde Sloma ve diğ. nin çalışmasında bireyler düzenli egzersizin inme riskini azalttığını belirtmişlerdir (66). Konu ile ilgili çalışmaların sonuçları bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermektedir.

Hastaların kalp krizi ve inme risk faktörlerine yönelik maddelere verdikleri "Bilmiyorum" cevaplarının da önemli olduğu düşünülmektedir. Hastalar en yüksek oranda (%39.3) kan şekerinin yüksek olmasının kalp krizi ve inme riskini artırdığını bilmemektedir. Sloma ve diğ. nin çalışmasında diyabetin inme için bir risk faktörü olduğunu bilme oranı bizim çalışmamızda olduğu gibi düşük olarak belirlenmiştir (66). Kim ve diğ. nin çalışmasında da benzer şekilde, hastaların kalp hastalıkları risk faktörlerine verdikleri cevaplar arasında diyabet en son sırada yer almıştır (41). Farklı bir sonuç olarak, Winham ve Jones'un çalışmasında, bireylerin diyabetin kalp hastalıkları için bir risk faktörü olduğunu bilme oranları yüksek bulunmuştur (79). Diyabet hastalarında hipertansiyon daha yaygın görülmektedir. Hipertansiyon ve diyabet beraber olduğunda hedef organ hasarı gibi komplikasyonlar daha ciddi hale gelmektedir (45). Diyabetin hipertansiyon oluşumuna katkıda bulunduğu ve

dolayısıyla kalp krizi ve inme riskini artırdığı göz önünde bulundurulursa çalışmamıza katılan bireylerin diyabetin bir risk faktörü olduğunu bilme düzeylerinin düşük olması bu konudaki eğitim gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

Hastaların üçte biri kalp krizi geçirmenin inme riskini arttırdığını ve yüksek kolesterolün (LDL) kalp krizi ve inme için bir risk faktörü olduğunu bilmemektedir. Farklı olarak Winham ve Jones'un çalışmasında ise kalp hastalığının bazı formlarının inme ile sonuçlanabileceği maddesine verilen doğru yanıtlar yüksek oranda bulunmuştur (79). Sloma ve diğ. nin çalışmalarındaki bireyler ise hiperlipidemisinin inme için bir risk faktörü olduğunu yüksek oranda bilmektedirler (66). Çalışmamızda hastaların en çok "Bilmiyorum" yanıtı verdiği bir diğer madde de karın çevresi genişliğinin kalp krizi ve inme riskini artırdığıdır. Yoon ve diğ. nin çalışmasında da bireylerin obezitenin inme için bir risk faktörü olduğu konusundaki bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur (85). Araştırmamıza katılan bireylerin erkeklerin kalp krizi ve inme geçirme riskinin kadınlara göre daha yüksek olması maddesine verilen "Bilmiyorum" yanıtları da yüksek bulunmuştur. Winham ve Jones'un çalışmasındaki bireylerin yarısı benzer olarak erkeklerin kalp krizi geçirmesinin postmenopozal kadınlara göre daha olası olduğunu belirtmişlerdir (79).

Çalışmamızda hipertansiyonun kalp krizi ve inme için bir risk faktörü olduğunu bilme oranı yüksek bulunmuştur (%83.8). Bir çok araştırmada da hipertansiyonun kalp hastalıkları (6,22,41,49,79), kalp krizi (42,59) ve inme (42,66,76) için bir risk faktörü olduğunu bilme oranları yüksektir. Bazı çalışmalarda ise hipertansiyonun kalp hastalıkları (23,86) ve inme (17,85,63) için bir risk faktörü olduğunu bilme oranları düşük olarak belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan hastaların kalp krizi ve inme risk faktörleri konusundaki bilgilerinin iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Buna rağmen yeterli bilgi sahibi olmadıkları bazı risk faktörlerinin varlığı önemli bir sonuçtur. Özellikle yüksek kan şekeri, yüksek kolesterol (LDL) ve abdominal obezite gibi önemli risk faktörlerinin kalp krizi ve inme riskini arttırdığına dair hastaların yetersiz bilgiye sahip olmaları, korunmaya yönelik hemşirelik eğitim faaliyetlerinde bu konuların yoğun olarak ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca erkeklerin kalp krizi ve inme geçirme riskinin daha yüksek olduğunun yeterince bilinmemesi sonucundan yola çıkarak erkek hastaların bu konudaki farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Benzer şekilde kalp krizi geçirmiş olan hastaların inme riskine yönelik daha fazla bilgilendirilmesi gerekliliği de görülmüştür.

5.5. Hipertansiyon hastalarının kalp krizi belirtilerine yönelik bilgi durumlarının tartışılması (Tablo 4.8)

Çalışmamızda hastaların çoğunluğu kalp krizi sırasında göğüs ağrısı (%92.7) ve solunum sıkıntısı (%89.3) görülebileceği konusunda oldukça yüksek oranda bilgi sahibidirler. Literatürde benzer olarak bireylerin kalp krizi sırasında göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı meydana gelebileceğini büyük oranda bildiğini destekleyen çalışmalar mevcuttur (23,41,47,49,59,61,69). Gurney ve diğ. nin çalışmasında ise aksine az sayıda bireyin göğüs ağrısı ve rahatsızlığının, solunum sıkıntısının bir kalp krizi belirtisi olduğunu bildiği ortaya çıkmıştır (29). Bizim çalışmamıza benzer şekilde Gill ve Chow'un çalışmasında bireylerin büyük çoğunluğunun göğüs ağrısının kalp krizi belirtisi olduğunu bildiği görülmektedir. Aynı çalışmada terlemenin kalp krizi belirtisi olduğunu bilenlerin oranı düşükken, bizim çalışmamızda soğuk terlemenin bir kalp krizi belirtisi olduğunu bilenlerin oranı (%89.3) yüksek olarak görülmektedir (23). Bazı çalışmalarda da terlemenin bir kalp krizi belirtisi olduğunu bilme oranlarının düşük olduğu gösterilmiştir (21,25,41,46,62).

Çalışmamıza katılan bireylerin çoğu kalp krizi sırasında çarpıntı olabileceğini bilmektedirler. Limbu ve diğ. nin çalışmasında ise bizim çalışmamızın aksine çarpıntının bir kalp krizi belirtisi olduğunu bilme oranı düşük bulunmuştur (46).

Çalışmamızda hastaların yarısının (%49.1) kalp krizi sırasında dilaltı ilacı alınmasına rağmen göğüs ağrısı geçmezse 5 dakika sonra bir dilatı ilacı daha alınması ve yardım çağırılması gerektiğini bilmediği ortaya çıkmıştır. Bizim çalışmamızdan farklı bir sonuç olarak, Galvin ve diğ. çalışmalarında, bireylerin çoğunluğunun kalp krizi sırasında beş dakika içinde 911'i aramanın önemli olduğunu bildiklerini ortaya koymuşlardır (22). Kalp krizi sırasında böyle bir bilginin hayat kurtarıcı olduğu düşünülürse risk altında olan ve olmayan tüm bireylere bu eğitimin verilmesi gerektiği görülmektedir.

Hastaların yarısı (%51.7) yaşlı bireylerde kalp krizi sırasında göğüs ağrısı görülmeyebileceğini ve %41'i kalp krizi sırasındaki ağrının mide ağrısı şeklinde

hissedilebileceğini bilmemektedir. Yaşlı, diyabetli ve kadın hastalarda kalp krizi sırasında ağrı görülmeyebilir, ağrının yayılımı bilinen tanımlamalara uymayabilir, mide ağrısı şeklinde hissedilebilir (36,45). Bu çalışmadaki hipertansif bireylerin çoğunlukla 61 yaş ve üstü grupta yer aldığı göz önünde bulundurulduğunda, yaşlı hastaların ağrının özellikleri konusunda bilgilendirilmelerinin gerektiği görülmektedir.

Çalışmamızda hastaların %40.2'si kalp krizi sırasında ağrının istirahat, pozisyon değişikliği ve dilaltı ilaç alınmasına rağmen geçmeyeceğini bilmedikleri görülmüştür. Lambert ve diğ. nin çalışmasında ise farklı bir sonuç olarak bireylerin tamamına yakını dilaltı ilaç alınmasına rağmen göğüs ağrısının geçmemesinin bir kalp krizi belirtisi olduğunu bildiği görülmüştür (42).

Hastaların en çok “Bilmiyorum” yanıtı verdiği cevaplar arasında kalp krizi sırasında bulantı hissi oluşabileceği yer almaktadır. Benzer olarak, bulantının bir kalp krizi belirtisi olabileceğini bilme oranları Ratner ve diğ. nin (62) çalışmasında %33.8 ve Gill ve diğ. nin (23) çalışmasında %21.0 oranlarıyla düşük olarak belirlenmiştir. Galvin ve diğ. nin çalışmasında ise bireylerin yüksek oranda bulantının bir kalp krizi belirtisi olduğunu bildikleri bulunmuştur (22).

Araştırmaya dahil edilen hipertansiyon hastalarının kalp krizi belirtilerine yönelik bilgilerinin genel olarak iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hastaların yaklaşık yarısının dilaltı ilacı kullanımı ve etkili olmazsa yardım çağırma konusunda bilgi sahibi olmaması dikkate alınması gereken bir sonuçtur. Ayrıca ağrının niteliği, ağrı ile birlikte görülebilecek diğer bulgular, yaşlı bireylerde ağrı görülmeyebileceği konularında da yeterli bilgisi olmayan hastalar küçümsenmeyecek bir orandadır. Bu nedenle hemşirelerin hipertansiyon hastalarına uygulanacak eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinde kalp krizi belirtileri ve dilaltı ilaç kullanımı konularını öncelikle ele alması gerekmektedir.

5.6. Hipertansiyon hastalarının inme belirtilerine yönelik bilgi durumlarının tartışılması (Tablo 4.9)

Çalışmamıza katılan hastaların %94'ü inme sırasında yüzün bir tarafında düşme/kayma/uyuşma meydana gelebileceği ve %92.7'si inme sırasında vücudun bir tarafında (yüzde, kolda veya bacakta) ani güçsüzlük veya uyuşukluk olabileceğini bilmektedirler. Literatürde de aynı sonucu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır

(29,42,17,41,15,47,69). Gill ve Chow'un (23) ve Yoon ve diğ. nin (85) çalışmalarında ise bir inme belirtisi olarak vücudun bir tarafında uyuşukluğun ve güçsüzlüğün olması az oranda birey tarafından bilinmiştir.

Çalışmamızda hastaların %87.6'sı inme sırasında ani konuşma bozukluğu/konuşamama olabileceğini belirtmişlerdir. Bazı çalışmalar (17,41,47,69,76) bu sonucu desteklerken, bazı çalışmalarda (29,63,85) ise konuşma bozukluğunun bir inme belirtisi olduğunu bilme oranları düşük bulunmuştur.

Hastaların çoğunluğu (%87.6) inme sırasında hareket etmekte ve yürümekte zorluk çekilebileceğini bilmektedirler. Kim ve diğ. nin çalışmasında bizim çalışmamıza paralel olarak yürümede zorluğun bir inme belirtisi olduğunu bilme oranı yüksek bulunmuştur (41). Bazı çalışmalarda ise hastaların yürümekte güçlüğü bir inme belirtisi olduğunu bilme oranı düşük bulunmuştur (29,63).

Araştırmamıza katılan bireylerin %84.6'sı inme sırasında ani bilinç kaybı olabileceğini belirtmişlerdir. Kim ve diğ. nin çalışmalarında da bu oran %64.2 olarak belirlenmiştir (41). Gill ve Chow'un çalışmasında ise inme belirtilerinden bilinç kaybını bilme oranının düşük olduğu ortaya çıkmıştır (23).

Hastaların "Bilmiyorum" yanıtı verdikleri maddeler incelendiğinde, bireylerin üçte birinin, inme tedavisi için ilk belirti görüldükten sonraki ilk 3 saatin çok önemli olduğunu bilmedikleri görülmüştür. Lambert ve diğ. nin çalışmasında, bireylerin %30.6'sı, inme belirtisi olan bireylerin 3 saat içinde tedavi edilmesi gerektiğini bilmektedir (42). Galvin ve diğ. nin çalışmasında ise bireylerin çoğunluğu, (%94.4) ilk belirtinin görülme zamanının önemli olduğunu bilmektedirler (22).

Çalışmamızda bireylerin %24.8'i inme sırasında ani başlayan ve şiddetli baş ağrısı olabileceğini bilmemektedir. Literatürde, ani ve şiddetli baş ağrısının inme belirtisi olduğunu bilme düzeylerinin düşük olduğu çalışmalar yer almaktadır (23,63,76,85). Ellis ve diğ. nin çalışmalarına katılan bireylerin yaklaşık yarısı baş ağrısının bir inme belirtisi olduğunu bilmektedirler (15). Gurney ve diğ. bir grup bireyin kalp krizi ve inme belirtileri hakkındaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların çoğu ani baş ağrısının bir inme belirtisi olduğunu belirtmişlerdir (29). Bazı çalışmalar da bu sonuca benzerlik göstermektedir (17,41).

Araştırmamıza katılan bireylerin yaklaşık dörtte biri inme sırasında görme problemi olabileceğini bilmediğini belirtmiştir. Bazı çalışmalarda da görme probleminin inme belirtisi olduğunu bilme oranları düşüktür (15,23,63,85).

Çalışmamızda hipertansiyon hastalarının inme belirtilerine yönelik bilgilerinin genel olarak iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hastaların üçte birinin inmede ilk belirtiler görüldükten sonraki 3 saatin çok önemli olduğunu bilmemesi önemli bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Bu hastaların eğitimlerinde ilk belirtileri tanıyabilmeleri ve zamanın önemini kavrayabilmeleri üzerinde durulmalıdır. Bunun dışında tüm hipertansiyon hastaların inme belirtileri hakkında bilgilendirilmeleri amacıyla hemşireler tarafından tekrarlı eğitimlerin verilmesi gereklidir.

5.7. Hipertansiyon hastalarının demografik ve tıbbi özellikleri ile kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri hakkındaki bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Hastaların kalp krizi ve inme risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeyleri ile yaş grupları karşılaştırıldığında, 18-30 yaş grubu hastaların risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.10). Benzer şekilde aynı yaş grubu hastaların kalp krizi belirtileri hakkındaki bilgi düzeylerinin de düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11). Bu sonucun genç popülasyonun yaşlı popülasyona oranla kendilerini daha az riskli görmelerinden ve farkındalık düzeylerinin az oluşundan kaynaklandığı düşünülebilir. Bu sonuçtan yola çıkarak, hemşirelerin, genç hipertansif popülasyonun risk faktörleri ve kalp krizi belirtileri hakkındaki bilgilerinin ve farkındalıklarının artırılmasına yönelik danışmanlık hizmetlerine ağırlık vermesi gerekmektedir.

Araştırmamızda okur yazar olmayan ve sadece okur yazar hastaların kalp krizi ve inme risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerinin, eğitilmiş hastalardan biraz daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Eğitim düzeyi düşük bireylerin bilgiye ulaşma, görsel ve yazılı kaynaklardan yararlanma olanaklarının azlığı bakımından böyle bir sonuç ortaya çıktığı düşünülebilir. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin

bilgilendirilmesinde konferanslar ve video gösterimleri gibi farklı yöntemlerin kullanılması önerilebilir.

Köyde yaşayan hastaların risk faktörleri bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Tablo 4.10). Bu durum il merkezinde yaşayan bireylere nazaran köyde yaşayan bireylerin sağlık kurumuna ulaşma, sağlık bakımından ve eğitimden yararlanmaları açısından olumsuz bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Bu bireylerin eğitim ve danışmanlık hizmeti alabilmelerinde aile sağlığı hemşirelerine önemli görevler düşmektedir.

Daha önce kalp krizi geçiren hastaların kalp krizi belirtileri hakkında daha bilgili oldukları görülmüştür (Tablo 4.11). Hastaların kalp krizi deneyimlerinin farkındalıklarının artmasını ve belirtileri daha kolay tanıyabilmelerini sağladığı söylenebilir. Bununla birlikte deneyimi olsun veya olmasın tüm bireylerin kalp krizi belirtileri hakkında bilgilendirilmeleri oldukça önemlidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Hipertansiyon hastalarında kalp krizi ve inmeden korunmada, hastaların bilgi eksiklerinin ve eğitim-danışmanlık gereksinimi duydukları konuların saptanarak, elde edilen veriler doğrultusunda uygun hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

1. Araştırmadaki bireylerin çoğunluğu 61 yaş ve üstü, kadın, evli, ev hanımı, ilköğretim mezunu ve il merkezinde oturmaktadır.

2. Çalışmaya dahil edilen bireylerin çoğunluğunun hipertansiyon tanı süresinin 61-120 ay arasında olduğu, hipertansiyon tedavisi için ilaç kullandığı, hipertansiyon dışında diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi diğer bir kronik hastalığa sahip olduğu ve daha önce kalp krizi ve inme geçirmediği saptanmıştır.

3. Araştırmadaki hastaların çoğunun sigara kullanmadığı ve fakat önemli bir bölümünün sigara dumanına maruz kaldığı, hastaların çoğunun alkol kullanmadığı, düzenli egzersiz yapmadığı, BKİ ortalamalarının 25-29.9 (fazla kilolu) arasında olduğu, ilaçlarını düzenli kullandığı, düzenli sağlık kontrollerine geldiği, tansiyonlarını rastgele aralıklarla ve kendilerinin ölçtüğü, ailelerinde kalp krizi ve inme geçirmiş bir yakınlarının olmadığı, kalp krizi ve inme hakkında sağlık personelinin bilgi almadığı belirlenmiştir.

4. Hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inme geçirme yönünden kendilerini düşük oranda riskli gördükleri, kalp krizi ve inmeden korunmada ise orta düzeyde yeterli gördükleri saptanmıştır.

5. Hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inmeden korunmada; doğru ve yeterli egzersiz yapma, stresi kontrol altına alma, doğru ve sağlıklı beslenme konularında kendilerini yetersiz gördükleri belirlenmiştir.

6. Hastaların hemşirelerden almak istedikleri eğitim ve danışmanlık faaliyetleri; kalp krizi ve inmeden korunmada yapılması gerekenler (ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişiklikleri), kalp krizi ve inme sırasında hastaneye başvurulması gereken durumlar ve yapılması gerekenler, kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri hakkında eğitim olarak saptanmıştır.

7. Hastaların kalp krizi ve inme risk faktörleri konusunda sırasıyla; stres, fazla alkol alımı, sigara içme ve pasif içicilik, düzenli egzersiz, diyetteki yağ içeriği konularında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Yüksek kan şekeri, kalp krizi geçirmenin inme riskini arttırdığı ve yüksek kolesterol (LDL) konularında bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

8. Hastaların kalp krizi belirtileri konusunda sırasıyla; göğüs ağrısı, solunum sıkıntısı, soğuk terleme, çarpıntı ve ağrının ortaya çıkabileceği durumlar hakkında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireylerde göğüs ağrısı görülmeyebileceği, dilaltı ilacı alınmasına rağmen göğüs ağrısı geçmezse beş dakika sonra bir dilaltı ilacı daha alınacağı ve yardım çağırılacağı, ağrının bazen mide ağrısı şeklinde olabileceği konularında bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

9. Hastaların inme belirtileri konusunda sırasıyla; yüzün bir tarafında düşme/kayma/uyuşma, vücudun bir tarafında (yüzde, kol veya bacakta) ani güçsüzlük veya uyuşukluk, ani konuşma bozukluğu veya konuşamama, hareket etmekte ve yürümekte güçlük ve ani bilinç kaybı konularında bilgi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır. İnmede ilk belirti görüldükten sonraki ilk üç saatin önemi, yutmada güçlük, ani başlayan şiddetli baş ağrısı, görme problemi konularında bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

10. Hastaların kalp krizi ve inme risk faktörleri hakkındaki bilgi düzeylerinin 18-30 yaş grubu, okuryazar olmayan ve sadece okuryazar, ev hanımı ve serbest meslek sahibi, köyde yaşayan bireylerde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yaş grupları, eğitim durumu, meslek ve yaşadığı yer ile risk bilgi puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

11. Hastaların kalp krizi belirtileri hakkındaki bilgi düzeylerinin 18-30 yaş grubunda ve daha önce kalp krizi geçirmeyen bireylerde düşük olduğu saptanmıştır. Yaş grubu ve daha önce kalp krizi geçirme durumu ile kalp krizi belirti puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$).

6.2. Öneriler

Hipertansiyon hastalarında kalp krizi ve inmeden korunmada, hastaların bilgi eksikliklerinin ve eğitim-danışmanlık gereksinimi duydukları konuların saptanarak, elde edilen veriler doğrultusunda uygun hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur:

1. Hipertansiyon hastalarının kalp krizi ve inmeden korunmasında hemşirelerin öncelikle hastaların bilgi eksikliklerinin olduğu konuları belirlemeleri,
2. Tüm hipertansiyon hastalarına, kalp krizi ve inme riskleri ve belirtileri konusunda hemşirelerin eğitim ve danışmanlık yapmaları,
3. Bireylerin kalp krizi ve inme risk algılarının düşük olması göz önünde bulundurularak, risk faktörleri konusundaki farkındalıklarının artırılması,
4. Hastaların çoğunlukla doğru ve yeterli egzersiz yapma, stresi kontrol altına alma, doğru ve sağlıklı beslenme gibi risk faktörleri, kalp krizi ve inme belirtileri ve hastaneye başvurmayı gerektiren durumlar konusunda kendilerini yetersiz bulmaları sonucundan yola çıkarak, bu konularda hastaların bilgilendirilmesi,
5. Hastaların hemşirelerden almak istedikleri eğitim-danışmanlık faaliyetleri göz önüne alınarak, kalp krizi ve inmeden korunmada yapılması gerekenler (ilaç kullanımı ve yaşam tarzı değişiklikleri), kalp krizi ve inme sırasında hastaneye başvurulması gereken durumlar ve yapılması gerekenler, kalp krizi ve inme risk faktörleri ve belirtileri hakkında hemşirelerin eğitim planları hazırlamaları,
6. Özellikle yüksek kan şekeri, yüksek kolesterol (LDL) ve abdominal obezite gibi önemli risk faktörlerinin kalp krizi ve inme riskini arttırdığına dair hastaların yetersiz bilgiye sahip olmaları nedeniyle, korunmaya yönelik hemşirelik eğitim faaliyetlerinde bu konulara öncelik verilmesi,
7. Kalp krizi belirtilerine yönelik eğitimlerde; ağrının niteliği, ağrı ile birlikte görülebilecek diğer bulgular (solunum sıkıntısı, terleme, çarpıntı), yaşlı bireylerde ağrının özelliği konularına ağırlık verilmesi,
8. Hastaların inmede ilk belirtiler görüldükten sonraki üç saatin çok önemli olduğunu bilmemesi sonucundan yola çıkarak, hasta eğitimlerinde ilk belirtileri tanıyabilmeleri ve zamanın önemini kavrayabilmeleri üzerinde durulması,

9. Hemşirelerin genç hipertansif popülasyonun risk faktörleri ve kalp krizi belirtileri hakkındaki bilgilerinin ve farkındalıklarının arttırılmasına yönelik danışmanlık hizmetlerine ağırlık vermesi,

10. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerin risk faktörleri konusunda eğitimlerine daha fazla önem verilmesi,

11. Kırsal bölgede yaşayan bireylerin kalp krizi ve inmeden korunmasında aile sağlığı hemşirelerinin eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri,

12. Kalp krizi ve inme için risk faktörleri, belirtiler ve ilk yapılması gerekenler konusunda hastalara yönelik yazılı eğitim materyallerinin hazırlanması önerilmektedir.



KAYNAKLAR

1. Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., ve diğ., Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım gereksinimleri, *Dicle Tıp Dergisi*, 38(1), s.57-65, 2011.
2. Alan, SG., Mozaffarian, D., Veronique LR., ve diğ., Health disease and stroke statistics-2013 Update: a report from the American Heart Association, *Circulation*, 127, s.e6-e245, 2013.
3. Altun, B., Arıcı, M., Nergizoğlu, G., ve diğ., Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003, *23(10)*, s.1817-1823, 2005.
4. Aminoff, UB., Kjellgren, KI., The nurse a resource in hypertension care, *Journal of Advanced Nursing*, Aug;35(4), s.582-589, 2001.
5. Arıcı, M., Altun, B., Erdem, Y. ve diğ., Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, 2003, http://www.turkhipertansiyon.org/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prevalans_Calismasi_Ozeti-1.pdf [09.04.2013].
6. Arıkan, İ., Metintaş, S., Kalyoncu, C., Yıldız, Z., Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği, *Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol.*, 37(1), s.35-40, 2009.
7. Avşar, G., Kaşıkçı, M., Ülkemizde Hasta Eğitiminin Durumu, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12:3, s.67-73, 2009.
8. Bani, İA., Prevalence and related risk factors of Essential Hypertension in Jazanregion, Saudi Arabia, *Sudanese Journal of Public Health*, April, 6(2), s.45-50, 2011.
9. Bansal, SK., Saxena, V., Kandpal, SD., ve diğ., The prevalence of hypertension risk factors in a rural Indian community: A prospective door-to-door study, *Journal of Cardiovascular Disease Research*, 3, s.117-123, 2012.
10. Blomqvist, M., Berglund, B., Sonde, L., Nurse-led blood pressure treatment in primary health care: an intervention study comparing two regimens, *Vard Norden* 4, 26(82), s.20-24, 2006.

11. Casey, G., Nurses' guide to management, Nursing Standart Essential Guide, Nursing Standart, April 14, 18(31), s.1-20, 2004.
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), High Blood Pressure Fact Sheet,
http://www.cdc.gov/dhdsdp/data_statistics/fact_sheets/fs_bloodpressure.htm
[09/04/2013].
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Prevalence and most common cause of disability among adults: United States, 2005, MMWR Morb Mortal Wkly Rep., 58, s.421-426, 2009.
14. Doğan, N., Toprak, D., Demir, S., Hypertension prevalence and risk factors among adult population in Afyonkarahisar region: a cross-sectional research. Anadolu Kardiyol Derg., 12, s.47-52, 2012.
15. Ellis, C., Wolff, J., Wyse, A., Stroke awareness among low literacy Latinos living in the South Carolina low country, J Immigrant Minority Health, 11, s.499-504, 2009.
16. Erdemir, F., Hemşirenin Rol ve İşlevleri ve Hemşirelik Eğitiminin Felsefesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1), s.59-63, 1998.
17. Falavigna, A., Teles, AR., Vedana, VM., ve diğ., Awareness of stroke risk factors and warning signs in Southern Brazil, Arq Neuropsiquiatr, 67(4), s.1076-1081, 2009.
18. Feather, C., A practical guide to reaching hypertension targets, Practice Nurse, 31(9), s.14-19, 2006.
19. Feng , JH., Graham, AM., Blood pressure is the most important cause of death and disability in the World. European Heart Journal Supplements, 9, (Supplement B), s.23-28, 2007.
20. Forman, JP., Stampfer, MJ., Curhan GC., Diet and Lifestyle Risk Factors Associated With Incident Hypertension in Women, JAMA, July 22/29, 302(4), s.1-22, 2009.
21. Gallagher, R., Roach, K., Belshaw, J., ve diğ., A pre-test post-test study of a brief educational intervention demonstrates improved knowledge of potential acute myocardial infarction symptoms and appropriate responses in cardiac rehabilitation patients, Australian Critical Care, 26, s.49-54, 2013.

22. Galvin, SL., Parker, A., Coulson, CC., The red dress survey: awareness among women in Western North Carolina of heart disease and stroke in women, NCMJ, 73(6), s.433-438, 2012.
23. Gill, R., Chow, C., Knowledge of heart disease and stroke among cardiology inpatients in a Canadian inner-city urban hospital, Can J Cardiol., 26(10), s.537-541. 2010.
24. Global Health Observatory (GHO), Raised Blood Pressure, http://www.who.int/gho/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence_text/en/ [09/04/2013]
25. Goff, DC., Mitchell, P., Finnegan, J., ve diğ., Knowledge of heart attack symptoms in 20 US communities. Results from the rapid early action for coronary treatment community trial, Preventive Medicine, 38, s.85-93, 2004.
26. Goldstein, LB., Bushnell, CD., Adams, RJ., ve diğ., Guidelines For The Primary Prevention of Stroke, A Guideline For Healthcare Professionals From The American Heart Association/American Stroke Association, Stroke, Journal of The American Heart Association, December 2, 2010.
27. Gu, D., Reynolds, K., Wu, R., ve diğ., Prevalance, awareness, treatment, and control of hypertension in China, Hypertension, 40, s.920-927, 2002.
28. Guidelines Advisory Committee (GAC), Hypertension: Lifestyle Changes, http://www.gacguidelines.ca/site/GAC_Guidelines/assets/pdf/HYPE05-Lifestyle_Changes.pdf, [18.04.2013].
29. Gurney, JG., Donohue, JE., Ness, KK., ve diğ., Health knowledge about symptoms of heart attack and stroke in adult survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia, Ann Epidemiol, 17, s.778-781, 2007.
30. Guyton, AC., Hall JE., Tıbbi Fizyoloji, Nobel Yayınları, 11 Baskı, İstanbul. s.220-221.
31. Hacıhasanoğlu, R., Hipertansiyon Yönetiminde Hemşirenin Sorumlulukları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:4, Sayı:12, s153-164, 2009.
32. Huang, N., Duggan, K., Harman, J., Lifestyle management of hypertension, Aust Prescr., 31, s.150–153, 2008.

33. Irmak, Z., Düzöz, GT., Bozyer, İ., Bir eğitim programının hipertansiyonlu hastaların yaşam tarzı ve ilaç tedavisi uyumuna etkisi, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, s.39-47, 2007.
34. İncirkuş, K., Nahcivan NÖ., Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu'nun Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirliği, DEUHYO ED., 4(1), s.102-109, 2011.
35. Kara, B., Uzun, Ş., Yokuşoğlu, M., Uzun, M., Hipertansiyon hastalarında ilaç bilgisinin kan basıncının düşürmek için uygulanan yöntemlere etkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 8(3), s.231-238, 2009.
36. Karadakovan, A., Eti Aslan, F, Hipertansiyon, Dahili Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Geliştirilmiş 2. Baskı, Adana, Nobel Kitabevi, s.585-596, 2011.
37. Karadakovan, A., Eti Aslan, F, Kronik Durumlar, Dahili Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Geliştirilmiş 2. Baskı, Adana, Nobel Kitabevi, s.105-118, 2011.
38. Kearney, PM., Whelton, M., Reynolds, K., ve diğ., Global burden of hypertension: analysis of Worldwide data Vol 365, January 15, s.217-223, 2005.
39. Khan, RJ., Stewart, CP., Christan, P., ve diğ., A cross-sectional study of the prevalence and risk factors for hypertension in rural Nepali women, BMC Public Health, 13:55, s.1-10, 2013.
40. Kılıç, T., Üstü, Y., Hipertansiyon İçin Birinci Basamak Kullanımına Yönelik Kanıta Dayalı Bir Rehber Çalışması, Ankara Medical Journal, 12(4), s.205-213, 2012.
41. Kim, EM., Hwang, SY., Kim, AL., Knowledge of stroke and heart attack symptoms and risk factors among rural elderly people: a questionnaire survey, Korean Circ J, 41, s.259-264, 2011.
42. Lambert, C., Vinson, S., Shofer, F., Brice, J., The relationship knowledge and risk for heart attack and stroke, Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, Mar 10, s.1-6, 2012.
43. Lee, M., Saver, JL., Chang, B., ve diğ., Presence of baseline prehypertension and risk of incident stroke: a meta-analysis, Neurology, 77, s.1330-1337, 2011.

44. Lewington, S., Clarke, R., Qizilbash, N., ve diğ., Prospective Studies Collaboration, Age spesific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies, *Lancet*, DEc 14;360(9349), s.1903-1913, 2002.
45. Lewis, SL., Dirksen, SR., Heitkemper, MM., Bucher, L. & Camrea, IM., *Nursing Management Hypertension, Medical Surgical Nursing, Assessment and Management of Clinical Problems*, 8nd edn, Elsevier Mosby, United States, s.738-759, 2011.
46. Limbu, YR., Malla, R., Regmi, SR., ve diğ., Public knowledge of heart attack in a Nepalese population survey, *Heart Lung*, 35, s.164-169, 2006.
47. Lutfiyya, MN., Cumba, MT., McCullough, JE., ve diğ., Disparities in adult African American women's knowledge of heart attack and stroke symptomatology: an analysis of 2003-2005 behavioral risk factor surveillance survey data, *Journal of Women's Health*, 17(5), s.805-813, 2008.
48. Mollahaliloğlu, S., Hülür, Ü., Yardım, N., ve diğ., *Türkiye'de sağlığa bakış*, s.45-71. Ankara: Bölük Ofset Matbaacılık, 2007.
49. Muhamad, R., Yahya, R., Yusoff, HM., Knowledge, Attitude and Practice on Cardiovascular Disease among Women in North-Eastcoast Malaysia, *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine&Public Health*, 4(1), s.85-98, 2012.
50. National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS), NICE Clinical Guideline 127, Hypertension Clinical Management of Primary Hypertension in Adults, s.1-36, 2011.
51. National İnstitutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute, JNC 7 Express The Seventh Report of the Joint National Commitee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, s.1-34, 2003.
52. *Nursing Management of Hypertension, Nursing Best Practice Guideline, Shaping Future of Nursing*, Heart and Stroke Foundation of Ontorio, s.1-131, 2005.
53. Oakeshott, P., Kerry, S., Austin, A.,ve diğ., Is there a role for nurse-led blood pressure management in primary care?, *Family Practice*; 20, s.469-473, 2003.

54. Onat, A., Türk Erişkinlerde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF), Toplumumuzda Kan Basıncı ve Hipertansiyon, <http://tekharf.org/images/2009/bolum6.pdf> [09/04/2013].
55. Onat, A., Uğur, M., Çiçek, G. ve diğ., TEKHARF 2009 taraması: Kırsal kesim ve kentlerde benzer kardiyovasküler ölüm riski, Türk Kardiyol Dern Arş-Arch Turk Soc Cardiol, 38(3), s.159-163, 2010.
56. Ostchega, Y., Yoon, S.S., Hughes, J., Louis, T., Hypertension awareness, treatment and control-continued disparities in adults: United States, 2005-2006, NCHS Data Brief, Jan;(3), s.1-8, 2008.
57. Özpulat, F., Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: eğitici kimliği, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı, s.293-297, 2010.
58. Öztürk, Ş., Serebrovasküler Hastalık Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri- Dünya ve Türkiye Perspektifi Turkish Journal of Geriatrics, 13(1), s.51-58, 2009.
59. Poomsrikaew, O., Ryan, C.J., Zerwic, J.J., Knowledge of heart attack symptoms and risk factors among native Thais: a street-intercept survey method, International Journal of Nursing Practice, 16, s.492-498, 2010.
60. Poulter, N., Global risk of cardiovascular disease, Heart, 89 (suppl II), s.2-5, 2003.
61. Qing-tan, Z., Da-yi, H., Jin-gang, Y., ve diğ., Public knowledge of heart attack symptoms in Beijing residents, Chin Med J, 120(18), s.1587-1591, 2007.
62. Ratner, P.A., Johnson, J.L., Mackay, M., ve diğ., Knowledge of heart attack symptoms in a Canadian Urban Country, Clinical Medicine: Cardiology, 2, s.201-213, 2008.
63. Reeves, M.J., Rafferty, A.P., Aranha, A., Theisen, V., Changes in knowledge of stroke risk factors and warning signs among Michigan adults, Cerebrovasc Dis, 25, s.385-391, 2008.
64. Shaikh, R.B., Mathew, E., Sreedharan, J., ve diğ., Knowledge regarding risk factors of hypertension among entry year of a medical university, Journal of Family and Community Medicine, 18(3), s.124-129, December 2011.

65. Shimbo, D., Newman, JD., Aragaki AK., Association Between Annual Visit-to-Visit Blood Pressure Variability and Stroke in Postmenopausal Women, American Heart Association, Hypertension, 60, s.625-630, 2012.
66. Sloma, A., Backlund, LG., Strender, LE., Skaner, Y., Knowledge of stroke risk factors among primary care patients with previous stroke or TIA: a questionnaire study, BMC Family Practice, 11, s.47-56, 2010.
67. Smith, SC., Benjamin, EJ., Bonow, RO., ve diğ., AHA/ACCF Secondary Prevention and Risk Reduction Therapy For Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2011 Update: A guideline From the American Heart Association and American College of Cardiology Foundation Circulation, Journal of The American Heart Association, Circulation, 124, s.2458-2473, 2011.
68. Son, PT., Quang, NN., Viet, NL., ve diğ., Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Vietnam-results from national survey, Journal of Human Hypertension, 26, s.268-280, 2012.
69. Swanoski, MT., Lutfiyya, MN., Amaro, ML., ve diğ., Knowledge of heart attack and stroke symptomology: a cross-sectional comprasion of rural and non-rural US adults, BMC Public Health, 12, s.283-290, 2012.
70. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri, 2003.
71. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri, 2012.
72. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Çalışma Grubu, Obezite, Dislipidemi, Hipertansiyon Hekim İçin Tanı ve Tedavi Rehberi, Ankara, 2011.
73. Türk Kardiyoloji Derneği Hipertansiyon Çalışma Grubu, Türkiyede'ki Hipertansif Hastalarda İnme Riski Araştırması (THİNK) Basın Bülteni, 07.12.2005.
74. Türk Kardiyoloji Derneği, Kalp Yetersizliği Akut Koroner Sendromlar Hipertansiyon Hemşirelik Bakım Kılavuzu, Ocak 2007.
75. Ünüvar, N., Mollahaliloğlu, S., Yardım, N., Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması, Ankara: Aydoğdu Ofset Matbaacılık, 2007.

76. Vukovic, V., Mikula, I., Kesic, MJ., ve diğ., Perception of stroke in Croatia-knowledge of stroke signs and risk factors amongst neurological outpatients, *European Journal of Neurology*, 16, s.1060-1065, 2009.
77. Vural, BK., Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi, C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (2), s.39-43, 1998.
78. Wang, JG., Staessen., JA, Franklin, SS., ve diğ., Systolic and diastolic blood pressure lowering as determinants of Cardiovascular outcome, *Hypertension*, May;45(5), s.907-913, 2005.
79. Winham, DM., Jones, KM., Knowledge of young African American adults about heart disease: a cross-sectional survey, *BMC Public Health*, 11, s.248-258, 2011.
80. World Heart Federation, Cardiovascular disease risk factors, <http://www.world-heart-federation.org/cardiovascular-health/cardiovascular-disease-risk-factors/> [08/04/2013].
81. World Health Organization (WHO), International Society of Hypertension Writing Group, 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension, Nov, 21(11), s.1983-1992, 2003.
82. World Health Organization (WHO), World Health Day 2013, Control Your Blood Pressure, <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/en/index.html> [10/04/2013].
83. World Health Organization (WHO), World Health Day 2013, Control Your Blood Pressure, One in three adults has high blood pressure, <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/en/index.html> [11/04/2013]
84. World Health Organization (WHO), World Health Day 2013, Control Your Blood Pressure, Silent killer, global public health crisis, <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2013/en/index.html> [11/04/2013]
85. Yoon, SS., Heller, RF., Levi, C., ve diğ., Knowledge of stroke risk factors, warning symptoms, and treatment among an Australian urban population, *Stroke*, 32, s.1926-1930, 2001.

- 86.** Yuqiu, L., Wright, SCD., Knowledge and awareness of risk factors for cardiovascular disease in the Ga-Rankuwa community, *Health Sa Gesondheid*, 13(3), s.31-41, 2008.



EKLER:

EK 1: GATA Etik Kurul Onayı

EK 2: Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur (Rıza) Formu

EK 3: Hastaların Sosyo-demografik ve Tıbbi Özellikleri Veri Toplama Formu

EK 4: Kalp krizi ve İnme Risk Faktörleri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu

EK 5: Kalp Krizi Belirtileri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu

EK 6: İnme Belirtileri İle İlgili Bilgi Düzeyi Veri Toplama Formu

ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA



EĞT.ÖĞT. : 1491 - 19 - 12/1648.4 - 5230
KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

14 Kasım 2012

Yüksek Hemşire Damla BAYRAK'a

GATA Etik Kurulu'nun 07 Kasım 2012 günü yapılan 10'uncu oturumunda, GATA İç Hastalıkları BD.Bşk.lığında görevli Yüksek Hemşire Damla BAYRAK'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Hipertansiyon hastalarında kalp krizi ve inmeden korunmada hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesi" başlıklı araştırma dosyası ile ilgili, GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

Rica ederim.

Etik Krl.Bşk.Prof.Diş Tbp.Alb.Y.M.TUNCA

Sadettin ÇETİNER
Profesör Tabip Tümgeneral
GATA Komutan Bilimsel Yardımcısı,
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

EKİ
EK-A (1 Adet Etik Kurul Raporu)

ÖZEL

ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 10
OTURUM TARİHİ : 07 Kasım 2012
OTURUM BAŞKANI : Prof.Dış Tbp.Alb.Y.Meriç TUNCA
OTURUM SEKRETERİ : Doç.Tbp.Alb.Muharrem UÇAR

GATA Etik Kurulu'nun 07 Kasım 2012 günü yapılan 10'uncu oturumunda GATA İç Hastalıkları BD.Bşk.lığında görevli Yüksek Hemşire Damla BAYRAK'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Hipertansiyon hastalarında kalp krizi ve inmeden korunmada hemşirelik faaliyetlerinin belirlenmesi" başlıklı araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN


Y.Meriç TUNCA
Prof.Dış Tbp.Alb.

ÜYE


Ayhan KUBAR
Prof.Tbp.Alb.

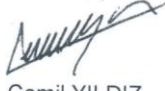
ÜYE


Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

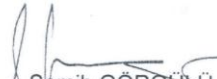
ÜYE


Cengiz BAŞOĞLU
Prof.Tbp.Alb.

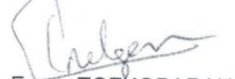
ÜYE


Cemil YILDIZ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Semih GÖRGÜLÜ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE


Ergun TOZKOPARAN
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE


Muharrem UÇAR
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

(Katılmadı)
Aygül AKYÜZ
Doç.Dr.Sağ.Alb.

ÜYE


Harun TUĞCU
Doç.Tbp.Alb.

ÜYE

(Katılmadı)
Cengiz Han AÇIKEL
Doç.Tbp.Alb.

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı bu çalışma “Hipertansiyon Hastalarında Kalp Krizi ve İnmeden Korunmada Hemşirelik Faaliyetlerinin Belirlenmesi” amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Bu araştırma kapsamında vereceğiniz cevaplarınız gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Bu çalışma ile ilgili sizden herhangi bir maddi talepte bulunulmayacaktır.

Katılımcının Beyanı:

Sayın Yük. Hem. Damla BAYRAK tarafından GATF İç Hastalıkları Polikliniği ve Kliniği’nde araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilebileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim.) Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem bu durumun şahsıma herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kâğıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı**Görüşme Tanığı****Katılımcı ile görüşen
araştırmacı**

Adı, Soyadı:

Adı, Soyadı:

Adı, Soyadı: Damla

BAYRAK

Adres:

Adres:

Adres: GATA HYO

Tel:

Tel:

Tel: 3941

İmza:

İmza:

İmza:

ARAŞTIRICININ ADI SOYADI:**İMZA:****TARİH:**

Yük. Hem. Damla BAYRAK



- a) Evet** **b) Hayır**

17. Tansiyonunuzu hangi sıklıkta ölçtürüyorsunuz?

- a) Günde 2'den fazla b) Günde 2 defa c) Günde 1 defa
d) Haftada 2'den daha fazla e) Haftada 2 defa f) Haftada 1 defa
g) Diğer..... h) Belli bir aralığı yok (rastgele ölçtürüyor)

18. Tansiyonunuzu kime ölçtürüyorsunuz?

- a) Kendim ölçüyorum b) Evde bir yakınım ölçüyor
c) Eczanede ölçtürüyorum d) Sağlık ocağında ölçtürüyorum
e) Diğer.....

19. Hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalığınız var mı?

- a) Hayır
b) Evet
1.
2.
3.

20. Ailenizde kalp krizi veya inme yaşamış bir yakınınız var mı?

- Kalp krizi** a) Evet (cevabınız evet ise yakınlığı.....) b) Hayır
İnme b) Evet (cevabınız evet ise yakınlığı.....) b) Hayır

21. Kalp krizi ve inme hakkında hiç eğitim/bilgi aldınız mı?

- a) Evet** **b) Hayır** (cevabınız hayır ise 23. soruya geçiniz)

22. Kalp krizi ve inme hakkında bilgiyi kimden aldınız?

- a) Sağlık personeli b) Arkadaş/akraba c) Kalp hastası olan hastalar
d) Kitap/dergi e) Televizyon/radyo f) Diğer.....

23. Daha önce kalp krizi geçirdiniz mi?

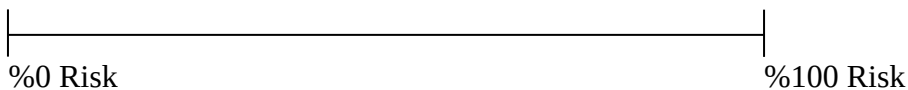
- a) Evet** **b) Hayır**

24. Daha önce inme geçirdiniz mi?

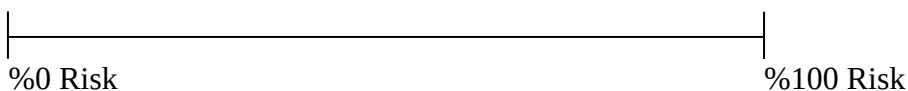
- a) Evet** **b) Hayır**

25. Kendinizi kalp krizi ve inme geçirme yönünden ne kadar riskli görüyorsunuz? Aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz.

Kalp krizi



Inme



**KALP KRİZİ VE İNME RİSK FAKTÖRLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ
VERİ TOPLAMA FORMU**

	Kalp Krizi ve İnme Risk Faktörleri	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1	Kalp hastalıkları ve inme önlenebilir.			
2	Kalp krizi, kalbi besleyen kan damarlarının tıkanması sonucu ortaya çıkan bir hastalıktır.			
3	İnme beyin kan damarlarının tıkanması veya kanamaya bağlı oluşan bir hastalıktır.			
4	Erkeklerin kalp krizi ve inme geçirme riski kadınlara göre daha yüksektir.			
5	Ailede kalp krizi veya inme geçirmiş biri varsa kalp krizi veya inme geçirme riski artar.			
6	Düzenli kan basıncı kontrolü ve hipertansiyonun uygun tedavisi ile kalp krizi ve inme geçirme riski azaltılabilir.			
7	Hipertansiyon, kalp krizi ve inme için bir risk faktörüdür.			
8	Kalp krizini ve inmeyi önlemek için tansiyonun 140/90 mmHg'ın altında tutulması gerekir.			
9	Yüksek kolesterol (LDL) kalp krizi ve inme için bir risk faktörüdür.			
10	Kan şekerinin yüksek olması kalp krizi ve inme riskini artırır.			
11	Sigara içmek ve pasif içicilik kalp krizi ve inme riskini artırır.			
12	Kalp krizi geçirmek, inme riskini artırır.			
13	Fiziksel olarak aktif bir yaşam sürdürmek kalp krizi ve inme geçirme olasılığını azaltır.			
14	Kalp krizi ve inmeden korunmak için haftada en az 5 gün 30-60 dk tempolu yürüyüş gibi orta düzey egzersiz yapmak gerekir.			
15	Normal kilolu kişilerde kalp krizi ve inme geçirme riski kilolu (şişman) bireylere göre daha düşüktür.			
16	Karın çevresinin genişlemesi (erkeklerde 94'ten, kadınlarda 80'den fazla olması) kalp krizi ve inme riskini artırır.			
17	Stres ve üzüntülü bir yaşam kalp krizi riskini artırır.			
18	Kalp krizi ve inmeden korunmak için günlük tuz tüketimi en fazla 6 gram (1 çay kaşığı) olmalıdır.			
19	Fazla alkol alımı kalp krizi ve inme için bir risk faktörüdür.			
20	Katı yağlar yerine bitkisel sıvı yağlar kullanmak kalp krizi ve inmeden korur.			

**KALP KRİZİ BELİRTİLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ VERİ TOPLAMA
FORMU**

	Kalp Krizi Belirtileri	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1	Kişi kalp krizi geçirdiğini anlayabilir.			
2	Kalp krizi sırasında göğüs ağrısı görülebilir.			
3	Ağrı omuzda, çenede, sırtta veya her iki kolda hissedilebilir.			
4	Yaşlı bireylerde kalp krizi sırasında göğüs ağrısı görülmeyebilir.			
5	Ağrı bazen mide ağrısı şeklinde hissedilebilir.			
6	Ağrı istirahat sırasında veya hareket halindeyken, uyurken veya uyanırken meydana gelebilir.			
7	Ağrı istirahatle, pozisyon değişikliği ile ve dilaltı ilaç alınmasına rağmen geçmez.			
8	Kalp krizi sırasında çarpıntı hissedilebilir.			
9	Kalp krizi sırasında solunum sıkıntısı olabilir.			
10	Kalp krizi sırasında soğuk terleme olabilir.			
11	Kalp krizi sırasında bulantı hissi oluşabilir.			
12	Kalp krizi sırasında huzursuzluk ve korku hissi oluşabilir.			
13	Kalp krizi sırasında dilaltı ilacı alınmasına rağmen göğüs ağrısı geçmezse 5 dakika sonra bir dilaltı ilacı daha alınır ve yardım çağırılır.			

**İNME BELİRTİLERİ İLE İLGİLİ BİLGİ DÜZEYİ VERİ TOPLAMA
FORMU**

	İnme Belirtileri	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1	Kişi inme geçirdiğini anlayabilir.			
2	İnme sırasında ani başlayan ve şiddetli baş ağrısı olabilir.			
3	İnme sırasında vücudun bir tarafında (yüzde, kol veya bacakta) ani güçsüzlük veya uyuşukluk olabilir.			
4	İnme sırasında yüzün bir tarafında düşme/kayma/uyuşma meydana gelebilir.			
5	İnme sırasında ani gelişen bilinç bozukluğu (şuur kaybı) olabilir.			
6	İnme sırasında ani konuşma bozukluğu/konuşamama görülebilir.			
7	İnme sırasında görme problemi olabilir.			
8	İnme sırasında hareket etmekte ve yürümekte zorluk çekilebilir.			
9	İnme sırasında yutmada güçlük olabilir.			
10	İnme geçiren bir kişi idrarını ve büyük tuvaletini tutamayabilir.			
11	İnme tedavisi için ilk belirti görüldükten sonraki ilk 3 saat çok önemlidir.			

26. Kalp krizi ve inmeden korunmada kendinizi ne kadar yeterli görüyorsunuz?
Aşağıdaki çizgiler üzerinde işaretleyiniz.

Kalp krizi

Kendimi tamamen
YETERSİZ görüyorum

Kendimi tamamen
YETERLİ görüyorum

İnme

Kendimi tamamen
YETERSİZ görüyorum

Kendimi tamamen
YETERLİ görüyorum

27. Kendinizi hangi konularda yetersiz buluyorsunuz?

- a) İlaçların doğru kullanımı
- b) Doğru ve sağlıklı beslenme
- c) Doğru ve yeterli egzersiz yapma
- d) Sigara ve alkolü bırakma/azaltma
- e) Stresi kontrol altına alma
- f) İnme-kalp krizi belirtileri ve hastaneye başvurulması gereken durumları bilme

28. Kalp krizi ve inmeden korunmada hemşirelerden almak istediğiniz eğitim ve danışmanlık faaliyetleri nelerdir?

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